IMPLEMENTASI KEPERAWATAN PADA *ANAK SPEECH DELAY* DENGAN TERAPI BEMAIN BERBASIS KARTU (*FLASHCARD*)

Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Menteng Palangka Raya Tahun 2025

STUDI KASUS

Oleh:

Siti Pramida

NIM: PO6220122045

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN PALANGKA RAYA PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
2025

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN PADA *ANAK SPEECH DELAY* DENGAN TERAPI BEMAIN BERBASIS KARTU (*FLASHCARD*)

Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Menteng Palangka Raya Tahun 2025

STUDI KASUS

Oleh:

Siti Pramida

NIM: PO6220122045

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
PALANGKA RAYA PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA
KEPERAWATAN
2025

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini diajukan oleh:

Nama Lengkap	:	Siti Pramida
NIM	:	PO6220122045
Jurusan/Prodi	:	Keperawatan/D-III Keperawatan
Alamat Rumah dan No Tel./HP	:	Jl. G. OBOS 12/085705764396
Alamat email	:	sitipramidamida@gmail.com
Dosen Pembimbing I		
Nama Lengkap dan Gelar	:	Dr. Tri Ratna Ariestini, S.Kep., MPH
NIP	:	19700413 1996032001
Tel./HP	:	082154798225
Dosen Pembimbing II		
Nama Lengkap dan Gelar	:	Natalansyah, S.Pd., M.Kes
NIP	:	196812251991031001
Tel./HP	:	085251606809

Telah Diperiksa dan Disetujui untuk diuji
Palangka Raya, 29 April 2025

Dosen Pembimbing I	Dosen Pembimbing I
Dr. Tri Ratna Ariestini, S.Kep., MPH	**Natalansyah, S.Pd., M.Kes**
NIP. 197004131996032001	**NIP. 196812251991031001**

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama	:	Siti Pramida
NIM	:	PO6220122045
Program Studi	:	D-III Keperawatan 25 A
Judul KTI	:	Implementasi Keperawatan pada Anak *Speech Delay* dengan Terapi bermain berbasis kartu (*Flashcard*) di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Menteng Palangka Raya

Telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji pada Seminar Karya Tulis Ilmiah Hari Rabu, Tanggal 7 Mei 2025

Ketua Penguji	**Dewi, S.Kep.Ners** **NIP.198004242006042016**	( )
Anggota I	**Dr. Tri Ratna Ariestini, S.Kep., MPH.** **NIP.197004131996032001**	( )
Anggota II	**Natalansyah, S.Pd., M.Kes.** **NIP.196812251991031001**	( )

Mengetahui Ketua Program Studi D-III Keperawatan	Mengesahkan Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya
Ns. Syam'ani, S.Kep., M.Kep	**Ns. Reny Sulistyowati, S.Kep., M.Kep**
NIP. .197902252001121001	**NIP. 197609072001122002**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	:	Siti Pramida
NIM	:	PO6220122045
Program Studi	:	D-III Keperawatan Reguler 25 A
Judul KTI	:	Implementasi Keperawatan pada Anak *Speech Delay* dengan Terapi bermain berbasis kartu (*Flashcard*) di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Menteng Palangka Raya

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa **Karya Tulis Ilmiah** yang saya tulis ini benar-benar tulisan saya, dan bukan merupakan plagiasi, baik sebagian atau seluruhnya. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa **Karya Tulis Ilmiah** ini hasil plagiasi, baik sebagian atau seluruhnya, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Palangka Raya, 29 April 2025
Yang Membuat Pernyataan

Siti Pramida
NIM. PO6220122045

ABSTRAK

Implementasi Keperawatan pada Anak *Speech Delay* dengan Terapi Bermain Berbasis Kartu (*Flashcard*) di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Menteng Palangka Raya

(Siti Pramida)[1], (Tri Ratna Ariestini)[2], (Natalansyah)[3]

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

Email: sitipramidamida@gmail.com

Latar belakang: *Speech delay* merupakan gangguan perkembangan bahasa yang memengaruhi kemampuan komunikasi, sosialisasi, dan akademik anak. Terapi bermain berbasis kartu (*flashcard*) dinilai efektif sebagai stimulasi visual-interaktif untuk meningkatkan artikulasi dan kosakata. Studi ini bertujuan mengevaluasi implementasi keperawatan melalui terapi *flashcard* pada anak *speech delay* di wilayah kerja UPTD Puskesmas Menteng Palangka Raya.
Tujuan: Menganalisis pengaruh terapi bermain berbasis *flashcard* terhadap peningkatan kemampuan bahasa anak *speech delay* serta mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat dalam implementasi.
Metode: Penelitian menggunakan desain studi kasus kualitatif dengan pendekatan proses keperawatan (pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi). Partisipan meliputi dua anak berusia 4 tahun (dengan ADHD) dan 6 tahun (dengan ADS).
Hasil: Kedua pasien menunjukkan respons positif terhadap terapi *flashcard*, seperti peningkatan fokus (An. EB: 15 menit) dan kemampuan mengucapkan huruf vokal (An. AM: "A" dan "I"). Namun, perkembangan artikulasi dan kosakata belum signifikan dalam waktu singkat. Faktor pendukung meliputi dukungan keluarga dan media *flashcard* yang menarik, sedangkan penghambat utama adalah distraksi lingkungan dan durasi terapi terbatas.
Kesimpulan: Terapi bermain berbasis flashcard berpotensi meningkatkan kemampuan bahasa anak dengan speech delay, tetapi memerlukan konsistensi, durasi yang lebih panjang, dan kolaborasi aktif dari keluarga. Dalam penelitian ini, An. EB yang didiagnosis dengan ADHD menunjukkan perkembangan verbal yang lebih cepat dibandingkan An. AM yang memiliki Autism Spectrum Disorder (ADS). Oleh karena itu, penting untuk mengintegrasikan terapi ini dalam program rehabilitasi holistik untuk mencapai hasil yang optimal.

Kata kunci: *Speech delay, terapi bermain, flashcard, asuhan keperawatan, komunikasi verbal.*

ABSTRACT

Implementation of nursing care through flashcard therapy for children with speech delay in the working area of UPTD Puskesmas Menteng Palangka Raya.

(Siti Pramida)[1], (Tri Ratna Ariestini)[2], (Natalansyah)[3]

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

Email: sitipramidamida@gmail.com

Background: *Speech delay is a language development disorder that affects children's communication, socialization, and academic abilities. Play therapy based on flashcards is considered effective as a visual-interactive stimulation to improve articulation and vocabulary. This study aims to evaluate the implementation of nursing care through flashcard therapy for children with speech delay in the working area of UPTD Puskesmas Menteng Palangka Raya.*

Objective: *To analyze the effect of play therapy based on flashcards on improving the language skills of children with speech delay and to identify supporting and inhibiting factors in the implementation.*

Method: The research used a qualitative case study design with a nursing process approach (assessment, diagnosis, intervention, implementation, evaluation). Participants included two children aged 4 years (with ADHD) and 6 years (with ADS).

Results: *Both patients showed positive responses to flashcard therapy, such as increased focus (An. EB: 15 minutes) and the ability to pronounce vowel sounds (An. AM: "A" and "I"). However, the development of articulation and vocabulary was not significant in a short time. Supporting factors included family support and engaging flashcard media, while the main inhibiting factors were environmental distractions and limited therapy duration.*

Conclusion: *Play therapy based on flashcards has the potential to improve language abilities in children with speech delay; however, it requires consistency, longer duration, and active collaboration from the family. In this study, An. EB diagnosed with ADHD showed faster verbal development compared to An. AM who has Autism Spectrum Disorder (ADS). Therefore, it is important to integrate this therapy into a holistic rehabilitation program to achieve optimal results.*

Keywords*: Speech delay, play therapy, flashcards, nursing care, verbal communication.*

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Studi Kasus ini. Penelitian Studi Kasus ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak pada penyusunan Studi Kasus ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan laporan ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Mars Khendra Kusrifriyadi,STP., MPH selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Palangka Raya yang telah memberikan dukungan dan izin dalam pelaksanaan pendidikan di Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.
2. Ibu Ns. Reny Sulistyowati, S.Kep.,M.Kep selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya atas kesempatan yang telah diberikan untuk menempuh pendidikan di Jurusan Keperawatan.
3. Bapak Ns. Syam'ani, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan yang telah memberikan bimbingan dan kesempatan selama proses pembelajaran di Prodi DIII Keperawatan.
4. Dr. Tri Ratna Ariestini, S.Kep,MPH, selaku Dosen Pembimbing 1 yang telah menyediakan banyak waktu, tenaga, pikiran untuk mengarahkan saya dalam menyusun Studi Kasus ini.
5. Natalansyah, S.Pd, M.Kes, selaku Dosen Pembimbing 2 yang selalu tegas dan sabar untuk mengarahkan saya dalam menyusun Studi Kasus ini.
6. DEWI, S.Kep.Ners, selaku Pembimbing Klinik yang selalu membimbing kami selama melakukan praktik klinik dan menyelesaikan laporan dengan sabar.
7. Orang tua saya yang jauh di kampung yaitu Rusdiansyah dan Norasiah yang selalu memberikan bantuan dukungan baik secara moral maupun material.

8. Saudari saya yaitu Siti Pramita dan Siti Pramilka yang selalu menghibur saya di berbagai kondisi selama menyusun Studi Kasus ini.
9. Sahabat yang telah banyak sekali membantu dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
10. Keluarga di kampung yang senantiasa mendoakan kelancaran proses penyusunan Studi Kasus ini. Khususnya Almarum paman dan kakek saya yang meninggal di saat saya masih jauh di palangkaraya.
11. Seluruh jajaran dosen Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya yang telah memberikan ilmu, wawasan, dan pengalaman berharga selama masa perkuliahan.
12. Keluarga pasien dan pasien yang meluang waktu dan tempat agar proses keperawatan dapat selesai.
13. Lagu Animasi Jumbo berjudul Selalu Ada di Nadimu, lagu-lagu dari Selena Gomez, Lana Del Rey, dan PLAVE yang menjadi *playlist* harian saat menyusun Studi Kasus ini.

Semoga bantuan serta budi baik yang telah diberikan kepada penulis, mendapat balasan dari Allah SWT. Besar harapan penulis agar Karya Tulis Ilmiah akhir ini dapat bermanfaat.

Palangka Raya, 29 April 2025

Siti Pramida

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL ..... **i**
HALAMAN SAMPUL ..... **ii**
ABSTRAK ..... **vi**
ABSTRACT ..... **vii**
KATA PENGANTAR ..... **viii**
DAFTAR ISI ..... **x**
DAFTAR GAMBAR ..... **xi**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xii**

BAB I PENDAHULUAN **1**
A. Latar Belakang 1
B. Rumusan Masalah 4
C. Tujuan Penulisan 4
D. Manfaat 5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA **7**
A. Konsep dasar anak 7
B. Klasifikasi Anak 7
C. Konsep dasar Keterlambatan Bicara (Speech Delay) pada Anak 12
D. Konsep Terapi Bermain Berbasis Kartu (Flashcard) 21
E. Konsep Asuhan Keperawatan pada Anak Speech Delay 30

BAB III METODE STUDI KASUS **48**
A. Desain penelitian 48
B. Tempat dan waktu penelitian 48
C. Setting penelitian 48
D. Subjek penelitian/partisipan 49
E. Metode pengumpulan data 49
F. Metode uji keabsahan data 50
G. Metode analisis data 51
H. Etika penelitian 52

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN **54**
A. Informasi Umum Pasien 54
B. Hasil Penelitian 54
C. Pembahasan 85

BAB V PENUTUP **111**
A. Kesimpulan 111
B. Saran 113

DAFTAR PUSTAKA **115**
LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar II.1 24
Gambar II.2 24
Gambar II.3 24
Gambar II.4 24
Gambar II.5 29
Gambar II.6 29

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Informed Consent..... 119
Lampiran 2. Lembar pengkajian..... 121
Lampiran 3. Surat Ethical Clearance..... 124
Lampiran 4 Surat Permohonan Izin Praktik Klinik 125
Lampiran 5. Dokumentasi 126
Lampiran 6. Lambar konsultasi 126
Lampiran 7.Turnitin..... 130

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keterlambatan bicara (*Speech delay*) merupakan salah satu gangguan dalam proses pemerolehan bahasa, di mana seorang anak mengalami keterlambatan dalam berbicara dibandingkan dengan anak seusianya. Seorang anak dikatakan mengalami *speech delay* ketika kemampuan bicaranya jauh di bawah rata-rata anak lain pada usia yang sama (Aminah & Ratnawati, 2022: 80).

