

KARAKTERISTIK DAN FAKTOR-FAKTOR RISIKO KETERLAMBATAN BICARA PADA ANAK USIA 2-5 TAHUN DI RS ISLAM SURABAYA A YANI

Mery Susantri^{1*}, Irwanto²

¹Fakultas Kedokteran Universitas Nahdhatul Ulama, RS Islam A Yani Surabaya

²Departemen Ilmu Kesehatan Anak, Tumbuh Kembang Pediatri Sosial, Fakultas Kedokteran
Universitas Airlangga, Surabaya
Tower UNUSA Kampus B Jl. Jemursari no.51-57, Jemur Wonosari, Wonocolo, Surabaya
Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo no. 6-8, Surabaya, Indonesia

*Email: mery@unusa.ac.id

Abstrak

Keterlambatan berbicara dan berbahasa adalah masalah perkembangan yang sering ditemui pada anak-anak usia 2-5 tahun. Gangguan bicara primer adalah gangguan bicara pada anak tanpa ditemukan masalah penyerta sedangkan gangguan bicara sekunder ditemukan masalah seperti keterlambatan perkembangan global, disabilitas intelektual, gangguan spektrum autisme, kelainan genetik trisomi 21 dan lain-lain. Banyak faktor risiko yang menyebabkan keterlambatan bicara pada anak. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui karakteristik dan faktor risiko gangguan berbicara dan berbahasa pada anak. Penelitian ini menggunakan metode analitik observasional di RSI A Yani Surabaya dengan proses pengambilan data menggunakan observasi dan wawancara. Selama bulan April – Agustus 2022 didapatkan 53 subyek berusia 2-5 tahun.. Pada Kelompok primer didapatkan lebih banyak jenis kelamin laki-laki (80%), umur anak 24-25 bulan (80%), usia ibu 18-35 thn (79.3%), pendidikan ibu tinggi (55,2%), anak pertama (53.3%) dan ibu tidak bekerja (62.1%). Sedangkan pada kelompok sekunder didapatkan karakteristik yang hampir sama tetapi pada umur anak > 35 bulan (60,6%) dengan nilai p 0.004. Karakteristik gizi terbanyak adalah baik (67.9 %) perawakan sedang (90.6 %). Diagnosis sekunder terbanyak adalah keterlambatan perkembangan global (26.4%). Karakteristik anak dengan usia > 35 bulan merupakan faktor risiko didapatkan gangguan bicara dan berbahasa pada anak.

Kata kunci: Keterlambatan bicara, Karakteristik Anak, Faktor risiko

PENDAHULUAN

Gangguan terlambat berbicara (speech delay) adalah kondisi ketika seorang anak mendapatkan kesulitan dalam hal mengekspresikan perasaan dan keinginannya kepada orang lain. Hal ini terlihat pada kesulitannya dalam berbicara dengan jelas, terhambatnya pola berkomunikasi dengan orang lain karena berbeda dengan anak seusianya yang disebabkan karena berbagai faktor.

Menurut (Rohmah, M., Atikasari et al., 2018), terlambat bicara adalah apabila tingkat perkembangan bicaranya berada di bawah tingkat kualitas perkembangan bicara anak lain yang umurnya sama, yang dapat diketahui dari ketepatan penggunaan kata. Ada beberapa anak yang tidak terdeteksi sebagai penderita gangguan pendengaran dan autisme, tetapi anak tersebut mengalami keterlambatan berbicara. Maka keterlambatan bicaranya termasuk dalam Gangguan Perkembangan Bicara dan Bahasa Ekspresif (GPBBE) atau sama dengan (speech delay).

Menurut (Nur et al., 2018) hambatan dalam perkembangan berbicara dapat menjadi sebuah gejala dan gangguan lainnya, termasuk retardasi mental, gangguan bahasa ekspresif, autisme ataupun cerebal. Berbicara disebut juga sebagai bentuk Bahasa yang berkaitan dengan seorang anak (Maria & Siringoringo, 2020).

