

Prosiding

SEMINAR NASIONAL PENDIDIKAN KHUSUS

“Implementasi Pendidikan Inklusif yang Berkarakter Menyongsong Kurikulum Nasional 2013”

Diselenggarakan Oleh :

Jurusan Pendidikan Luar Biasa
Fakultas Ilmu Pendidikan
Universitas Negeri Padang (PLB FIP UNP)

Bekerjasama dengan :

Asosiasi Profesi Pendidikan Khusus Indonesia
(APPKHI) Sumatera Barat

Bukittinggi, 6 April 2013



PROGRAM BERBASIS MASYARAKAT UNTUK IDENTIFIKASI DINI ANAK DENGAN DISABILITAS INTELEKTUAL

Oleh
Atien Nur Chamidah
Jurusan Pendidikan Luar Biasa FIP UNY

ABSTRAK

Identifikasi dini merupakan proses awal dari tersedianya layanan intervensi dini bagi anak berkebutuhan khusus termasuk anak dengan disabilitas intelektual. Namun demikian, tidak semua anak mendapatkan asesmen pada waktu yang tepat dan beberapa di antaranya mengalami keterlambatan dalam penegakan diagnosis karena terbatasnya layanan yang tersedia. Tulisan ini memaparkan tentang pengembangan program identifikasi dini dengan pendekatan berbasis masyarakat sebagai salah satu solusi yang dapat memecahkan masalah keterbatasan fasilitas yang terdapat di negara-negara berkembang termasuk Indonesia. Model identifikasi dini anak dengan disabilitas intelektual berbasis masyarakat dengan tiga tingkat layanan diajukan sebagai program yang dapat diimplementasikan di Indonesia.

Kata kunci: identifikasi dini, disabilitas intelektual

Pendahuluan

World Health Organization (WHO) mendefinisikan disabilitas intelektual atau retardasi mental sebagai 'kondisi ketidaksempurnaan dalam perkembangan pikiran yang ditandai dengan gangguan selama periode perkembangan dan mempengaruhi tingkat intelegensi secara umum seperti kognitif, bahasa, motorik, dan kemampuan sosial' (WHO, 1993: 1). Sebagai akibat dari gangguan kognitif dan fungsi adaptif yang dimiliki, anak dengan disabilitas intelektual memerlukan dukungan khusus dalam berbagai hal, seperti pendidikan, interaksi dengan orang lain, dan pengembangan perilaku (Mc Kenzie dkk., 2012). Lebih lanjut, keberadaan anak dengan disabilitas intelektual akan memberikan dampak dalam kehidupan anggota keluarga yang lain baik itu orang tua maupun saudara kandung (Jamison dkk., 2006) baik secara positif maupun negatif seperti stress dan masalah kejiwaan lainnya (Mc Kenzie dkk., 2012). Oleh karena itu, perlu adanya suatu intervensi sejak dini untuk meminimalisir berbagai dampak dari kondisi yang terkait dengan anak dengan disabilitas intelektual. Inilah arti penting dari identifikasi dini sebagai proses awal dari tersedianya layanan intervensi dini.

Secara global, sulit diketahui jumlah pasti anak yang mempunyai disabilitas intelektual (McKenzie & Megson, 2012). Namun, sebuah meta analisis yang dilakukan oleh Maulik dkk. (2012) mendapatkan hasil bahwa prevalensi disabilitas intelektual secara global adalah 10,37/1000 populasi. Rerata tertinggi terdapat di negara berkembang dengan prevalensi dua hingga delapan kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan negara maju (Mirza dkk., 2009). Indonesia dengan perkiraan populasi penduduk mencapai 237 juta (BPS, 2012) belum mempunyai data yang pasti mengenai jumlah penyandang disabilitas intelektual. Prevalensi penyandang disabilitas intelektual di Indonesia diperkirakan 1-3% dari seluruh jumlah penduduk (Salmiah, 2010). Layanan untuk individu dengan disabilitas intelektual di Indonesia juga masih terbatas dan sedikit penelitian yang mengkaji tentang program skrining yang mungkin dapat dilakukan di masyarakat.