Data prevalensi anak dengan *speech delay* masih terbatas, baik secara internasional maupun nasional. Penelitian internasional yang melibatkan 1.658 anak berusia 1–12 tahun menunjukkan bahwa 2,53% anak mengalami keterlambatan bicara dan bahasa. Dari jumlah tersebut, satu anak memiliki ciri-ciri autisme, satu anak mengalami cerebral palsy, dan beberapa anak lainnya mengalami gangguan pendengaran sebagai penyakit penyerta (Sunderajan & Kanhere, 2019: 643). Penelitian nasional yang melibatkan 600 anak dengan Gangguan Perkembangan menunjukkan bahwa 65 anak didiagnosis mengalami *speech delay*, dengan 73,4% berjenis kelamin laki-laki dan 26,6% berjenis kelamin perempuan (Kurniasari, N, 2021: 106). Data di kalimantan mengungkapkan bahwa terdapat 69 anak yang mengalami keterlambatan bicara. Dari jumlah tersebut, 16 anak (23,19%) hanya mengalami *speech delay* tanpa gangguan lain, sedangkan 53 anak

(76,81%) mengalami *speech delay* yang disertai gangguan lain (Mahmudianati et al, 2023: 26). Hingga saat ini, belum terdapat penelitian yang mengkaji angka kejadian *speech delay* di palangkaraya.

Anak dengan *speech delay* cenderung mengalami kesulitan dalam prestasi akademik, sosialisasi, dan interaksi dengan lingkungan sekitar. Namun, terdapat pengecualian seperti yang ditemukan pada kasus Ikhwan, yang meskipun mengalami *speech delay*, tetap memiliki prestasi akademik yang baik, terutama dalam hal intelegensi (Muslimat et al., 2020: 9). Meskipun demikian, secara umum, anak dengan keterlambatan bicara cenderung lebih pasif dan mengalami kesulitan dalam mengungkapkan keinginan mereka secara verbal. Berbagai metode telah diterapkan untuk mencegah dan mengatasi *speech delay* seperti terapi wicara dan terapi okupasi. Orangtua yang memahami dampak *speech delay* cenderung lebih waspada dengan menerapkan beberapa upaya pencegahan speech delay pada anaknya.

Pencegahan yang dapat dilakukan orangtua seperti aktif berkomunikasi dengan anak, menciptakan lingkungan yang nyaman, serta memberikan stimulus yang cukup agar anak memiliki perbendaharaan kosakata yang baik. Selain itu, orang tua perlu membatasi penggunaan gadget dan televisi, karena paparan media pasif yang berlebihan dapat menghambat perkembangan bahasa anak. Orang tua disarankan untuk menghindari penggunaan bahasa bayi, seperti menyebut "makan" sebagai "mamam" atau "susu" sebagai "cucu", karena hal tersebut dapat memengaruhi gaya bicara anak hingga dewasa (Muslimat et al., 2020: 9).

Berbagai perkembangan anak didapatkan dari proses meniru dan bermain, stimulasi melalui permainan dapat meningkatkan perkembangan anak baik dalam aspek bahasa, motorik halus maupun motorik kasar.

Stimulasi terapi bermain yang pernah diterapkan pada proses perawatan anak dengan speech delay di antaranya melalui permainan peran, di mana anak berpura-pura menjadi orang lain sehingga anak belajar menggali kata-kata sesuai dengan konteks yang tepat. Selain itu, terdapat terapi musik seperti bernyanyi yang mampu merangsang kemampuan anak untuk berbicara (Marchandasari, N. 2023: 325–326). Selain itu jenis permainan yang digunakan untuk meningkatkan kemampuan komunikasi anak *speech delay* adalah dengan kartu bergambar (*flashcard*). Implementasi keperawatan terapi bermain *flashcard* dinilai cukup efektif sebagai media dalam meningkatkan kemampuan artikulasi serta bahasa pada anak *speech delay* (Lestari & Sholichah, 2023: 87). Pelaksanaan implementasi keperawatan dalam terapi bermain dapat dilakukan oleh perawat dengan melibatkan peran aktif orangtua pasien.

Peran perawat dalam memberikan implementasi keperawatan yang berkualitas dan berkuantitas sangat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien. Interaksi perawat dengan pasien yang efektif dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Pelaksanaan terapi bermain oleh perawat perlu dilaksanakan dengan pendekatan komunikasi terapeutik yang efektif dan terarah. Salah satu bentuk implementasi nonverbal dalam komunikasi terapeutik adalah pemanfaatan *flashcard* sebagai media visual interaktif untuk merangsang respons linguistik pasien. Anak *speech delay* dengan

penyakit penyerta lainnya seperti *Attention Deficit Hyperactive Disorder* ADHD dan *Autism Spectrum Disorder* (ADS) tetap mampu memberikan perkembangan positif atas simbol yang ditunjukan. Perawat memberikan apresiasi pada anak dalam setiap proses terlepas dari tingkat keberhasilan masing-masing pasien *speech delay*. (Mirantisa *et al.*, 2021: 60–61)

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi lebih lanjut mengenai pengaruh terapi bermain terhadap penguasaan kosakata dan huruf vokal pada pasien speech delay, dengan judul "Implementasi Keperawatan pada Anak *Speech Delay* dengan Terapi Bermain Berbasis Kartu (*Flashcard***)** di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Menteng Palangka Raya".

B. Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh implementasi keperawatan terapi bermain berbasis kartu (*Flashcard*) terhadap penguasaan kosakata dan huruf vokal pada anak dengan *speech delay* di wilayah Puskesmas Menteng?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umun

   Mampu melaksanakan implementasi keperawatan terapi bermain berbasis kartu (*flashcard*) untuk penguasaan kosakata dan huruf vokal pada anak dengan *speech delay*.

2. Tujuan Khusus

   a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada anak dengan *speech delay*

b. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan anak dengan *speech delay*
c. Mampu melaksanakan intervensi keperawatan terapi bermain berbasis kartu (*flashcard*) pada anak *speech delay* dengan melibatkan keluarga
d. Mampu melaksanakan implementasi keperawatan terapi bermain berbasis kartu (*flashcard*) pada anak *speech delay* dengan melibatkan keluarga
e. Mampu melakukan evaluasi dari intervensi keperawatan yang sudah diberikan pada anak dengan *speech delay*
f. Mampu mengidentifikasi faktor pendukung dan faktor penghambat dalam mendokumentasikan implementasi keperawatan terapi bermain berbasis kartu (*flashcard*) pada anak dengan *speech delay*

D. Manfaat

1. Bagi Mahasiswa

   Laporan studi kasus ini diharapkan dapat berguna sebagai bahan atau dasar pemikiran guna meningkatkan kualitas implementasi keperawatan anak dengan speech delay.

2. Bagi Pasien

   Dapat memberikan informasi pada keluarga pasien tentang implementasi keperawatan terapi bermain berbasis kartu (Flash Card) sehingga keluarga mampu melakukan terapi secara mandiri di rumah.

3. Puskesmas

   Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat bermanfaat bagi petugas kesehatan khususnya perawat kesehatan di Puskesmas Menteng dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat terutama anak dengan gangguan komunikasi verbal speech delay

   Pendidikan

4. Dengan adalanya implementasi keperawatan terapi bermain pada anak dengan speech delay diharapkan dapat menjadi referensi dalam proses belajar serta acuan bagi rekan-rekan mahasiswa dalam mengaplikasikan tindakan keperawatan pada anak.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep dasar anak

1. Definisi Anak

Anak didefinisikan sebagai individu berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun yang berada dalam fase tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus meliputi aspek fisik, psikologis, sosial, hingga spiritual. Sebagai subjek dalam rentang perkembangan yang berkesinambungan, anak mengalami serangkaian perubahan dinamis mulai dari masa bayi hingga remaja. Kebutuhan holistik ini mencerminkan kompleksitas proses pematangan diri, di mana interaksi antara faktor internal (biologis) dan eksternal (lingkungan) turut membentuk kapasitas adaptasi serta kemandiriannya (Fitriana, 2024: 23–24).

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014, anak didefinisikan sebagai individu yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk janin yang masih dalam kandungan. Definisi ini tercantum dalam perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.

B. Klasifikasi Anak

Erik Erikson mengklasifikasikan tahap perkembangan anak berdasarkan krisis psikososial yang meliputi pembentukan kepercayaan dasar pada masa bayi, pencapaian otonomi di usia batita,

pengembangan inisiatif pada prasekolah, dan penanaman ketekunan di usia sekolah. Berikut klasifikasi anak menurut Erik Erikson (dalam (Nevid, 2021: 52))

1. Bayi (0-1 tahun)
    a. Krisis Psikososial: Percaya vs Tidak Percaya
    b. Tantangan Utama: Anak mulai membangun rasa percaya dasar terhadap pengasuh dan lingkungan melalui pemenuhan kebutuhan fisik dan emosional secara konsisten.
2. Batita (1-3 tahun)
    a. Krisis Psikososial: Otonomi vs Rasa Malu dan Ragu
    b. Tantangan Utama: Anak belajar mandiri (misalnya makan, berpakaian) dan mengendalikan diri, sambil menghindari perasaan malu akibat tekanan atau kritik berlebihan.
3. Prasekolah (3-6 tahun)
    a. Krisis Psikososial: Prakarsa vs Rasa Bersalah
    b. Tantangan Utama: Anak mulai mengambil inisiatif dalam aktivitas bermain atau belajar, tetapi perlu didukung agar tidak merasa bersalah jika melakukan kesalahan.
4. Usia Sekolah (6-12 tahun)
    a. Krisis Psikososial: Ketekunan vs Rendah Diri
    b. Tantangan Utama: Anak mengembangkan produktivitas melalui tugas akademik atau keterampilan sosial. Dukungan diperlukan agar ia tidak merasa inferior saat menghadapi kegagalan.

5. Remaja (12-18 tahun)
    1) Krisis Psikososial: Identitas vs Kebingungan
    2) Tantangan Utama: Remaja berupaya menyempurnakan jati diri dengan mengeksplorasi berbagai peran dan mengintegrasikannya untuk membentuk identitas, namun jika gagal, mereka dapat mengalami kebingungan mengenai siapa diri mereka (Mokalu and Boangmanalu, 2021: 188).