Gangguan bicara dan bahasa dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu gangguan bicara dan bahasa primer dimana tidak ditemukan masalah penyerta, dan gangguan bicara dan bahasa

bervariasi untuk gangguan bicara dan bahasa primer. Istilah yang paling sering digunakan adalah developmental language disorder (DLD) dan specific language impairment (SLI). Gangguan bicara dan bahasa primer dapat dibagi menjadi gangguan bahasa ekspresif, reseptif, atau kombinasi gangguan reseptif dan ekspresif. Gangguan bicara dan bahasa sekunder dapat disebabkan gangguan pendengaran, keterlambatan perkembangan global, disabilitas intelektual, gangguan spektrum autisme/autism spectrum disorder (ASD), kelainan genetik seperti trisomi 21, kelainan neurologis seperti palsy serebral (McLaughlin, 2011).

Untuk berbicara, diperlukan kemampuan intelegensi dan pendengaran yang baik. Kemampuan berbahasa terbagi menjadi dua, yaitu ekspresif dan reseptif. Bahasa ekspresif mengkomunikasikan ide, perhatian dan emosi. Bahasa reseptif berarti kemampuan untuk memahami apa yang diucapkan oleh orang lain. Kemampuan bahasa reseptif termasuk kemampuan untuk mendengar, memahami bacaan dan kemampuan memahami secara visual.

Untuk mengevaluasi gangguan berbicara pada anak, maka yang harus dievaluasi adalah

1. Global developmental delay (gangguan perkembangan yang mencakup dua ranah, seperti gangguan motorik dan berbicara)
2. Gangguan Bahasa spesifik (disartria)
3. Disabilitas intelektual
4. Adanya hearing loss (tidak mampu mendengar)
5. Autis, cerebral palsy, down syndrome

Salah satu hal yang mengganggu kemampuan berkomunikasi adalah gangguan pendengaran sejak lahir pada anak-anak. Tunarungu atau sulit mendengar (hard of hearing) adalah kehilangan pendengaran baik karena bawaan sejak lahir / kongenital maupun didapat.

Sebuah studi di India membagi faktor risiko gangguan bicara menjadi jenis kelamin, medis, keluarga, dan lingkungan. Studi ini mendapatkan 42 (2,53%) anak usia 1-12 tahun yang datang ke poliklinik rawat jalan mengalami keterlambatan bicara dan bahasa. Studi ini membandingkan faktor risiko medis, keluarga dan lingkungan pada anak dengan keterlambatan bicara dan bahasa dengan anak tanpa keterlambatan. Faktor risiko medis yang bermakna adalah riwayat kejang, asfiksia, dan deformitas orofaring. Faktor keluarga yang mempengaruhi kemampuan bicara adalah multilingual, riwayat keluarga dengan gangguan bicara dan bahasa, pendidikan orangtua yang rendah, urutan kelahiran, dan konsanguinitas. Faktor lingkungan yang berpengaruh adalah kurangnya stimulasi (Sunderajan, 2018)

Terapi gangguan bicara dan bahasa meliputi 3 komponen, kausal, habilitatif dan suportif. Terapi kausal meliputi memperbaiki defek, koreksi disfungsi, atau menghilangkan faktor-faktor yang dapat menyebabkan gangguan bahasa (koreksi palatoschizis, ala bantu dengar dll). Terapi habilitatif dilakukan untuk secara langsung memperbaiki kemampuan bahasa anak (terapi wicara, edukasi orangtua agar lebih menstimuli anak). Terapi suportif bertujuan untuk meningkatkan kemahiran bahasa anak (pelatihan untuk meningkatkan kemahiran bicara, meningkatkan kontak sosial). (ASHA, 2008).

METODE

Jenis penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif kualitatif yaitu mengetahui nilai variabel tanpa perbandingan dengan penyajian data secara narasi atau menggunakan kata-kata (Sugiyono, 2013). Dalam penelitian ini penulis akan mendeskripsikan sebuah studi analisis karakteristik dan faktor risiko keterlambatan bicara pada anak usia 2-5 tahun di klinik tumbuh kembang RSI A. Yani dengan proses pengambilan data menggunakan observasi dan wawancara. Uji komparasi Chi square dilakukan untuk menguji perbedaan faktor risiko pada

kelompok gangguan bicara dan bahasa primer dan sekunder. Analisis faktor risiko dilakukan dengan metode regresi logistik multi nomial (risiko untuk menjadi primer/sekunder).