Tulisan ini akan memaparkan tentang beberapa hasil penelitian mengenai identifikasi dini berbasis masyarakat untuk anak dengan disabilitas intelektual di beberapa negara berkembang. Lebih lanjut, melalui tulisan ini juga akan dikemukakan mengenai sebuah program identifikasi dini yang dapat disinergikan dengan kegiatan promosi kesehatan berbasis masyarakat yang sebelumnya telah ada dan berkembang di masyarakat.

Identifikasi Dini Anak dengan Disabilitas Intelektual

Penelitian menunjukkan bahwa identifikasi dini merupakan langkah awal dari intervensi dini (Sonander, 2000; Guralnick, 2005). Identifikasi dini anak dengan disabilitas intelektual bukanlah proses akhir melainkan proses yang mengawali ketersediaan layanan dan hasil akhir yang lebih baik bagi anak. Asesmen dini penting agar dapat memberikan intervensi khusus yang sesuai dengan kebutuhan anak dengan disabilitas intelektual (McKenzie dkk., 2012). Tujuan dari identifikasi dini adalah untuk mengenali gangguan yang terjadi pada fase di mana gangguan tersebut belum dapat terdiagnosis secara pasti. Selain itu, identifikasi dini juga memungkinkan adanya intervensi yang bermanfaat untuk pencegahan atau memodifikasi perkembangan alamiah disabilitas itu sendiri (Saphiro, 2011). Kelompok yang menjadi target dalam program ini adalah: anak-anak yang mempunyai faktor resiko dari lingkungan, anak-anak yang mempunyai faktor resiko biologis, dan anak-anak yang telah mengalami gangguan perkembangan (Sonander, 2000).

Namun demikian, tidak semua anak mendapatkan asesmen pada waktu yang tepat dan beberapa di antaranya mengalami keterlambatan dalam penegakan diagnosis. Keterlambatan tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor di antaranya adalah penyebab khusus dari disabilitas, pengetahuan yang dimiliki tenaga profesional dalam mengenali kondisi anak, dan kurangnya kebijakan yang memperhatikan kebutuhan anak berkebutuhan khusus (McKenzie dkk., 2012).

Seorang anak dimasukkan dalam kategori anak dengan disabilitas intelektual apabila terdapat keterbatasan dalam fungsi intelektual dan perilaku adaptif (AAIDD, 2012). Penilaian kedua karakteristik TIK tersebut membutuhkan asesmen individual menggunakan tes yang terstandar (AAIDD, 2012; McKenzie dkk., 2012). Tes standar seperti Skala Weschler digunakan untuk menentukan skor IQ, sedangkan tes standar lain diperlukan juga untuk menentukan keterbatasan dalam fungsi adaptif yang terdiri dari tiga kemampuan, yaitu kemampuan konseptual, kemampuan sosial, dan kemampuan praktis (AAIDD, 2012). Proses ini hanya dapat dilakukan oleh seorang tenaga profesional dengan kualifikasi tertentu dan membutuhkan waktu khusus, sehingga tidak semua anak bisa mendapatkan asesmen dengan segera (McKenzie & Paxton, 2006).

Faktor-faktor lain seperti ekonomi dan sosial budaya juga mempengaruhi cepat atau tidaknya seorang anak mendapatkan diagnosis terutama di negara yang ketersediaan pelayanannya masih terbatas. Mirza dkk. (2009) menemukan bahwa di Pakistan terdapat jeda waktu dua sampai empat tahun antara tanda-tanda awal dikenali gangguan pada anak dan orang tua membawa anak ke penyedia layanan kesehatan. Beberapa faktor yang menjadi penyebab keterlambatan penanganan tersebut adalah: kesulitan dalam menjangkau layanan karena faktor jarak dan biaya yang harus dikeluarkan; keterbatasan pengetahuan orang tua maupun penyedia layanan kesehatan primer mengenai gangguan perkembangan pada anak; dan stigma yang ada dalam masyarakat terkait dengan kondisi anak (Mirza dkk., 2009). Selain itu, kepercayaan yang dimiliki masyarakat setempat mengenai disabilitas juga mempengaruhi pengambilan keputusan terkait dengan kondisi anak (Ravindran & Myers, 2012). Sebagai contoh, di Pakistan, sebagian orang tua mempercayai bahwa mempunyai anak dengan disabilitas intelektual adalah suatu takdir yang sudah digariskan oleh Allah, sehingga mereka menganggap kondisi anak tidak mungkin dapat diubah dan cenderung untuk meminta pertolongan ke pemuka agama dibandingkan dengan dokter atau tenaga ahli lainnya (Mirza dkk., 2009). Faktor budaya juga mempengaruhi dukungan yang diberikan dari jaringan sosial kepada keluarga dalam memahami dan menerima kondisi anak. Di negara-negara Barat dukungan utama didapatkan orang tua atau keluarga dari keluarga lain yang juga mempunyai anak berkebutuhan khusus (Ravindran & Myers, 2012). Sebaliknya, di negara-negara Asia yang mana budaya kolektivitas masih dimiliki, dukungan kuat cenderung didapatkan dari keluarga dekat dan masyarakat sekitar (Dyches dkk., 2004). Oleh karena itu, di negara-negara Asia termasuk Indonesia, pemberian layanan bagi anak berkebutuhan khusus termasuk anak dengan disabilitas intelektual lebih tepat jika melibatkan keluarga beserta kerabat, tetangga, dan masyarakat sekitar.