2. Konsep Pertumbuhkan dan Perkembangan Pada Anak

Menurut (Whaley dan Wong, 2019) dalam (Yulizawati dan Afrah, 2022:1). Pertumbuhan adalah peningkatan kuantitas ukuran fisik, jumlah sel, dan jaringan tubuh yang dapat diukur melalui satuan panjang/berat, sedangkan perkembangan adalah perubahan kualitatif berupa peningkatan kemampuan fungsi individu melalui proses pematangan dan pembelajaran; keduanya terjadi bersamaan, tetapi perkembangan melibatkan interaksi kematangan sistem saraf pusat dengan organ terkait, seperti sistem neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi, dan sosialisasi. Aspek perkembangan menurut (Hidayat, 2012) dalam (Yulizawati dan Afrah, 2022: 3)

a. Motorik Kasar (*Gross Motor*)

Motorik kasar menurut (Soetjiningsih, 2014) (dalam Yulizawati dan Afrah, 2022:3) adalah kemampuan gerak tubuh yang melibatkan koordinasi otot besar untuk lokomosi (berpindah

tempat) dan menjaga keseimbangan postur. Pada anak prasekolah, perkembangan ini meliputi:

1) Berdiri dengan satu kaki selama 1-5 detik.
2) Melompat dengan satu kaki
3) Posisi merangkak

b. Motorik Halus (*Fine Motor Skills*)

Motorik halus adalah koordinasi otot kecil untuk aktivitas presisi. Contoh perkembangannya pada anak:

1) Menggoyangkan jari-jari kaki.
2) Menggambar orang atau objek dengan 2-3 bagian.
3) Menjepit benda, melambaikan tangan

c. Bahasa (*Language*)

Kemampuan bahasa mencakup merespons suara, mengikuti instruksi, dan berbicara spontan. Tahap perkembangannya meliputi:

1) Menyebut 4 gambar dan 1-2 warna.
2) Menjelaskan fungsi benda, menghitung, meniru bunyi.
3) Memahami larangan

Gambaran pola perkembangan bicara yang normal menurut (Leung dan Kao, 1999) dalam (Aminah and Ratnawati, 2022a: 80–81) sebagai berikut:

1) Usia 1-6 bulan: Mampu meraban (mengeluarkan suara tanpa arti) sebagai respons terhadap suara orang di sekitarnya.

2) Usia 6-9 bulan: Mulai mengoceh dengan mengulang suara seperti “ba-ba” atau “da-da”.
3) Usia 10-11 bulan: Mampu membeo (meniru suara) dan mengucapkan “mama/dada” tanpa makna yang jelas.
4) Usia 12 bulan: Sudah mengucapkan “mama/dada” dengan makna serta sering meniru dua atau tiga suku kata.
5) Usia 13-15 bulan: Memiliki 4-7 kosa kata (di luar jargon) dengan kurang dari 20% ucapannya dapat dipahami orang lain.
6) Usia 16-18 bulan: Menguasai sekitar 10 kosa kata, menunjukkan echolalia (meniru ucapan) dan jargon yang luas, serta 20-25% ucapannya mulai dapat dipahami.
7) Usia 19-21 bulan: Kosa kata mencapai 20 kata dan sekitar 50% ucapannya sudah dapat dimengerti oleh orang lain.
8) Usia 22-24 bulan: Memiliki lebih dari 50 kosa kata, mampu membuat frasa dua kata (misal: “mau minum”), mulai meninggalkan jargon, dan 60-70% ucapannya dipahami.
9) Usia 2-2,5 tahun: Menguasai 400 kosa kata (termasuk nama benda/orang), membuat frasa 2-3 kata, menggunakan kata ganti (seperti “aku/kamu”), echolalia berkurang, dan 75% ucapannya dapat dipahami.
10) Usia 2,5-3 tahun: Mulai menggunakan bentuk jamak (misal: “buku-buku”) dan kata lampau (misal: “sudah makan”), mengetahui usia dan jenis kelaminnya, mampu menghitung

tiga objek, menyusun kalimat 3-5 kata, serta 80-90% ucapannya dipahami.

11) Usia 3-4 tahun: Menyusun kalimat 3-6 kata, mulai mengajukan pertanyaan, bercakap-cakap, menceritakan pengalaman, dan hampir semua ucapannya (95-100%) dapat dipahami.

12) Usia 4-5 tahun: Mampu membuat kalimat 6-8 kata, menyebutkan empat warna dasar, serta menghitung 10 benda (seperti koin) dengan benar.

d. Perilaku Sosial (*Personal Social*)

Aspek ini berkaitan dengan kemandirian, interaksi sosial, dan adaptasi lingkungan. Ciri perkembangan pada anak prasekolah:

1) Bermain permainan sederhana.
2) Mengenali anggota keluarga.
3) Menunjukkan kecemasan saat berpisah.
4) Mengekspresikan keinginan dengan gerakan tubuh.

C. Konsep dasar Keterlambatan Bicara (Speech Delay) pada Anak

1. Definisi *Speech Delay*

Speech delay kondisi di mana anak mengalami keterlambatan bicara akibat gangguan dalam proses belajar bahasa. Seorang anak dianggap mengalami *speech delay* jika kemampuannya dalam berbicara jauh tertinggal dibandingkan anak lain seusianya, seperti kesulitan merangkai kata atau memahami instruksi sederhana (Aminah and Ratnawati, 2022: 80).

Bahasa reseptif merupakan kemampuan anak untuk memahami dan membedakan bunyi yang bermakna maupun tidak bermakna, serta mencakup keterampilan menyimak dan membaca. Pada anak, kemampuan ini terlihat dari pemahaman terhadap cerita, instruksi, aturan, serta ketertarikan dan penghargaan terhadap bacaan. Bahasa ekspresif adalah kemampuan anak untuk menyampaikan pikiran dan perasaannya, baik secara lisan maupun melalui bahasa tubuh. Ini mencakup keterampilan bertanya, menjawab, berbicara, menceritakan kembali, memahami bahasa dalam konteks sosial (*pragmatik*), serta mengekspresikan ide dan keinginan melalui gambar atau coretan. (Husna and Eliza, 2021: 44).

2. Jenis-jenis *Speech Delay*

Jenis-jenis *Speech Delay* dalam kemampuan bicara pada anak menurut (Van Tiel, 2013) dalam (Aminah and Ratnawati, 2022: 81) antara lain:

a. Gangguan Bahasa Spesifik (*Specific Language Impairment*)

Gangguan perkembangan bahasa primer yang tidak disebabkan oleh masalah sensorik, neurologis, atau kognitif. Anak cenderung menggunakan kalimat pendek dan sederhana, serta menghilangkan unsur tata bahasa tertentu.

b. Gangguan Ekspresi Bahasa (*Speech and Language Expressive Disorder*)

Anak mengalami kesulitan dalam mengekspresikan ide atau kebutuhan secara verbal, meski pemahaman bahasanya relatif normal.

c. Gangguan Pemrosesan Auditori (*Centrum Auditory Processing Disorder*)

Gangguan bicara yang muncul bukan karena kerusakan organ pendengaran, melainkan akibat kesulitan otak dalam memproses informasi suara yang diterima.

d. Disleksia Fonetik (*Pure Dysphatic Development*)

Gangguan perkembangan bicara dan bahasa ekspresif yang ditandai kelemahan dalam sistem pengucapan (*fonetik*), seperti kesalahan artikulasi atau kesulitan membedakan bunyi.

e. Anak Berbakat Visual-Spasial (*Gifted Visual Spatial Learner*)

Anak dengan kemampuan visual-spasial di atas rata-rata, tetapi mungkin mengalami keterlambatan bicara karena fokus perkembangan pada aspek non-verbal.

f. Perkembangan Asinkron (*Disynchronous Development*)

Ketidakseimbangan antara perkembangan internal (misal: kecerdasan tinggi) dan eksternal (misal: keterampilan sosial), atau ketidaksinkronan antar aspek perkembangan (contoh: kemampuan kognitif lebih cepat daripada kemampuan verbal).

3. Penyebeb *Speech Delay*

Gangguan bicara dan bahasa dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang kompleks, mulai dari masalah pendengaran, gangguan penghantaran sinyal ke otak, kelainan pada otak, hingga gangguan fungsi otot atau organ penghasil suara. Beberapa penyebab utama gangguan bicara meliputi:

a. Kelainan organik pada sistem tubuh, seperti gangguan di otak, pendengaran, atau fungsi motorik, yang mengganggu proses produksi atau pemahaman bahasa.
b. Gangguan hemisfer dominan (biasanya otak kiri), yang berdasarkan penelitian, dapat menghambat kemampuan bicara karena area ini bertanggung jawab atas pemrosesan bahasa.
c. Kelainan neurologis, seperti penyimpangan struktur atau fungsi di belahan otak kanan, korpus kalosum (jaringan penghubung antar-otak), atau jalur pendengaran, yang saling memengaruhi kemampuan komunikasi verbal (Madyawati, 2017: 92)

Keterlambatan bicara pada anak dapat disebabkan oleh banyak faktor, mulai dari gangguan ringan hingga berat. Ada kasus yang membaik seiring pertambahan usia, tetapi ada pula yang tidak menunjukkan perkembangan signifikan. Selain faktor organik, lingkungan yang kurang stimulasi atau penggunaan dua bahasa juga dapat memengaruhi. Namun, keterlambatan akibat faktor lingkungan umumnya tidak terlalu parah. Beberapa Penyebab Utama Keterlambatan Bicara (Madyawati, 2017: 93–96):

a. Gangguan Pendengaran

   Anak dengan gangguan pendengaran kesulitan menangkap percakapan di sekitarnya, sehingga menghambat proses belajar bicara. Penyebab gangguan ini beragam, seperti infeksi berulang pada telinga, trauma, kelainan bawaan (genetik atau efek

infeksi/obat saat kehamilan), hiperbilirubin (kuning berat pada bayi), atau riwayat ketulian dalam keluarga.

b. Kelainan Organ Bicara

Kelainan fisik seperti lidah pendek (kesulitan mengucapkan huruf “t”, “n”, “l”), bibir sumbing (menyebabkan suara sengau pada huruf “s”, “k”, “g”), rahang bawah abnormal (suara desah pada “f”, “v”, “th”), atau kelainan laring dapat mengganggu artikulasi suara.

c. Keterbelakangan Mental

Anak dengan keterbelakangan mental biasanya mengalami keterlambatan bicara disertai dengan hambatan dalam pemecahan masalah visual-motor. Kondisi ini menjadi penyebab utama gangguan bahasa karena kemampuan kognitif dan bahasa berkembang lebih lambat.

d. Gangguan Sistem Saraf Pusat (Otak)

Gangguan pada otak menyebabkan ketidakmampuan mengintegrasikan bahasa dengan pemecahan masalah. Anak cenderung menggunakan gerakan tubuh (*pantomim*) untuk berkomunikasi.

e. Autisme

Autisme ditandai dengan keterlambatan perkembangan di bidang bahasa, interaksi sosial, dan perilaku. Anak autis mungkin mengalami gangguan bicara berat akibat kesulitan memahami dan menggunakan bahasa secara fungsional.

f. Mutisme Selektif

Anak usia 3-5 tahun dengan mutisme selektif menolak berbicara dalam situasi tertentu (misal: di sekolah) atau hanya mau berkomunikasi dengan orang tertentu. Kondisi ini sering dikaitkan dengan gangguan motivasi atau neurosis, meski kecerdasan anak bisa normal.

g. Deprivasi Lingkungan

Kurangnya stimulasi bahasa dari lingkungan dapat menyebabkan keterlambatan bicara ringan. Namun, jika disertai masalah seperti kekurangan gizi atau *child abuse*, gangguan bahasa bisa lebih parah karena kerusakan saraf akibat penelantaran.