Penelitian ini dilakukan pada rentang waktu bulan April sampai Agustus 2022, dan sumber data utama dari penelitian yang akan menjadikan subjek penelitian adalah orang tua dan anak usia 2-5 tahun di RS Islam A. Yani Surabaya. Teknik Pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi dan dokumentasi. Pengolahan data dilakukan secara analitik dengan menggunakan SPSS 29.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam proses pengumpulan data penelitian, di dapatkan 53 pasien anak yang datang ke RS Islam Surabaya A Yani yang sudah memenuhi kriteria khusus penelitian dalam kisaran waktu bulan April 2022 sampai Agustus 2022 dengan keluhan gangguan berbicara.

Tabel 1. Karakteristik Pasien dengan Gangguan Berbicara

Karakteristik	Jumlah n = 53	Primer		Sekunder		p
		n	%	n	%	
Jenis Kelamin						
Laki-laki	44	24	80	20	87	0.487
Perempuan	9	6	20	3	13	
Umur						
24-35 bln	20	16	80.0	4	20.0	0,004
>35 bln	33	13	44.8	20	83.3	
Usia Ibu						
18-35 thn	41	23	79.3	18	75.0	0.709
>35 thn	12	6	20.7	6	25.0	
Usia Ayah						
18-35 thn	33	20	69	13	54.2	0.269
>35 thn	20	9	31	11	45.8	
Pendidikan Ibu						
Rendah	0	0	0	0	0	
Menengah	26	13	44.8	13	44.8	0.498
Tinggi	27	16	55.2	11	45.8	
Pendidikan Ayah						
Rendah	5	2	6.9	3	12.5	0,617
Menengah	27	14	48.3	13	54.2	
Tinggi	21	13	46.7	8	33.3	
Urutan kelahiran						
1	28	16	53.3	12	50	0,829
≥ 2	24	13	44.8	11	47.8	
Jumlah saudara kandung						
<2	28	16	55.2	12	52.2	0.829
>2	24	13	44.8	11	47.8	
Pekerjaan ibu						
Bekerja	20	11	37.9	9	37.5	1.000
Tidak Bekerja	33	18	62.1	15	62.5	

(Sumber: Data Primer Diolah Tahun 2022)

Tabel 1 diatas memperlihatkan sebagian besar anak yang didiagnosis mengalami keterlambatan bicara pada saat usia > 35 bulan. Sebagian besar subjek (80% pada primer dan 87% pada sekunder) merupakan laki-laki. Pendidikan ibu pasien sebagian besar (primer 55.2% dan sekunder 45,8%) adalah pendidikan tinggi dan pekerjaan ibu sebagian besar ibu bekerja (primer

37.9 dan sekunder 37.5%). Dari hubungan antar variabel hanya didapatkan umur pasien yang berhubungan dengan kejadian speech delay.

Tabel 2 Diagnosis Pasien dengan Gangguan Berbicara

Karakteristik	Jumlah	%
Gangguan Bicara Bahasa Primer	29	54.7
Gangguan bicara bahasa sekunder		
• Keterlambatan Perkembangan Global	14	26.4
• ASD	6	11.3
• GPPH	3	5.7
• Sindrom Down	1	1.9
Total	53	100.0

(Sumber: Data Primer Diolah Tahun 2022)

Tabel 2 diatas merupakan diagnosis pasien anak dengan gangguan berbicara. Didapatkan sebagian besar 54.7 % pasien anak memiliki termasuk kelompok gangguan bicara bahasa primer. Diagnosis terbanyak adalah keterlambatan perkembangan global yaitu 26.4%.

Tabel 3. Karakteristik Gizi

Jenis	Jumlah	%
WHZ		
<i>Obese</i>	1	1.9
<i>Overweight</i>	0	0
Normal	36	67.9
<i>Wasted</i>	9	17.0
<i>Severe wasted</i>	7	13.2
HAZ		
Normal	48	90.6
<i>Stunted</i>	5	9.5
<i>Severe Stunted</i>	0	0
WAZ		
<i>Obese</i>		
<i>Overweight</i>	2	3.8
<i>Normoweight</i>	36	67.9
<i>Underweight</i>	12	22.6
<i>Severe Underweight</i>	3	5.7
Lingkar Kepala		
Normosefal	44	83.0
mikrosefal	6	11.3
makrosefal	3	5.7

(Sumber: Data Primer Diolah Tahun 2022)

Pada tabel 3 ditemukan sebagian besar (83,0%) memiliki lingkar kepala normal serta berat badan dan tinggi badan normal.