Skrining untuk Identifikasi Anak dengan Disabilitas Intelektual

Langkah yang tepat dan mudah diperlukan dalam melakukan identifikasi anak dengan disabilitas intelektual sejak usia dini. Skrining adalah proses yang digunakan untuk memfasilitasi proses identifikasi anak yang selanjutnya memerlukan asesmen khusus secara komprehensif atau mendapatkan layanan secara langsung (McKenzie dkk., 2012). Menurut Saphiro (2011), skrining adalah langkah pertama dalam proses diagnosis dengan sasaran populasi secara umum untuk mengidentifikasi individu yang mempunyai faktor resiko mengalami suatu gangguan atau disabilitas. Namun demikian, alat skrining tidak didesain untuk menggantikan instrumen asesmen intelegensia dan fungsi adaptif yang standar. Sebagai contoh, alat instrumen bernama “*Learning Disability Screening Tool*” telah terbukti secara valid sebagai alat skrining yang hanya dapat menunjukkan indikasi secara umum apakah seorang individu mempunyai disabilitas intelektual atau tidak (McKenzie & Paxton, 2006). Individu yang mendapatkan hasil positif dari suatu kuesioner skrining tetap membutuhkan asesmen lanjutan untuk menentukan kebutuhan layanan yang dibutuhkan individu tersebut.

Alat skrining juga mempunyai beberapa manfaat lainnya. Pada layanan pendidikan, alat skrining dapat digunakan untuk memprediksi apakah seorang anak mempunyai resiko untuk memerlukan pendidikan khusus dan untuk menentukan dukungan khusus yang diperlukan di sekolah (Sonnander, 2000). Selain itu, penelitian yang melibatkan individu dengan disabilitas intelektual dapat menggunakan alat skrining untuk melakukan *sampling* dalam populasi secara cepat dan mudah (Charman dkk., 2007). Pemerintah juga dapat memanfaatkan alat skrining untuk memperkirakan prevalensi rata-rata anak dengan disabilitas intelektual yang terdapat di suatu wilayah sebagai dasar dalam pengambilan keputusan suatu kebijakan (McKenzie & Megson, 2012).

Sonnander (2000) mengemukakan tentang beberapa instrumen skrining yang telah terbukti bermanfaat, salah satu diantaranya adalah instrumen *Denver Development Screening Test* (DDST) yang direkomendasikan oleh sebagian besar peneliti. Sedangkan, *American Academic of Pediatrics* (AAP) merekomendasikan beberapa tes yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi anak dengan gangguan perkembangan. Tes tersebut diklasifikasikan dalam empat kelompok: alat skrining untuk gangguan perkembangan secara umum, alat skrining untuk bahasa dan kognitif, alat skrining motorik, dan alat skrining khusus untuk autisme. Tes yang direkomendasikan sebagai alat skrining untuk perkembangan umum adalah *Ages and Stages Questionnaires*, *Bayley Infant Neurodevelopmental Screener Tool 2nd ed.*, *Child Development Inventory*, dan *Denver-II Developmental Screening Test*. *Capute Scales*, *Communication and Symbolic Behavior Scales-Developmental Profile*, dan *Early Language Milestone Scale* adalah kelompok tes yang direkomendasikan untuk mengidentifikasi perkembangan bahasa dan

kognitif. Pada area perkembangan motorik, *Early Motor Pattern Profile* dan *Motor Quotient* adalah alat skrining yang direkomendasikan oleh AAP, sedangkan *Checklist for Autism in Toddlers* direkomendasikan untuk digunakan khusus pada gangguan spektrum autisme (AAP Council on Children with Disabilities, 2006).