4. Tanda dan Gejala Speech Delay pada Anak

Keterlambatan serta gangguan dalam perkembangan bahasa dan berbicara merupakan indikator gangguan komunikasi yang harus diwaspadai sebagai tanda bahaya pada anak, berikut tanda bahaya perkembangan komunikasi berdasarkan usia:

a. Usia 4-6 Bulan

Tidak menirukan suara yang diucapkan orangtuanya dan belum dapat tertawa atau berceloteh.

b. Usia 8-10 Bulan

Tidak mengeluarkan suara untuk menarik perhatian, tidak bereaksi ketika namanya dipanggil, dan tidak menunjukkan ekspresi emosi (tertawa/menangis).

c. Usia 12-15 Bulan

Tidak menunjukkan mimik wajah, belum mampu mengeluarkan suara bermakna, tidak berusaha berkomunikasi saat membutuhkan sesuatu, belum memahami instruksi sederhana seperti "tidak boleh" atau "daaag", dan tidak memiliki variasi enam ekspresi wajah berbeda.

d. Usia 15 Bulan

Belum dapat mengucapkan 1-3 kata sederhana.

e. Usia 18-24 Bulan

Kosakata kurang dari 6-10 kata, tidak tertarik pada objek/orang yang menarik perhatiannya, tidak bisa mengikuti instruksi sederhana, belum bisa merangkai 2 kata menjadi kalimat, tidak memahami fungsi benda sehari-hari.

f. Usia 24 Bulan

Tidak meniru tingkah laku atau kata-kata orang lain dan tidak mampu menunjukkan anggota tubuh saat diminta.

g. Usia 30-36 Bulan

Ucapan tidak dipahami anggota keluarga dan tidak menggunakan kalimat/pertanyaan sederhana yang dapat dimengerti.

h. Usia 3-4 Tahun

Tidak mengucapkan kalimat utuh, tidak memahami instruksi verbal dan tidak tertarik bermain dengan anak sebaya.

i. Usia 3,5 Tahun

Mengucapkan kata tidak lengkap (contoh: "aya" untuk "ayah").

j. Usia 4 Tahun

Masih gagap dan ucapan sulit dipahami secara konsisten (Madyawati, 2017: 100–101).

5. Komplikasi *Speech Delay* pada Anak

Keterlambatan berbicara pada anak dapat menjadi tantangan serius, terutama bagi orangtua yang memiliki keterbatasan waktu akibat tuntutan pekerjaan. Padahal, peran aktif orangtua dalam memberikan stimulasi bahasa sangat penting untuk mendukung perkembangan komunikasi anak. Menurut (Muslimat, Lukman and Hadrawi, 2020: 8–9) masalah *speech delay* Jika tidak ditangani secara tepat berpotensi menimbulkan dampak jangka panjang berikut:

a. Prestasi Akademik yang Rendah

Kemampuan berbicara, membaca, dan menulis merupakan fondasi utama dalam proses belajar di sekolah. Anak dengan *speech delay* cenderung kesulitan memahami instruksi guru, mengungkapkan ide, atau menjawab pertanyaan. Kondisi ini berisiko menghambat pemahaman materi pelajaran, sehingga berujung pada pencapaian akademik yang kurang optimal.

b. Kesulitan Bersosialisasi

Interaksi sosial memerlukan kemampuan komunikasi verbal yang memadai. Anak yang mengalami keterlambatan berbicara sering

kali menjadi pasif dalam pergaulan karena kesulitan menanggapi percakapan, memahami candaan, atau menyampaikan pendapat. Hal ini berpotensi memicu isolasi sosial, di mana anak lebih memilih menyendiri dan menghindari interaksi dengan teman sebaya.

c. Perilaku Pasif dan Hambatan Emosional

Speech delay dapat membentuk pola perilaku monoton karena anak tidak terbiasa mengekspresikan diri secara verbal. Mereka rentan menjadi tertutup, kesulitan mengungkapkan perasaan, dan merasa tidak dipahami oleh lingkungan. Jika berlangsung terus-menerus, kondisi ini berisiko memengaruhi kesehatan mental, seperti munculnya kecemasan atau harga diri rendah.

6. Penatalaksanaan *Speech Delay* pada Anak

Jenis Terapi untuk Anak yang direkomendasikan untuk mendukung perkembangan anak dalam (Madyawati, 2017: 93–96) antara lain:

a. Terapi Okupasi & Sensori Integrasi

1) Okupasi Terapi: Fokus membantu anak meningkatkan keterampilan sehari-hari seperti belajar, merawat diri (mandi, berpakaian), bersosialisasi, bermain, dan menyelesaikan tugas. Contoh aktivitas: menulis, memanjat, berayun, atau mengungkapkan ide.

2) Sensori Integrasi: Dikembangkan oleh dr. Ayres, metode ini melatih anak memproses informasi dari indera (seperti

sentuhan, gerak, atau suara) untuk membantu mereka beradaptasi dengan lingkungan, belajar, dan berfungsi optimal.

b. Terapi ABA (*Applied Behavior Analysis*)

Terapi ini khusus dirancang untuk anak autisme dengan pendekatan sistematis. Anak diberi latihan bertahap dan diberi pujian/hadiah (*positive reinforcement*) saat berhasil melakukan perilaku atau tugas yang diharapkan.

c. Terapi Wicara

Bertujuan mengatasi gangguan komunikasi, termasuk kesulitan bicara, bahasa, suara, kelancaran berbicara, hingga masalah menelan. Terapis akan melatih anak memahami bahasa (reseptif) dan mengungkapkan kata-kata (ekspresif).

d. Terapi Biomedis

Dikembangkan oleh dokter dalam jaringan DAN (*Defeat Autism Now*). Terapi ini berfokus pada gangguan metabolisme yang memperburuk gejala autisme dan memengaruhi fungsi otak. Contoh kasus: anak yang sudah bisa memanggil “mama” tiba-tiba kehilangan kemampuan tersebut (Madyawati, 2017: 98–99).

D. Konsep Terapi Bermain Berbasis Kartu (Flashcard)

1. Definisi Terapi Bermain Berbasis Kartu (*Flashcard*)

Bermain adalah bagian penting dari dunia anak, sekaligus fondasi untuk mengoptimalkan tumbuh kembangnya. Melalui aktivitas bermain, anak tidak hanya melatih fisik, tetapi juga

mengasah empati, keberanian, dan kemampuan sosial. Contohnya, bermain ayunan melatih keseimbangan tubuh, sementara bermain dengan teman sebaya mengajarkan cara mengelola emosi dan menghadapi konflik (Adriana, 2023: 71).

Terapi bermain memanfaatkan aktivitas bermain sebagai alat untuk mengatasi masalah perilaku anak. Dalam situasi bermain, anak belajar berkomunikasi, beradaptasi dengan lingkungan, dan mengekspresikan emosi secara alami. Misalnya, bermain komidi putar bisa melatih keberanian, sementara permainan peran membantu anak memahami konsep waktu dan kerja sama (Adriana, 2023: 85).

Media pembelajaran adalah alat untuk menyampaikan materi belajar dengan merangsang daya pikir dan minat belajar. Salah satu contoh media yang digunakan untuk terapi bermain adalah *flashcard*, kartu ringkas yang membantu mengingat definisi, simbol, rumus, atau kosakata asing. Media ini memperkuat memori melalui pengulangan, menyajikan informasi padat, dan memudahkan identifikasi materi yang belum dikuasai. Penggunaannya fleksibel, efektif, serta membuat proses belajar lebih efisien dan menarik (Saputri, 2020: 56).

2. Manfaat Terapi Bermain Berbasis Kartu (*Flashcard*)

a. Meningkatkan Kemampuan Bahasa: Penggunaan *flashcard* terbukti efektif meningkatkan keterampilan berbahasa anak

dengan keterlambatan bicara, terlihat dari perubahan signifikan dalam grafik analisis data penelitian.

b. Stimulasi Visual dan Interaktif: Media *flashcard* yang menarik membantu anak mengenali kosakata, struktur kalimat, dan konsep abstrak melalui pengulangan visual dan interaksi aktif.
c. Adaptasi Model Variatif: *Flashcard* dengan desain beragam (gambar, kata, simbol) mencegah kebosanan dan mempertahankan minat belajar anak (Mawaddah and Affandi, 2022: 370).

3. Teknik Pelaksanaan Terapi Bermain Berbasis Kartu (*Flashcard*)

Alat Permainan Edukatif (APE) dirancang untuk mengasah kemampuan psikomotorik, sosial-emosional, dan kognitif anak. Aspek sosial-emosional mencakup pengembangan kepekaan perasaan, pembentukan moral-spiritual, serta peningkatan rasa percaya diri. Sementara itu, aspek kognitif meliputi penguatan keterampilan, kreativitas, dan daya berpikir anak. Permainan edukatif merupakan aktivitas menyenangkan yang efektif sebagai sarana pembelajaran berbasis alat atau metode mendidik. Kegiatan ini tidak hanya mendukung perkembangan bahasa dan pola pikir anak, tetapi juga memperkuat kemampuan interaksi sosial dengan lingkungan sekitar (Adriana, 2017: 77).

Berikut merupakan cara memperoleh data mengenai proses komunikasi terapeutik berbasis kartu (*flashcard*) pada anak dengan

gangguan bicara (*speech delay*), penulis merujuk pada teori interaksi simbolik menurut (Mirantisa *et al.*, 2021: 56–50).

Pelaksanaan terapi bermain dengan pola proses interaksi sombolik di lakukan dalam tiga tahap yaitu simbol, proses interpretasi, dan tanggapan.

a. Simbol

Pada awal terapi, anak dengan gangguan bicara (*speech delay*) diberikan simbol berupa *flashcard* yang berisi gambar benda, hewan, warna, buah atau cerita bersambung, yang dipilih oleh terapis sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan anak.

Gambar.1 Bagian depan *flashcard* 	Gambar.2 Variasi gambar *flashcard*
Gambar.3 Bagian belakang *flashcard* 	Gambar.4 *Flashcard* berisi cerita bersambung

b. Proses Intepretasi

Penerima simbol akan melakukan proses penafsiran terhadap simbol yang diterima guna memahami dan memperoleh makna dari simbol tersebut. Langkah Interpretasi mencangkup:

1) Deteksi merupakan tahap awal pengenalan atau pengamatan terhadap suatu objek, yaitu aktivitas awal dalam mengenali simbol atau tanda yang muncul pada gambar atau situasi klinis.
2) Identifikasi adalah usaha untuk mengenali ciri-ciri objek yang telah terdeteksi dengan memperhatikan karakteristik seperti rona, bentuk, tekstur, ukuran, serta letaknya, guna memperoleh informasi yang cukup.
3) Analisis dilakukan dengan menggali lebih dalam karakteristik objek melalui pengolahan informasi yang lebih rinci agar hasil interpretasi menjadi lebih akurat; tahap ini melibatkan pemahaman menyeluruh terhadap unsur-unsur yang ada.
4) Deduksi merupakan tahapan akhir dalam interpretasi, yakni menarik kesimpulan atau menentukan jenis objek berdasarkan bukti-bukti yang telah diperoleh secara sistematis dan logis.

c. Tanggapan

Langkah ketiga dalam proses interpretasi adalah saat pasien memberikan tanggapan atau respons terhadap simbol yang telah diterimanya. Setiap respons positif yang diberikan oleh pasien

dianggap sebagai indikator kemajuan dalam proses terapi dan dicatat secara sistematis sebagai bagian dari dokumentasi keperawatan (Mirantisa *et al.*, 2021: 56–57).