Tabel 4. Faktor Risiko Keterlambatan Bicara

Karakteristik	Jumlah n = 53	Primer		Sekunder		P
		n	%	n	%	
Gangguan tumbuh kembang dalam keluarga						
Ya	1	1	3.4	1	4.2	1.000
Tidak	50	28	96.6	23	95.8	
Usia kelahiran						
Cukup Bulan	51	29	100.0	22	91.7	0.200
Prematur	2	0	0.0	2	8.3	
Berat Lahir						
<2500 gram	4	1	3.4	3	12.5	0.318
>2500 gram	49	28	96.6	21	87.5	
Ikterus						
Ya	15	11	37.9	4	16.7	0.127
Tidak	38	18	62.1	20	83.3	
Lahir langsung menangis						
Ya	47	28	96.6	19	79.2	0.08
Tidak	6	1	3.4	5	20.8	
Kejang						
Ya	7	4	13.8	3	12.5	1.000
Tidak	46	25	86.2	21	87.5	

(Sumber: Data Primer Diolah Tahun 2022)

Pada tabel didapatkan sebagian besar tidak memiliki riwayat keluarga dengan gangguan tumbuh kembang. Lahir cukup bulan didapatkan lebih banyak (100 % pada primer dan 91.7 % pada sekunder). Berat lahir lebih banyak > 2500 gram, tidak terdapat kejang dan riwayat kuning. Dari analisis faktor risiko tidak didapatkan adanya hubungan yang bermakna dengan timbulnya speech delay.

Analisis multivariat tidak dilakukan pada penelitian ini karena syarat multivariat berupa nilai $p < 0,025$ hanya terdapat pada satu variabel saja yaitu karakteristik umur pasien > 35 bulan.

PEMBAHASAN

Dari hasil analisis didapatkan sebagian besar (81,3%) berjenis kelamin laki-laki lebih banyak dari pada perempuan (18,8%). Penelitian sebelumnya menyatakan anak laki-laki mempunyai perkembangan fisiologis lebih lambat dan lebih rentan untuk mengalami gangguan neurologis (McLeod S, Harrison LJ, 2009). Selain itu anak laki-laki lebih mudah diketahui oleh orang tuanya bahwa mereka mempunyai kelainan dalam perkembangan maupun keterlambatan bicara (Tang KML, dkk, 2018).

Sebagian besar (83.0 %) anak memiliki lingkaran kepala berukuran normal, 66,7% anak memiliki gizi baik, 91,6% anak memiliki berat badan normal saat lahir. Hal tersebut memperlihatkan bahwa kelompok primer tidak memperlihatkan gejala lain selain keterlambatan berbicara. Penelitian lain memperlihatkan anak dengan keterlambatan bicara pada umumnya dihubungkan dengan riwayat kelahiran prematur (Harrison LJ, McLeod S, 2010). Namun dalam hasil analisa didapatkan hampir keseluruhan responden (93,8%) memiliki riwayat kelahiran cukup bulan.

Tingkat pendidikan ibu yang sebagian besar (45,8%) merupakan lulusan sarjana menjadi salah satu faktor tingginya kesadaran ibu untuk segera memeriksakan anaknya ke dokter ketika ada keterlambatan pada perkembangan anak mereka. Disamping itu dengan latar belakang pekerjaan ibu yang mayoritas (64,6%) adalah ibu rumah tangga (IRT) membuat sedini mungkin mengetahui keterlambatan perkembangan anak mereka. Pendidikan ibu memengaruhi stimulasi yang diberikan kepada anak, cara mendidik dan cara untuk mengasuh anak, serta bagaimana cara pemecahan

masalah. Ibu dengan pendidikan yang rendah meningkatkan risiko keterlambatan perkembangan pada anak (Glennen S., 2002).

Gangguan bicara primer didapatkan paling banyak keterlambatan bicara global yaitu 14 anak (26,4 %) diikuti dengan ASD sebanyak 6 anak (11.3%). Hasil ini sesuai dengan penelitian Dewanti (2012) yang melaporkan diagnosis terbanyak pada gangguan bicara dengan penyerta adalah GDD (30,8%) diikuti ASD (15%). Diagnosis ADHD hanya ditemukan sebanyak 3 anak. Hal ini mungkin karena diagnosis ADHD umumnya ditegakkan pada anak yang lebih besar. Telaah sistematik pada anak dengan ADHD di Eropa mendapatkan rerata usia saat diagnosis antara 6,2-18,1 tahun (Rocco, 2021).