Perkembangan instrumen skrining harus memperhatikan tujuan alat tersebut dikembangkan. Di negara maju di mana layanan untuk anak berkebutuhan khusus telah berkembang dengan optimal, tujuan dari program skrining adalah untuk mengidentifikasi anak yang mempunyai resiko disabilitas intelektual tetapi tidak dapat dikenali pada usia dini oleh penyedia layanan kesehatan primer (Sonnander, 2000). Selain itu, alat skrining juga disesain secara khusus untuk mengenali anak-anak dengan disabilitas intelektual pada kelompok besar anak yang mempunyai gangguan perkembangan (McKenzie & Megson, 2012). Sebaliknya, di negara berkembang atau di wilayah yang belum mempunyai layanan disabilitas yang optimal, alat skrining yang dikembangkan lebih diutamakan untuk mengenali anak-anak dengan gangguan perkembangan secara umum dibanding khusus hanya fokus pada identifikasi anak dengan disabilitas intelektual (Thorburn dkk., 1992, Durkin dkk., 1994, Mung'ala-odera dkk., 2006).

Pada tahun 1984, alat instrumen *Ten Question* (TQ) dikembangkan sebagai salah satu bagian dari *International Pilot Study of Severe Childhood Disability* (IPSSCD) yang didesain khusus untuk digunakan di negara yang mempunyai sumber daya layanan disabilitas yang terbatas (Thorburn dkk., 1992). Instrumen ini telah direkomendasikan sebagai alat ukur yang paling banyak digunakan untuk mendeteksi disabilitas pada anak usia dini di beberapa negara berkembang (Durkin dkk., 1994; Mung'ala-Odera dkk., 2006). Alat ini dapat digunakan oleh masyarakat secara umum yang tidak perlu dilatih sebagai tenaga ahli profesional (dokter umum, dokter spesialis anak, dan psikolog) (Mirza dkk., 2009). TQ terdiri dari sepuluh pertanyaan pendek yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi gangguan perkembangan secara umum meliputi bicara, kognisi, pendengaran, penglihatan, motorik/fisik, dan gangguan kejang (Mung'ala-Odera dkk., 2006). Namun, penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa alat ini lebih bermanfaat untuk mendeteksi gangguan kognitif sedang dan berat dibandingkan dengan disabilitas lainnya (Thorburn dkk., 1992) serta mempunyai hasil positif yang rendah secara umum (Zaman dkk., 1990). Oleh karena itu, *The United Nations Children's Fund* (UNICEF) lebih merekomendasikan TQ sebagai alat skrining untuk membantu mengidentifikasi anak yang mempunyai faktor resiko disabilitas bukan sebagai alat untuk melakukan asesmen (UNICEF & University of Wisconsin, 2008).