4. Cara Pelaksanaan Terapi Bermain Berbasis Kartu (*Flashcard*)

Berikut panduan pelaksanaan terapi bermain berbasis kartu *flashcard* pada Anak dengan *speech delay* (Mirantisa *et al.*, 2021: 58–60)

a. Tujuan

Membantu anak dengan keterlambatan (*speech delay*) dalam meningkatkan kemampuan menyebutkan kata melalui media visual berupa kartu *flashcard*, dengan pendekatan bermain dan komunikasi terapeutik.

b. Persiapan

1) Media Terapi

a) Beberapa kartu *flashcard* bergambar objek yang familiar (hewan, benda sehari-hari, buah, warna, dll).

b) Permainan pendukung (jika diperlukan), seperti mobil-mobilan.

c) Dinding kosong untuk menempelkan kartu *flashcard*

2) Lingkungan Terapi

a) Ruangan tenang dan nyaman

b) Pencahayaan cukup dan minim gangguan

3) Kondisi Anak

a) Anak dalam kondisi cukup tenang dan siap menerima stimulasi

b) Hubungan awal antara perawat dan anak sudah mulai terbentuk

c. Prosedur Utama Pelaksanaan Terapi

1) Pemilihan dan Penyajian Kartu

a) Perawat memilih beberapa *flashcard* yang akan digunakan dalam sesi terapi.

b) Anak diperlihatkan gambar pada kartu dan diajak menyebutkan nama benda atau hewan yang ditampilkan. Misalnya: “kucing” saat diperlihatkan gambar kucing.

2) Menempelkan *Flashcard*

Perawat menempelkan *flashcard* yang telah disebutkan ke dinding. Tahap ini sebagai bagian dari aktivitas motorik sekaligus penguatan visual.

3) Pendampingan dan Pengulangan Kata

a) Perawat duduk di belakang anak, memegang tangan anak dengan lembut untuk membantunya menunjuk ke arah gambar.

b) Perawat mengarahkan pandangan anak ke *flashcard* sambil mengulang kata dengan pelafalan yang lambat dan jelas (contoh: “kuciiiiiiing”).

c) Pengulangan dilakukan beberapa kali hingga anak mulai mencoba menyebutkan, meskipun hanya sebagian kata.

4) Modifkasi Lingkungan Jika perlu

a) Lakukan terapi secara berhadapan sambil menunjukan kartu *flashcard* pada anak

b) Apabila anak mulai kehilangan fokus atau bosan, kegiatan dimodifikasi menjadi permainan. Contoh: *flashcard* dijadikan objek dalam permainan mobil-mobilan, lalu anak diminta menyebutkan gambar yang “ditabrak”.

5) Pencatatan Perkembangan

a) Setiap respons anak dicatat, baik berupa pelafalan kata lengkap maupun hanya sebagian (misalnya, “mama” menjadi “ma”, “belum” menjadi “bebu”).

b) Evaluasi dilakukan secara berkala untuk melihat peningkatan kosakata dan kemampuan bicara anak.

d. Tindakan Pendukung

1) Pijatan di Sekitar Mulut

Dilakukan untuk merelaksasi otot mulut dan memudahkan anak dalam pelafalan kata. Pijatan dilakukan secara lembut dan dengan pengawasan penuh.

Gambar.5

2) Pelukan Hangat

Diberikan saat anak memberontak atau kehilangan fokus sebagai bentuk pendekatan emosional dan menenangkan anak. Bertujuan membangun rasa aman dan kedekatan antara perawat dan anak.

Gambar.6

e. Pendekatan Emosional

1) Perawat selalu memanggil anak dengan namanya, tidak menggunakan kata ganti seperti “kamu” atau “kau”.
2) Komunikasi dilakukan dengan penuh kasih sayang untuk membentuk hubungan terapeutik yang kuat.
3) Segala bentuk interaksi anak, meskipun tampak seperti bermain biasa, tetap dihargai dan dicatat sebagai bagian dari proses terapi.

E. Konsep Asuhan Keperawatan pada Anak Speech Delay

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan proses asuhan keperawatan untuk menumpulkan data dan informasi pasien agar dapat meidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan untuk pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Berikut pengumpulan data pada pasien dengan *speech delay* (Sri Rahayu, 2021: 75-77).

a. Identitas Pasien

Nama anak yang mengalami *speech delay*, alamat pasien, jenis kelamin, agama, pendidikan, suku bangsa, penanggung jawab (ayah/ibu). Anak dengan *speech delay* umumnya berusia di bawah 5 tahun, dengan deteksi awal sekitar usia 18 bulan hingga 3 tahun .

b. Keluhan Utama

Orang tua atau pengasuh menyampaikan bahwa anak belum dapat berbicara sesuai dengan usia perkembangan, misalnya belum dapat mengucapkan kata bermakna, berbicara sangat sedikit, atau hanya menggunakan isyarat untuk berkomunikasi.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Diperoleh dari wawancara dengan orang tua mengenai kapan keterlambatan bicara pertama kali disadari, gejala yang menyertai seperti tidak merespons saat dipanggil, kesulitan berinteraksi sosial, atau sering frustrasi karena tidak bisa mengungkapkan keinginan.

d. Riwayat Kesehatan yang Lalu

Meliputi informasi prenatal, natal, postnatal (neonatus), infant (1 bulan – 1 tahun), toddler (1-3 tahun), prasekolah (4-6 tahun), masa sekolah (7-12 tahun), atau masa remaja (13-18 tahun). Perlu ditanyakan riwayat prematuritas, asfiksia, kejang, infeksi, trauma kepala, atau riwayat rawat inap sebelumnya.

e. Pertumbuhan dan Perkembangan

Perkembangan terdiri dari motorik halus, motorik kasar, kemampuan berbahasa, kemampuan kognitif, dan perkembangan sosial. Sedangkan tinggi badan, berat badan, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar lengan atas, imunisasi merupakan contoh dari pertumbuhan.

f. Riwayat Kesehatan Keluarga

Penyakit yang pernah diderita atau masih diderita oleh anggota keluarga, struktur keluarga, serta fungsi keluarga. Termasuk pola asuh yang diterapkan oleh orang tua.

g. Mental Psikologi

Pola interaksi, pola kognitif, pola emosi, konsep diri anak, dan pola pertahanan keluarga dalam menghadapi kondisi anak dengan *speech delay*.

h. Sosial

Aspek kultural, pola interaksi anak dengan orang lain, serta kondisi lingkungan rumah seperti jumlah penghuni, kebersihan, dan stimulasi verbal yang tersedia.

i. Spiritual

Spiritualitas anak dan orang tua, termasuk keyakinan keluarga terhadap perkembangan anak dan harapan mereka terhadap proses tumbuh kembang anak.

j. Pengetahuan Keluarga

Mengetahui sejauh mana pengetahuan orang tua mengenai speech delay, tanda-tanda, dampak, dan intervensi yang bisa diberikan.

k. Kebutuhan Dasar Anak

Evaluasi terpenuhinya kebutuhan dasar anak seperti kasih sayang, rasa aman, bermain, belajar, serta kebutuhan emosional lainnya.

l. Pola Aktivitas Sehari-hari

Pola nutrisi: makan dan minum; pola eliminasi: BAB dan BAK; pola tidur; pola aktivitas fisik; kebersihan diri (*personal hygiene*).

m. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum dan kesadaran, tanda-tanda vital, kepala, mata, hidung, mulut, leher, dada, abdomen, lengan, punggung, genitalia, pinggul, bokong dan anus, tungkai dan kaki. Fokus pada pemeriksaan sistem neurologis dan pendengaran.

n. Tes Diagnostik

Meliputi pemeriksaan penunjang seperti tes pendengaran (*otoacoustic emission/OAE, BERA*), tes perkembangan, serta observasi perilaku anak.

o. Terapi Medis

Jenis terapi yang sudah atau sedang dijalani anak, seperti terapi wicara, terapi okupasi, atau psikolog anak, serta respon anak terhadap terapi tersebut.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan didefinisikan sebagai penilaian klinis terhadap respons aktual maupun potensial yang muncul dari individu, keluarga, atau masyarakat dalam menghadapi masalah kesehatan atau dinamika kehidupan. Proses ini bertujuan untuk mengidentifikasi reaksi klien terhadap kondisi terkait kesehatan, baik secara fisik, psikologis, maupun sosial (SDKI, 2017: 2). Berdasarkan data yang dikaji, diagnosis keperawatan anak dengan *speech delay* adalah yaitu :

a. Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119: 264-265)

1) Definisi: Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima,memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sisitem tombol.

2) Penyebab: Gangguan neuromuskuler, gangguan pendengaran, gangguan muskuloskeletal, hambatan individu (seperti ketakutan, kecemasan, rasa malu, kondisi emosional, atau kurangnya privasi), hambatan psikologis (seperti gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, atau gangguan emosi), serta hambatan lingkungan (seperti ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, atau penggunaan bahasa asing).

3) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif: Tidak tersedia

b) Objektif: Tidak mampu berbicara atau mendengar atau menunjukan respon tidak sesuai

4) Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif: Tidak tersedia

b. Objektif: Disfasia, apraksia, disleksia, disartria, afonia, tidak ada kontak mata, kesulitan memahami komunikasi, kesulitan mempertahankan komunikasi, kesulitan menggunakan atau ketidakmampuan dalam mengekspresikan wajah dan gerak tubuh, kesulitan menyusun kalimat, verbaliasi yang tidak tepat, dan kesulitan mengungkapkan kata-kata.

b. Gangguan Perkembangan (D.0106: 232-233)
    1) Definisi: Kondisi individu mengalami gangguan kemampuan bertumbuh dan berkembang sesuai dengan kelompok usia.
    2) Penyebab: Keterbatasan lingkungan, inkonsistensi respons, pengabaian, terpisah dari orang tua dan/atau orang terdekat, serta defisiensi stimulus.
    3) Gejala dan Tanda Mayor
        a) Subjektif: Tidak tersedia
        b) Objektif: Tidak mampu melakukan keterampilan atau perilaku khas sesuai usia (fisik, bahasa, motorik, psikososial) atau pertumbuhan fisik terganggu.
    4) Gejala dan Tanda Minor
        a) Subjektif: Tidak tersedia
        b) Objektif: Ketidakmampuan melakukan perawatan diri sesuai usia, afek datar, respons sosial yang lambat, dan kontak mata terbatas.
c. Gangguan Interaksi Sosial (D.0118: 262-263)
    1) Definisi: Kuantitas dan/atau kualitas hubungan sosial yang kurang atau berlebih
    2) Penyebab: Defisiensi bicara, hambatan perkembangan atau maturasi, disfungsi sistem keluarga, ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan, penganiayaan atau pengabaian anak, hubungan orang tua-anak yang tidak memuaskan, serta perilaku agresif.

3) Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif: Merasa tidak nyaman dengan situasi sosial dan merasa sulit menerima atau mengkomunikasikan perasaan

b) Objektif: Kurang responsif atau tertarik pada orang lain dan tidak berminat melakukan kontak emosi dan fisik

4) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif: Sulit mengungkapkan kasih sayang

b) Objektif: Kontak mata kurang, ekspresi wajah kurang responsif, tidak kooperatif dalam bermain dan berteman dengan sebaya, dan perilaku tidak sesuai usia.

d. Risiko Cedera (D.0136: 294)

1) Definisi: Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik

2) Faktor Risiko Eksternal: Terpapar patogen, terpapar zat kimia toksik, serta terpapar agen nosokomial.

3) Faktor Risiko Internal: Perubahan orientasi afektif, perubahan sensasi, malnutrisi, serta perubahan fungsi psikomotor dan kognitif.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk meningkatkan, mencegah, atau memulihkan kesehatan klien. Sesuai Pasal 30 UU No. 38 Tahun 2014, perawat berwenang merencanakan dan melaksanakan

asuhan keperawatan, merujuk, menangani kegawatdaruratan, memberikan edukasi, konsultasi, kolaborasi, menyuluh, memberi obat tertentu, serta melakukan terapi komplementer dan alternatif (SIKI, 2018: 2).