Pada faktor risiko antenatal, natal dan post natal tidak ditemukan hubungan yang bermakna pada penelitian ini. Hal ini sesuai dengan penelitian Whitehouse (2014) yang melaporkan tidak ada perbedaan pada riwayat prenatal, perinatal, dan neonatal antara anak dengan speech delay dengan anak normal. Faktor demografik yang bermakna hanya usia anak > 35 bulan dan ini sesuai penelitian Wiefferink (2020) mendapatkan usia rujukan gangguan bicara terbanyak adalah 2-3 tahun (64%). Analisis multivariat tidak dilakukan karena syarat $p < 0.025$ tidak dipenuhi. Hal ini bisa disebabkan kekurangan penelitian ini yang tidak menggunakan kontrol pada populasi anak normal tanpa gangguan bicara dan bahasa.

KESIMPULAN

Di RS Islam A Yani Surabaya dalam rentang waktu 5 bulan mulai dari bulan April 2022 sampai Agustus 2022 didapatkan sebanyak 53 pasien anak dengan keluhan utama gangguan berbicara dan berbahasa. Didapatkan sebagian besar (54,7 %) mengalami gangguan bicara bahasa primer (54.7 %) dengan mayoritas (80-87%) merupakan berjenis kelamin laki-laki. Terdapat hubungan yang bermakna antara usia anak > 35 bulan dengan terjadinya keterlambatan bicara dan bahasa. Perlu penelitian lebih lanjut yang melibatkan populasi anak normal sebagai kontrol dalam penelitian faktor risiko keterlambatan bicara dan Bahasa.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis ingin menyampaikan puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan karunia-Nya sehingga dapat menyelesaikan penelitian ini. Tak lupa penulis sampaikan terimakasih kepada suami tercinta Muhamad Sholeh, Prof. Dr. Irwanto, dr., Sp.A(K) selaku pembimbing, mba Putri selaku tim LPPM UNUSA dan semua pihak yang tidak dapat penulis tuliskan satu per satu.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto Suharsimi. (2013). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta.
- ASHA. (2008). Joint Committee of the American Speech-Language-Hearing Association and the Council on Education of the Deaf. Service provision to children who are deaf and hard of hearing, birth to 36 months. www.asha.org/policy
- Dewanti, A., Angelica Widjaja, J., Tjahdrajani, A., & A. Burhany, A. (2012). Karakteristik Keterlambatan Bicara di Klinik Khusus Tumbuh Kembang Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita Tahun 2008-2009. 14.
- Glennen S. Language development and delay in internationally adopted infants and toddlers : a review. *Am J Speech Language Pathol* 2002;11:333-9.
- 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.

- Maria, & Siringoringo, L. (2020). Hubungan Pendidikan Paud Dengan Perkembangan Bicara Dan Bahasa Pada Anak Usia 36-60 Bulan Di Paud Kasih Ibu Jakarta Utara. 27–34.
- McLaughlin, M. R. (2011). Speech and Language Delay in Children. *American Family Physician*.
- 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.
- Nur, H., Tairas, M. M., & Hendriani, W. (2018). The Experience of Hope for Mother with Speech-Language Delay Children. *Journal of Education, Health, and Ommunity Psychology*, 7, 104–117.
- Raco, J. R. (2010). *Metode Penelitian Kualitatif*. Grasindo.
- Rocco I, et al., 2021. Time of onset and/or diagnosis of ADHD in European children: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 21, pp.575
- Rohmah, M., Atikasari, Dewi, N., & Weto, I. (2018). No Analisis Pola Asuh Orang Tua Dengan Keterlambatan Bicara Pada Anak Usia 3-5 Tahun. *OKSITOSINT. Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 32–42.
- Shetty, P. (2012). Speech and language delay in children: A review and the role of a pediatric dentist. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Sunderajan T. 2019. Speech and language delay in children: Prevalence and risk factors. *J Family Med Prim Care*, 8, pp. 1642-6.
- 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.
- Whitehouse AJO. 2012. Sex-specific associations between umbilical cord blood testosterone levels and language delay in early childhood. *J Child Psychol Psychiatry*, 53, pp. 726-34
- Wiefferink K. 2020. Children with language delay referred to Dutch speech and hearing centres: caseload characteristics. *Int J Lang Commun Disord*, 55, pp. 573-82