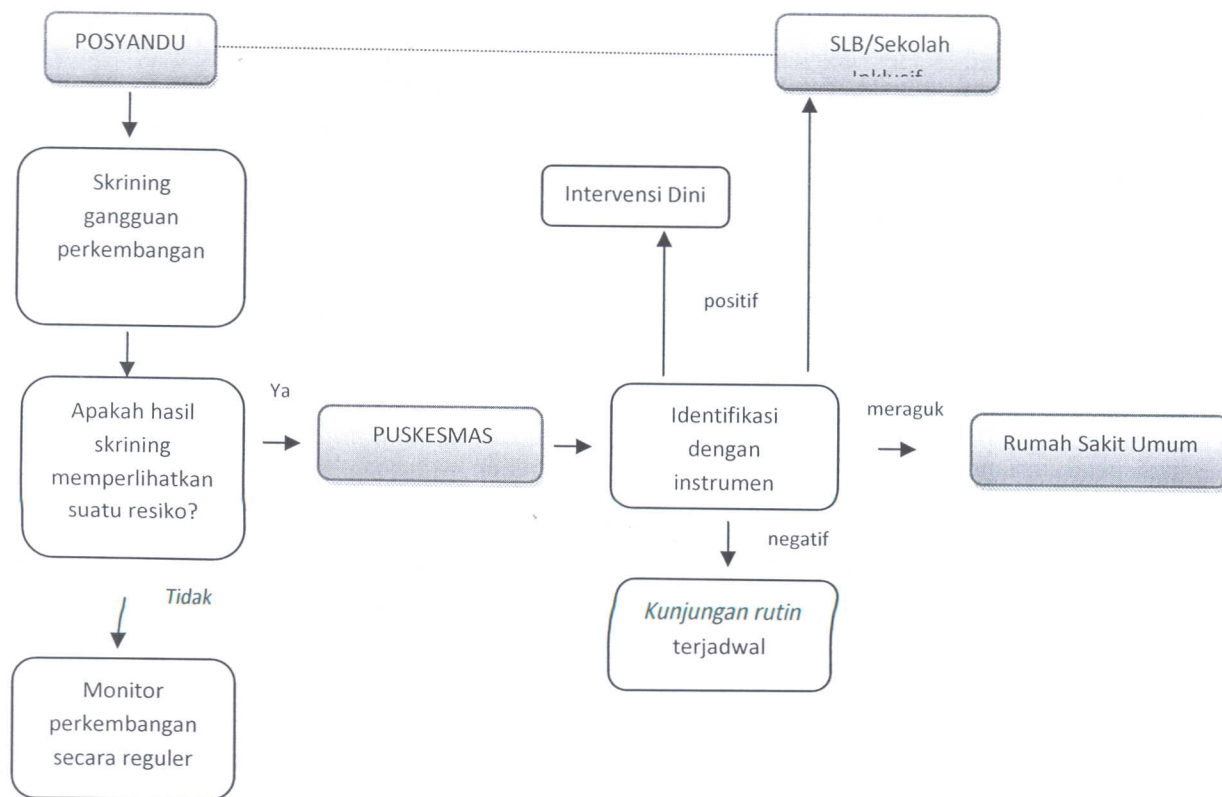
Salah satu hal yang perlu diperhatikan ketika menggunakan alat skrining untuk mengidentifikasi anak dengan disabilitas intelektual di masyarakat adalah sistem layanan yang

tersedia. McKenzie dan Megson (2012) mencatat bahwa alat skrining hanya dapat menyediakan hasil positif atau negatif yang mengindikasikan seorang anak pada kategori khusus disabilitas intelektual atau tidak. Oleh karena itu, implementasi program skrining harus diikuti dengan tersedianya sistem rujukan yang menyediakan diagnosis dan asesmen oleh tenaga profesional. Selain itu, Sonnander (2000) menegaskan bahwa skrining dini hanya bermanfaat jika terdapat sumber daya yang cukup untuk layanan intervensi dini bagi anak berkebutuhan khusus.

Rancangan Program Terpadu Identifikasi Anak dengan Disabilitas Intelektual Berbasis Masyarakat

Penelitian mengenai anak-anak dengan disabilitas di negara berkembang menunjukkan dibutuhkannya layanan disabilitas berbasis masyarakat yang meliputi identifikasi, prevensi, dan intervensi (Maulik & Darmstadt, 2007). Model Rehabilitasi Berbasis Masyarakat (RBM) yang dikembangkan oleh WHO adalah suatu model yang ditawarkan untuk mengatasi masalah yang terkait dengan disabilitas. Model ini menawarkan kolaborasi antara pemuka masyarakat, penyandang disabilitas, keluarga, dan anggota masyarakat lainnya yang mempunyai perhatian pada tersedianya layanan disabilitas di masyarakat (ILO, UNESCO & WHO, 2004). Model ini tepat untuk dikembangkan di Indonesia karena budaya kerjasama dan gotong royong masih mengakar kuat di masyarakat Indonesia terutama di wilayah pedesaan (Mughtar, 2008). Tujuan utama dari program RBM yang dikembangkan di Indonesia adalah untuk mengidentifikasi penyandang disabilitas, memastikan bahwa penyandang disabilitas mempunyai kontribusi yang aktif di masyarakat, dan untuk mempromosikan tentang pencegahan disabilitas (RBM Bandung, 2008). RBM ini merupakan model dengan pendekatan terpadu yang melibatkan tenaga profesional di bidang kesehatan, pendidikan khusus, pekerja sosial, penyandang disabilitas, keluarga, dan anggota masyarakat.