Intervensi Keperawatan ini sesuai dengan (SIKI, 2018) serta tujuan kriteria hasil sesuai dengan (SLKI, 2019) pada pasien *speech delay* yaitu:

a. Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

SIKI: Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492: 373)

1) Observasi
   a) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitias, volume, dan diksi bicara
   b) Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa)
   c) Monitor frustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
   d) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi
2) Terapeutik
   a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)

b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambal menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
c) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
d) Ulangi apa yang disampaikan pasien
e) Berikan dukungan psikologis
f) Gunakan juru bicara, jika perlu

3) Edukasi
a) Anjurkan berbicara perlahan
b) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara

4) Kolaborasi: Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

Tujuan kriteria hasil yang diharapkan berdasarkan SLKI Komunikasi Verbal (L.13118: 49) sebagai berikut: Setelah dilakukan intervensi keperaatan maka kemampuan menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol meningkat. Beberapa kriteria hasil yang diharapkan: kemampuan berbicara, kemampuan mendengar, kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh, kontak mata, serta gangguan komunikasi seperti afasia, disfasia, apraksia, disleksia, disartria, afonia, respons perilaku, dan pemahaman terhadap komunikasi (SLKI, 2019: 49).

b. Gangguan Perkembangan (D.0106)

SIKI: Promosi perkembangan anak (I.10340:381)

1) Observasi: Identifikasi kebutuhan khusus anak dan kemampuan adaptasi anak

2) Terapeutik:

a) Fasilitasi hubungan anak dengan teman sebaya

b) Dukung anak berinteraksi dengan anak lain

c) Dukung anak mengekpresikan perasaannya secara positif

d) Dukung anak dalam bermimpi atau berfantasi sewajarnya

e) Dukung partisipasi anak di sekolah, ekstrakulikuler dan aktivitas komunitas

f) Berikan mainan yang sesuai dengan usia anak

g) Bernyanyi Bersama anak lagu-lagu yang disukai anak

h) Sediakan kesempatan dan alat-alat untuk menggambar, melukis, dan mewarnai

i) Sediakan mainan berupa puzzle dan maze

3) Edukasi:

a) Jelaskan nama-nama benda obyek yang ada di lingkungan sekitar

b) Ajarkan pengasuh milestones perkembangan dan perilaku yang dibentuk

c) Ajarkan sikap kooperatif, bukan kompetisi diantara anak

d) Ajarkan anak cara meminta bantuan dari anak lain, jika perlu

e) Ajarkan teknik asertif pada anak dan remaja

f) Demonstrasikan kegiatan yang meningkatkan perkembangan pada pengasuh

4) Kolaborasi: Rujuk untuk konseling, jika perlu

Tujuan kriteria hasil yang diharapkan berdasarkan SLKI Status perkembangan (L.10101: 124) sebagai berikut: Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka kemampuan untuk bertumbuh sesuai dengan kelompok usia membaik. Beberapa kriteria hasil yang diharapkan: Keterampilan/perilaku sesuai usia, kemampuan melakukan perawatan diri, respons sosial, kontak mata membaik (SLKI, 2019: 124).

c. Gangguan Interaksi Sosial (D.0118)

SIKI: Modifikasi Perilaku Keterampilan Sosial (I.13484:234)

1) Observasi:

a) Identifikasi penyebab kurangnya keterampilan sosial

b) Identifikasi focus pelatihan keterampilan sosial

2) Terapeutik

a) Motivasi untuk berlatih keterampilan sosial

b) Beri umpan balik positif (mis: pujian atau penghargaan) terhadap kemampuan sosialisasi

c) Libatkan keluarga selama Latihan keterampilan sosial, jika perlu

3) Edukasi

a) Jelaskan tujuan melatih keterampilan sosial

b) Jelaskan respons dan konsekuensi keterampilan sosial

c) Anjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami

d) Anjurkan mengevaluasi pencapaian setiap interaksi

e) Edukasi keluarga untuk dukungan keterampilan sosial

f) Latih keterampilan sosial secara bertahap

Tujuan kriteria hasil yang diharapkan berdasarkan SLKI Interaki Sosial (L.13115: 34) sebagai berikut: Setelah dilakukan intervensi keperaatan maka kuantitas dan / atau kualitas hubungan sosial yang cukup meningkat. Beberapa kriteria hasil yang diharapkan: perasaan nyaman dalam situasi sosial, kemampuan menerima dan mengomunikasikan perasaan dengan mudah, responsif terhadap orang lain, minat untuk melakukan kontak fisik, verbalisasi kasih sayang, kontak mata yang baik, ekspresi wajah yang responsif, kooperatif dalam bermain dan berinteraksi dengan teman sebaya, serta perilaku yang sesuai dengan usianya (SLKI, 2019: 34).

d. Risiko Cedera (D.0136)

SIKI: Manajemen Keselamatan Lingkungan (I.14513: 192)

1) Observasi

a) Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis: kondisi fisik, fungsi kognitif, dan Riwayat perilaku)

b) Monitor perubahan status keselamatan lingkungan

2) Terapeutik

a) Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis: fisik, biologi, kimia), jika memungkinkan

b) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko

c) Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis: commode chair dan pegangan tangan)

d) Gunakan perangkat pelindung (mis: pengekangan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar)

e) Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (mis: puskesmas, polisi, damkar)

f) Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman

g) Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis: timbal)

3) Edukasi: Ajarkan individu, keluarga, dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan

Tujuan kriteria hasil yang diharapkan berdasarkan SLKI Tingkat Cedera (L.14136: 135) sebagai berikut: Setelah dilakukan intervensi keperaatan maka keparahan dan cedera yang di amati atau dilaporkan Menurun. Beberapa kriteria hasil yang diharapkan: toleransi aktivitas, nafsu makan, toleransi makanan, kejadian cedera, luka atau lecet, ketegangan otot, fraktur, perdarahan, ekspresi wajah kesakitan, agitasi, iritabilitas, gangguan mobilitas, gangguan kognitif, tekanan darah, frekuensi

nadi, frekuensi napas, denyut jantung apikal, denyut jantung radialis, serta pola istirahat atau tidur (SLKI, 2019: 135)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan suatu rencana intervensi yang telah disusun sebelumnya guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara spesifik. Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan, yang mencakup penerapan tindakan keperawatan secara langsung dengan mengandalkan kemampuan kognitif, keterampilan interpersonal, serta keahlian teknis untuk mencapai tujuan klien, sambil terus mengamati dan menilai respon klien terhadap tindakan yang diberikan (Hadinata and Abdillah, 2022: 53–57).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Standar luaran keperawatan menjadi acuan bagi perawat untuk menentukan kondisi kesehatan klien yang ingin dicapai setelah intervensi. Melalui luaran ini, keberhasilan tindakan keperawatan dapat dinilai secara spesifik. Penggunaan terminologi yang seragam dan terstandar memudahkan komunikasi antar tenaga kesehatan serta memungkinkan penilaian efektivitas dan kualitas asuhan keperawatan secara akurat (SLKI, 2019: 2).

Evaluasi asuhan keperawatan, yang dikenal juga sebagai catatan perkembangan, dilakukan untuk menilai sejauh mana keberhasilan intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan, berdasarkan tujuan dan waktu yang telah ditetapkan. Persepsi partisipan mengenai prinsip,

kriteria, dan komponen evaluasi dalam asuhan keperawatan disusun menggunakan format SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, dan Perencanaan), yang mengacu pada pencapaian luaran yang telah direncanakan. Meskipun persepsi tersebut tergolong cukup baik, namun masih perlu ditingkatkan lebih lanjut (Heryyanoor, Pertiwi, dan Hardiyanti, 2023: 1237).

a. Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

   SLKI: Komunikasi Verbal (L.13118: 49)

   1) Definisi: Kemampuan menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.
   2) Ekspetasi: Meningkat
   3) Kriteria Hasil: Kemampuan berbicara, kemampuan mendengar, kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh, kontak mata, serta gangguan komunikasi seperti afasia, disfasia, apraksia, disleksia, disartria, afonia, respons perilaku, dan pemahaman terhadap komunikasi (SLKI, 2019: 49).

b. Gangguan Perkembangan (D.0106)

   SLKI: Status pertumbuhan (L.10102: 125)

   1) Definisi: Kemampuan untuk bertumbuh sesuai dengan kelompok usia.
   2) Ekspetasi: Membaik
   3) Kriteria Hasil: Berat badan sesuai usia, panjang atau tinggi badan sesuai usia, lingkar kepala, kecepatan pertambahan berat

badan, kecepatan pertambahan panjang atau tinggi badan, indeks massa tubuh, serta asupan nutrisi (SLKI, 2019: 125).

c. Gangguan Interaksi Sosial (D.0118)

SLKI: Interaki Sosial (L.13115: 34)

1) Definisi: Kuantitas dan / atau kualitas hubungan sosial yang cukup.
2) Ekspetasi: Meningkat
3) Kriteria Hasil: Perasaan nyaman dalam situasi sosial, kemampuan menerima dan mengomunikasikan perasaan dengan mudah, responsif terhadap orang lain, minat untuk melakukan kontak fisik, verbalisasi kasih sayang, kontak mata yang baik, ekspresi wajah yang responsif, kooperatif dalam bermain dan berinteraksi dengan teman sebaya, serta perilaku yang sesuai dengan usianya (SLKI, 2019: 34).

d. SLKI: Tingkat Cedera (L.14136: 135)

1) Definisi: Keparahan dan cedera yang di amati atau dilaporkan.
2) Ekspetasi: Menurun
3) Kriteria Hasil: Toleransi aktivitas, nafsu makan, toleransi makanan, kejadian cedera, luka atau lecet, ketegangan otot, fraktur, perdarahan, ekspresi wajah kesakitan, agitasi, iritabilitas, gangguan mobilitas, gangguan kognitif, tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, denyut jantung apikal, denyut jantung radialis, serta pola istirahat atau tidur (SLKI, 2019: 135)

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah sebuah catatan untuk mengidentifikasi kondisi kesehatan klien, mencatat kebutuhannya, serta sebagai dasar dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi tindakan keperawatan, selain itu dokumentasi juga berfungsi sebagai sumber informasi penting untuk keperluan penelitian, aspek keuangan, serta pertanggungjawaban hukum dan etika keperawatan. Prinsip dokumentasi keperawatan menekankan bahwa pencatatan harus dilakukan segera setelah proses pengkajian awal, serta pada setiap tahapan tindakan keperawatan; informasi penting dari pasien atau keluarganya perlu dicatat bila memungkinkan; setiap data yang ditulis harus dipastikan kebenarannya; data yang dicatat harus bersifat objektif berdasarkan apa yang benar-benar dilihat atau dialami perawat, bukan berdasarkan penafsiran pribadi; serta dokumentasi wajib dilakukan secara lengkap apabila terjadi perubahan kondisi, muncul masalah baru, atau saat pasien menunjukkan respon tertentu terhadap tindakan atau edukasi yang diberikan oleh perawat (Risnawati *et al.*, 2023: 154–156).

BAB III
METODE STUDI KASUS

A. Desain penelitian

Desain penelitian adalah langkah awal yang penting untuk merancang, mengatur, dan menjalankan studi sesuai tujuan. Tahapan ini mencakup pemilihan metode, teknik pengumpulan dan analisis data, serta pertimbangan etika. Desain yang tepat akan menentukan validitas dan keandalan hasil penelitia (Yusuf, 2023: 30)

Studi kasus ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus dengan menggunakan proses keperawatan, yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada Anak *Speech Delay* di wilayah kerja UPTD Puskesmas Menteng Palangkaraya.

B. Tempat dan waktu penelitian

Lokasi merupakan tempat atau daerah yang digunakan peneliti dalam melakukan studi kasus. Studi kasus pada Karya Tulis Ilmiah ini dilaksanakan di Wilayah Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Puskesmas Menteng Kota Palangka Raya. Penelitian dilakukan pada tanggal 24 Februari 2024 sampai 22 Maret 2024.

C. Setting penelitian

Penelitian dilakukan di rumah An. EB yang tidak jauh UPTD Puskesmas Menteng. Rumah An. EB terdiri dari 1 rumah. Pengelolaan

selama 3 hari dilakukan di ruang tamu rumah An. EB. Penelitian pada pasien selanjutnya dilakukan di rumah An. AM. Rumah merupakan kost berwarna kuning dengan halaman yang luas dan jauh dari jalan raya. Pelngelolan selama 3 hari dilakukan di ruang tamu rumah An. AM

D. Subjek penelitian/partisipan

Subjek dari studi kasus ini dua pasien (satu kasus) pada anak usia 3 tahun dan 6 tahun, dengan masalah keterlambatan bicara atau *speech delay*. Berikut adalah partisipan dan anak dengan masalah *speech delay*:

A. Ny. EK dan An. EB dengan *speech delay* usia 4 tahun
B. Ny. CT dan An. AM dengan *speech delay* 6 tahun

E. Metode pengumpulan data

Metode yang digunakan peneliti dalam memperoleh data yang relevan dan akurat pada studi kasus ini, peneliti menggunakan teknik pengumpulan data melalui observasi langsung, wawancara, serta dokumentasi.

1. Wawancara

   Wawancara adalah metode pengumpulan data yang dilakukan dengan cara bertatap muka secara langsung dan melakukan tanya jawab antara peneliti dan narasumber atau sumber data (Trivaika and Senubekti, 2022: 35).

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

   Observasi merupakan metode pengumpulan data yang dilakukan dengan mengamati secara langsung objek yang diteliti di

lapangan untuk memperoleh informasi yang sesuai dengan kondisi nyata.

a. Personal Sosial

Aspek yang berkaitan dengan kemampuan anak untuk mandiri, bersosialisasi, dan berinteraksi dengan lingkungan sekitar

b. Motorik halus

Apek yang berkaitan dengan kemampuan anak dalam mengamati, serta melakukan gerakan menggunakan bagian tubuh tertentu dengan melibatkan otot-otot kecil secara terkoordinasi.

c. Motorik Kasar

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak dalam melakukan gerakan tubuh dan menjaga sikap tubuh.

d. Bahasa adalah aspek yang mencerminkan kemampuan anak dalam merespons suara, mengikuti perintah, serta berbicara secara spontan.

3. Dokumentasi

Teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui hasil pemeriksaan diagnostik dan dokumen lain yang relevan.

F. Metode uji keabsahan data

Keabsahan data bertujuan memastikan kualitas dan validitas informasi yang diperoleh dalam penelitian. Hal ini dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan serta menggunakan triangulasi sumber, seperti klien, perawat, dan keluarga yang terkait dengan

masalah gangguan komunikasi verbal pada anak dengan *speech delay*, berdasarkan hasil pengkajian dalam format asuhan keperawatan anak. Triangulasi sumber adalah metode penelitian yang menggunakan teknik pengumpulan data yang sama dari berbagai sumber berbeda untuk menguji kredibilitas data melalui proses pengecekan informasi (Yosefina, 2023: 3).

G. Metode analisis data

Data dianalisis dengan analisis tematik adalah metode analisis data kualitatif yang digunakan untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan mengelompokkan pola-pola atau tema-tema penting yang muncul dari data yang telah dikumpulkan, seperti wawancara, observasi, atau dokumentasi. Melalui langkah-langkah sebagai berikut :

1. Transkripsi hasil wawancara secara menyeluruh.
2. Koding pada bagian yang menunjukkan pemahaman, sikap, dan tindakan anak terhadap terapi bermain berbasis *flashcard*.
3. Pengelompokan tema seperti: Pengaruh terapi bermain, kendala yang dihadapi, dan dukungan keluarga.
4. Penafsiran makna dan penarikan kesimpulan, terkait sejauh mana terapi bermain berbasis gambar *flashcard* dalam meningkatkan kosakata dan pengucapan artikulasi anak *speech delay*.

Analisis tematik pada Studi Kasus ini meliputi:

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada anak dengan *speech delay*.

2. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan anak dengan *speech delay*
3. Mampu melaksanakan intervensi keperawatan terapi bermain berbasis kartu (*flashcard*) pada anak *speech delay* dengan melibatkan keluarga
4. Mampu melaksanakan implementasi keperawatan terapi bermain berbasis kartu (*flashcard*) pada anak *speech delay* dengan melibatkan keluarga
5. Mampu melakukan evaluasi dari intervensi keperawatan yang sudah diberikan pada anak dengan *speech delay*
6. Mampu mengidentifikasi faktor pendukung dan faktor penghambat dalam mendokumentasikan implementasi keperawatan terapi bermain berbasis kartu (*flashcard*) pada anak dengan *speech delay*

H. Etika penelitian

Etika merupakan nilai tentang hak dan kewajiban moral yang menjadi pedoman bagi manusia. Etika penelitian merupakan bagian yang penting agar penulis tetap dalam batas-batas normal, sehingga pihak yang diteliti tidak terganggu haingga penelitian selesai (Putra *et al.*, 2023: 27877). Etika penelitian yang mendasari studi kasus terdiri dari:

1. Persetujuan menjadi responden (*Informed Consent*)

   Sebelum pelaksanaan penelitian, peneliti terlebih dahulu memberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian kepada responden. Setelah itu, responden diberi lembar persetujuan

dan dipersilakan untuk memutuskan bersedia atau tidak mengikuti penelitian. Jika bersedia, responden diminta menandatangani lembar persetujuan tersebut.

2. Tanpa nama (*Anonimity*)

   Identitas responden dalam penelitian ini tidak dicantumkan secara lengkap. Responden hanya diminta menuliskan inisial nama saat mengisi lembar persetujuan sebagai bentuk jaminan anonim.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

   Setiap informasi yang diperoleh selama proses penelitian dijaga kerahasiaannya oleh peneliti. Data yang telah dikumpulkan tidak dibagikan kepada siapa pun, termasuk kepada pihak yang membantu dalam pelaksanaan penelitian.

4. Kelayakan etik (*Ethical clearance*)

   Pengumpulan data penelitian ini dilakukan setelah mendapat izin dari komisi etik. *Ethical Clearance* atau kelayakan etik adalah keterangan tertulis yang diberikan oleh Komisi Etik Penelitian untuk riset yang melibatkan makhluk hidup yang menyatakan bahwa suatu riset layak dilakukan setelah memenuhi persyaratan.

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Informasi Umum Pasien

Peneliti melakukan pengkajian pada pasien 1 di tanggal 28 Februasi 2025 dan pasien 2 di tanggal 06 Maret 2025. Pasien pertama An. EB 4 tahun dengan penyakit penyerta *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) dan pasien kedua An. AM 6 tahun dengan penyakit penyerta *Autism Spectrum Disorder* (ADS). Kedua pasien memiliki masalah yang sama yaitu speech delay meski penyakit pernyetanya berbeda.

B. Hasil Penelitian

Bab ini peneliti akan berfokus pada asuhan keperawatan terutapa bagian dari implementasi keperawatan terapi bermain berbasis kartu (*flashcard*) pada anak *speech delay* terhadap perkembangan bahasa terutama kosakata dan artikulasi. Pada pasien 1 pengkajian dilaksanakan pada tanggal 28 Februari 2025, pasien 2 dilaksanakan pada tanggal 06 Maret 2025, dan implementasi pada tanggal 13 Maret 2025 - 18 Maret 2025 dengan rincian sebagai berikut: tanggal 28 Februari 2025 dilakukan pengkajian data klien meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan yang lalu, pertumbuhan dan perkembangan, riwayat kesehatan keluarga, mental psikologi, sosial, spiritual, pengetahuan keluarga, kebutuhan dasar anak, pola aktivitas sehari-hari, pemeriksaan fisik, tes diagnostik,

dan terapi medis. Pada tanggal 12 Maret 2025 – 18 Maret 2025 dilakukan implementasi keperawatan terapi bermain berbasis kartu (*flashcard*) selama 15-30 menit. Sehingga data yang selanjutnya dibuat pembahasan sesuai dengan kaidah pembahasan sebagai berikut:

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Dipilih 2 orang sebagai subjek dalam studi kasus ini dipilih yang sudah sesuai dengan kriteria. Pengambilan data dilakukan di Rumah keluarga pasien dengan gambaran sebagai berikut:

a. Pasien 1 (An. EB): Rumah kontrakan yang menghadap langsung ke jalan besar, di samping kontrakan ada warung makan. Di hadapan rumah tidak ada pagar pengaman yang menjauhkan anak dari jalan raya besar.

b. Pasien 2 (An. AM): Tempat tinggal dalam bentuk kost-kostan yang terdiri dari 12 pintu, berwarna kuning, cukup jauh dari jalan raya, punya halaman yang cukup luas untuk tempat bermain anak.

2. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Pasien

1) Pasien 1 (An. EB)

Ny. EK mengatakan pasien merupakan seorang anak laki-laki bernama An. EB berumur 4 tahun beralamat di Palangka Raya tepatnya di Jalan George Obos 19. An. EB tinggal bersama ibu, bapak, dan kakak perempuan. Suku bangsa An, AM adalah banjar. Agama kristen protestan. Saat

ini An, EB masih belum bersekolah. Ibu dari An. AM yaitu Ny. EK saat ini bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga sementara ayahnya seorang pegawai swasta.

2) Pasien 2 (An. AM)

Ny. CT mengatakan pasien merupakan seorang anak laki-laki bernama An. AM berumur 6 tahun beralamat di Palangka Raya tepatnya di Jalan George Obos 19. An. AM tinggal bersama ibu dan adik sementara ayahnya bekerja di tambang. Suku bangsa An, AM adalah dayak. Agama kristen protestan. Saat ini An, AM masih menempuh pendidikan di sekolah dasar sekitar tempat tinggal. Ibu dari An. AM yaitu Ny. CT saat ini bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga.

b. Keluhan utama

1) Pasien 1 (An. EB)

Ibu mengatakan jika anaknya mengalami keterlambatan bicara, Ibu pasein mengatakan jika anaknya kesulitan untuk berbicara lebih dari satu kata, Anak cenderung mengucapkan kata yang sama berulang kali. Ibu mengatakan anaknya mengalami ADHD sehingga tidak bisa fokus dan diam lebih dari 5 detik saat bersemangat. Ibu mengatakan anaknya bisa menyebrang jalan besar tanpa adanya kewaspadaan jika pintu depan dibuka.

2) Pasien 2 (An. AM)

Ibu mengatakan anaknya mengalami keterlambatn bicara, Ny. CT mengatakan An, AM belum bisa mengucapkan kata-kata seperti mama, papa, barang, makanan dan mengungkapkan perasaan dalam sebuah kata maupun kalimat. Ibu mengatakan anaknya kurang tertarik bermain dengan orang baru.

c. Riwayat kesehatan sekarang

1) **Pasien 1 (An. EB)**

Ny. EK mengatakan mengetahui anaknya mengalami *speech delay* sejak mengikuti terapi okupasi untuk masalah ADHD. Ny. EK mengatakan jika anaknya belum bisa mengungkapkan perasaannya melalui perkataan atau kalimat yang melebihi 2 kata.