Layanan kesehatan primer dapat memberikan dukungan kepada implementasi program RBM di masyarakat terutama untuk mengatasi keterbatasan tenaga ahli yang tersedia. Oleh karena itu, tenaga kesehatan di layanan kesehatan primer mempunyai tanggung jawab untuk melakukan identifikasi dini gangguan perkembangan pada anak dan menyediakan intervensi dasar yang diperlukan. Selain itu, tenaga ahli yang terdapat di layanan kesehatan primer juga dapat mentransfer pengetahuan dan ketrampilan dasar tentang rehabilitasi bagi kader RBM maupun anggota masyarakat lainnya (ILO, UNESCO & WHO, 2004). Perkembangan layanan kesehatan primer di Indonesia bertujuan untuk meningkatkan jangkauan layanan kesehatan, keterlibatan masyarakat, dan kolaborasi antar pihak. *Salah satu bentuk dari perkembangan layanan tersebut adalah dengan terbentuknya layanan kesehatan berbasis masyarakat dengan Posyandu sebagai program yang paling banyak terselenggara* (Leimena, 1989). Posyandu



Gambar 1. Model Identifikasi Dini Anak dengan Disabilitas Intelektual Berbasis Masyarakat

Kesimpulan

Identifikasi dini telah terbukti memberikan manfaat bagi terselenggaranya dukungan dan layanan bagi anak berkebutuhan khusus termasuk anak dengan disabilitas intelektual sejak dini. Namun, di negara berkembang banyak anak yang mengalami keterlambatan dalam diagnosis karena keterbatasan layanan yang ada. Selain itu, faktor lain seperti ekonomi dan budaya juga mempengaruhi orang tua untuk mencari pertolongan terkait dengan kondisi yang dialami oleh anak. Oleh karena itu, pengembangan program layanan untuk penyandang disabilitas dengan pendekatan berbasis masyarakat adalah salah satu solusi yang dapat memecahkan masalah keterbatasan fasilitas yang terdapat di negara-negara berkembang termasuk Indonesia. Model identifikasi dini anak dengan disabilitas intelektual berbasis masyarakat dengan tiga tingkat layanan diajukan sebagai program yang dapat diimplementasikan di Indonesia. Model ini menempatkan Posyandu, program layanan kesehatan primer yang sudah ada di masyarakat sampai tingkat pedesaan, sebagai titik awal dimulainya skrining untuk anak yang mempunyai resiko mengalami disabilitas intelektual. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengembangkan dan mengevaluasi realibilitas implementasi program ini di masyarakat termasuk perlunya validasi instrumen skrining yang dapat digunakan secara mudah dan akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. (2006). Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: An algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 118 (1), 405-420.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2012). *Definition of Intellectual Disability*. Diakses pada 2 Oktober, 2012, dari http://www.aamr.org/content_100.cfm.
- Biro Pusat StatisTIK (2012). *Populasi Indonesia*. Diakses pada 2 Oktober, 2012, dari http://www.bps.go.id/tab_sub/view.php?tabel=1&daftar=1&id_subyek=12¬ab=1.
- Charman T., Baird G., Simonoff E., Loucas T., Chandler S., Meldrum D. & Pickles A. (2007) Efficacy of three screening instruments in the identification of autism spectrum disorder. *British Journal of Psychiatry*, 191, 554-559.
- Depkes RI (2006). Revitalizing Primary Health Care: Country Experience Indonesia. Diakses pada 2 Oktober, 2012, dari www.searo.who.int/LinkFiles/Conference_INO-13-July.pdf.
- Depkes RI (2011). *Petunjuk Pelaksanaan Posyandu*. Jakarta: Penulis.
- Durkin M. S., Davidson, L. L. Desai, P., Hasan, M., Khan, N., Shrout, P. E., Thorburn, M. J., Wang, W., & Zaman S. S. (1994). *Epidemiology*, 5 (3), 283-290.
- Dyches, T., Wilder, L., Sudweeks, R., Obiakor, F., & Algozzine, B. (2004). Multicultural issues in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 211-222.
- Frankel, E. B., & Gold, S. (2007). Principles and practices of early intervention dalam I. Brown, & M. Percy (Eds.), *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities* (pp. 451-466). Baltimore: Brookes.
- Guralnick, M. J. (2005). Early intervention for children with intellectual disabilities: Current knowledge and future prospects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 313-324.

- International Labour Office, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, & World Health Organization (2004). *CBR: A strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disabilities*. Geneva: WHO.
- Jamison, D. T., Breman, J. G., Measham, A. R., Alleyne, G., Claeson, M., Evans, D. B., Jha, P., Mills, A., & Musgrove, P. (2006). *Disease Control Priorities in Developing Countries*. (2nd ed). Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Leimena, S. L. (1989). Posyandu: A community based vehicle to improve child survival and development. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 3 (4), 264-267.
- Maulik, P. K. & Darmstadt, G. L. (2007). Childhood disability in low- and middle-income countries: Overview of screening, prevention, services, and epidemiology. *Pediatrics*, 120, S1-S55.
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). *Research in Developmental Disabilities*, 32, 419-436.
- McKenzie, K., & Megson, P. (2012) Screening for intellectual disability in children: A review of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25, 80-87.
- McKenzie, K. & Paxton, D. (2006). Promoting access to services: The development of a new screening tool. *Learning Disability Practice*, 9 (6), 17-21.
- McKenzie, K., Paxton, D., Murray, G. Milanesi, P., & Murray, A. L. (2012) The evaluation of a screening tool for children with an intellectual disability: The child and adolescent intellectual disability screening questionnaire. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1068-1075.
- Mirza I., Tareen A., Davidson, L. L., & Rahman A. (2009). Community management of intellectual disabilities in Pakistan: A mixed methods study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53 (6), 559-570.

- Muchtar (2008). Pelayanan Rehabilitasi Berbasis Masyarakat terhadap Penyandang Cacat. Diakses pada 2 Oktober, 2012, dari <http://www.kemsos.go.id/modules.php?name=News&file=article&sid=563>.
- Mung'ala-Odera, V., Meehan, R., Njuguna, P., Mturi, N., Alcock, K. J., & Newton, C. R. J. C. (2006). Prevalence and risk factors of neurological disability and impairment in children living in rural Kenya. *International Journal of Epidemiology*, 35, 683-688.
- Ravindran, N. & Myers, B. (2012). Cultural influences on perceptions of health, illness, and disability: A review and focus on autism. *J Child Fam Stud*, 21, 311-319.
- RBM Bandung (2008). *Rehabilitasi Berbasis Masyarakat di Bandung*. Tidak dipublikasikan.
- Salmiah S. (2010). *Retardasi Mental*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Saphiro, B. K. (2011). Reflections on early identification. Dalam Groark, C., Eidelman S, Kaczmarek L., & Maude, S. (eds). *Early Childhood Intervention: Shaping the Future for Children with Special Needs and Their Families*. Santa Barbara: ABC-CLIO.
- Sonnander, K. (2000). Early identification of children with developmental disabilities. *Acta Paediatrica*, Suppl 434, 17-23.
- Thornburn, M. Desai, P., Paul, T. J., Malcolm, L., Durkin M., & Davidson, L. (1992). Identification of childhood disability in Jamaica: The ten question screen. *International Journal of Rehabilitation Research*, 15, 115-127.
- Tim Penggerak PKK Pusat (2006). *Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK)*. Jakarta: Tim Penggerak PKK Pusat.
- United Nations Children's Fund & University of Wisconsin. (2008). *Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the multiple Indicator Cluster Surveys*. New York: UNICEF.
- World Health Organization. (1996). *ICD – 10 Guide for Mental Retardation*. Geneva: Author.

Zaman, S. S., Khan, N. Z., Islam, S., Banu, S., Dixit, S., ShROUT, P., & Durkin, M. (1990). Validity of the 'Ten Questions' for screening serious childhood disability: Results from urban Bangladesh. *International Journal of Epidemiology*, 19 (3), 613-620.