2) **Pasien 2 (An. AM)**

Ny. CT mengatakaan An. AM mulai kehilangan kemampuan berbicara saat umur 2 tahun, anak di diagnosis mengalami ADS sehingga kemampuan bicaranya lebih lambat dari anak-anak usianya. An. AM sering terlihat marah karena tidak bisa mengungkapkan perasaannya melalui komunikasi verbal.

d. Riwayat kesehatan lalu

1) Pasien 1 (An. EB)

An. EB tidak memiliki riwayat penyakit menular. Anak tidak pernah dirawat di rumah sakit karena sakit, ibu mengatakan anak menonsumsi sirup paracetamol kalau anaknya sakit. Anak tidak memiliki alergi pada makanan maupun jenis obat-obatan. Ibu mengatakan imunisasi anak dari umur 0 bulan-4 bulan lengkap, namun anak belum melakukan imunisasi ca mpak saat umur 9 bulan karena persediaan vaksin kosong.

2) Pasien 2 (An. AM)

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak mempunyai riwayat penyakit menular. Ibu mengatakan pertumbuhan dan berkembangan An. AM terlihat normal sampai anaknya beranjak usia 3 tahu. An. AM mulai kmengalami penurunan kemampuan berbicara. Pasien tidak pernah di rawat kerumah sakit karena sakit, pasien hanya berobat ke puskesmas menteng jika anaknya sakit, Ibu mengatakan anaknya menggunakan obat sirup jika sakit. Anak tidak punya alergi pada makanan maupun obat-obatan. Imunisasi AN. AM lengkap.

e. Riwayat kesehatan keluarga

1) Pasien 1 (An. EB)

Ibu mengatakan kakak anaknya juga pernah memiliki perilaku hyperaktif namun tidak pernah melakukan

pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis tersebut, namun tidak ada riwayat speech delay pada kakak An. EB. Ibu mengatakan keluarga tidak memiliki penyakit keturunan. Keluarga memiliki struktur keluarga inti, pola asuh demokratis dimana semua aggota keluarga berdiskusi dengan seksama untuk mencapai kesepakatan.

2) Pasien 2 (An. AM)

Ny. CT mengatakan keluarga sebelumnya tidak memiliki riwayat penyakit *speech delay* seperti An. AB. Ayah dari Ny. CT meninggal karena stroke. Keluarga memiliki struktur keluarga inti, pola asuh yang didanut adalah demokratis.

f. Riwayat kehamilan dan persalinan

1) Pasien 1 (An. EB)

a) Riwayat prenatal

Ibu mengatakan pasien anak ke 3. Ibu mengatakan memeriksakan kandungan pada trimester 3 ke dokter. Ibu mengatakan tidak ada kelainan atau kekhawatiran pada saat mengandung.

b) Riwayat natal

Ibu pasein mengatakan An. EB dilahirkan secara Caesar dan di bantu oleh dokter karena prematur 7.2 bulan. Ibu mengatakan anaknya di inkubator selama kurang lebih 2 mingguan.

c) Riwayat post natal

Ny. EK mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan, pasien diberikan suntikan vit K 1 mg dan diberikan suntikan imunisasi dalam 2 jam setelah lahir dan diberikan imunisasi hepatitis B 0,5 ml pasien diberikan asi eksklusif.

2) **Pasien 2**

a) Riwayat prenatal

Ibu mengatakan pasien anak pertama. Ibu pasien selalu rutin memeriksakan kanduannya ke dokter setiap seminggu sekali. Ibu pasein juga mengatakan khawatir pada kondisi janin karena hipertiroid.

b) Riwayat natal

Ibu pasein mengatakan An. AM dilahirkan secara Caesar dan di bantu oleh dokter. Ibu mengatakan anaknya lahir sehat dan menangis kuat.

c) Riwayat post natal

Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan, pasien diberikan suntikan vit K 1 mg dan diberikan suntikan imunisasi dalam 2 jam setelah lahir dan diberikan imunisasi hepatitis B 0,5 ml pasien diberikan asi eksklusif.

g. Pertumbuhan dan perkembangan

1) Pasien 1 (An. EB)

a) Motorik Halus

Anak belum bisa mengancing baju sendiri, anak belum bisa berpakaian sendiri, anak bisa menggosok gigi tanpa di bantu, anak mampu menggambar lingkaran, Anak belum bisa menggambar orang dengan tiga bagian tubuh, anak mampu membedakan/membandingkan sesuatu dari ukuran dan bentuknya.

b) Motorik kasar

Anak mampu berdiri 1 kaki selama 5 detik, anak mampu melompat-lompat dengan satu kaki, anak bisa menari,

c) Bahasa

Pasien berusia 4 tahun tetapi pasien belum mampu menyusun 3-6 kata menjadi kelimat, pasien belum mampu menceritakan pengalamannya. An. EB mampu mengajukan pertanyaan, anak senang ketika menyebutkan kata-kata baru, anak mampu menjawab pertanyaan dengan kata-kata yang benar, anak bisa menyebut angka, anak bisa menghitung jari 1 sampai 2, anak belum bisa menyebut nama lengkap tanpa dibantu, perkataan anak sulit dipahami, anak belum bisa menyebut nama-nama hari, anak bisa berpakaian.

d) Perilaku sosial

Anak tidak bisa tenang dan tidak rewel jika ditinggal ibunya, anak tidak bisa diam lebih dari 5-10 detik saat ada tamu di rumah.

2) Pasien 2 (An. AM)

a) Motorik Halus

Anak mampu menangkap bola kecil dengan kedua tangan, anak belum bisa menggambar segi empat.

b) Motorik kasar

Anak mampu berjalan lurus, Anak mampu berdiri dengan 1 kaki selama 11 detik.

c) Bahasa

Pasien berusia 6 tahun namun pasien balum mampu mengucapkan satu kosa kata dalam sehari-hari, Anak mampu memahami bahasa yang menggunakan 7 kata atau lebih, anak belum bisa mengenal warna-warni, anak belum bisa menghitung angka 5-10, anak belum bisa menjawab nema benda, terbuat dari apa dan fungsinya, anak belum bisa memahami arti lawan kata, dan anak belum bisa menggambar dengan 6 bagian, anak belum bisa menggambar manusia lengkap.

d) Perilaku sosial

Anak mampu mengungkapkan simpati, anak belum bisa mengikuti aturan permainan, anak kurang ingin berinteraksi dengan orang baru.

h. Mental Psikologi

1) Pasien 1 (An. EB)

An. EB terlihat sangat senang jika ada tamu yang datang, Ny. EK mengatakan jika anaknya tidak bisa diam jika ada tamu. Ibu mengatakan anaknya tidak berani nakal jika tidak ada tamu di rumah, anak akan mengatakan kata “a’a” jika merasa sakit. Ibu mengatakan anaknya adalah orang yang mungkin belum paham arti lelah karena ADHD.

2) **Pasien 2 (An. AM)**

An. AM terlihat tidak terlalu antusias saat ada tamu yang datang ke rumah, An. AM mengekspresikan rasa marah dengan berteriak, rasa kesal dengan menangis, rasa tidak tertarik dengan pergi menjauh dan rasa sayang dengan mencium atau memeluk. Ny. CT mengatakan anaknya selalu mengadu padanya meski terkadang tidak paham karena anaknya belum bisa bicara, dia menjelaskan jika anaknnya mudah bosan pada mainan dan sering malas belajar.

i. Sosial

1) Pasien 1 (An. EB)

Anak memiliki keinginan untuk berteman dengan orang yang baru ditemui, anak antusias dalam bertanya seperti “Apatu?” atrinya “Apa itu” secara berulang-ulang. Ny.EK mengatakan anaknya jarang bermain dengan anak seusianya karena di daerah tempat mereka tinggal tidak ada anak seusia An. EB. Ibu mengatakan jika dia tidak banyak mengajak anak mengobrol diluar dari keperluan biasa seperti menanyakan apakah anaknya mau pipis atau mau makan. Ibu mengatakan anaknya bisa mencuci tangan secara mandiri namun terkadang masih memerlukan bantuan orangtua untuk mengelap keringat diwajah.

2) Pasien 2 (An. AM)

An. AM bisa berinteraksi dan bermain sebentar dengan anak tetangga, An. AM cenderung mendauhi kerumunan anak-anak yang sedang bermain, An. AM sering bermain bersama adiknya 1 tahun. Ibu mengatakan masih membantu anaknya saat mandi, berpakaian dan makan. Ny. CT pernah mengajarkan anaknya mengucapkan huruf vokal sesuai anjuran dari terapis di rumah sakit. Ibu mengatakan selalu mengerjakan tugas terapis di rumah.

j. Spiritual

1) Pasien 1 (An. EB)

Ibu mengatakan keluarga beragama kristen protestasn. Ibu menatakan sering membawa anaknya untuk ibadah di hari minggu dan hari-hari ibadah lainnya. Ny. EL berharap anaknya segera bisa berbicara lebih banyak dan berharap anaknya segera mendapatkan jadwal terapi wicara dari rumah sakit.

2) Pasien 2 (An. AM)

Ibu mengatakan keluarga beragama kristen protestan. Ibu mengatakan sering mengajak anaknya beribadah di gejera setiap minggu, keluarga juga sering beribadah di rumah. Ny. CT mengatakan sangat bersyukur dengan berkembangan anaknya setelah mengikuti terapi okupasi dan terapi wicara di rumah sakit, dia juga berharap An. AM bisa mandiri tanpa bantuan sadar darinya.

k. Pengetahuan keluarga

1) Pasien 1 (An. EB)

Ibu mengatakan awalnya tidak mengetahui anaknya mengalami ADHD dan *speech delay,* setelah tahu ibu secara teratur membawa An. EB ke rumah sakit untuk melakukan terapi okupasi sesuai dengan jadwal, Ibu sama sekali tidak tahu cara mengajarkan anaknya berkomunikasi dengan baik,

ibu juga tidak tahu terapi okupasi apa yang harus dia lakukan di rumah.

2) Pasien 2 (An. AM)

Ibu mengatakan mulai merasakan adanya kelainan pada An. AM saat anak berumur 2 tahunan, anak yang semula bisa mengatakan “mama” menjadi tidak bisa bicara. Setelah di bawa ke rumah sakit anak didiagnosis ADS sehingga menyebabkan masalah lainnya yaitu *speech delay.* Ny. CT mengingat semua terapi dari awal sampai akhir, ibu menjelaskan semua terapi yang bernah dilakukan anak saat di rumah sakit, seperti menggerakan lidah, mengadap kanan, kiri, atas bawah, mengunjukan anggota badan dan lain sebagainya.

I. Kebutuhan dasar anak

1) Pasien 1 (An. EB)

Kasih sayng dan rasa aman anak terpenuhi, anak jarang bermain dengan mainan karena cenderung bermain ponsel, ibu mengatakan anaknya belajar menghitung 1 sampai 10 dari video di ponsel.

2) Pasien 2 (An. AM)

Kasih sayang dan rasa aman anak terpenuhi, bermain terpenuhi, belajar dan stimulasi terpenuhi. Anak perlu diawasi saat bermain di luar bahkan jika sekedar bermain bersama keluarganya.

m. Pola Aktivitas sehari-hari

1) Pasien 1 (An. EB)

An. EB mengonsumsi susu formula 2 sampai 3 kali sehari, nasi dan lauk 1 sampai 2 kali sehari, terkadang mengonsumsi jajanan warung. Pola Buang Air Besar (BAB) anak teratur yaitu 1 kali sehari. Pola Buang Air Kecil (BAK) 4-6 kali perhari. Ibu mengatakan anaknya tidak memiliki jam tidur yang teratur karena ADHD, An, EB hanya tidur saat mengantuk karena kelelahan, anak terkadang tidur siang jika kelelahan. Anak benar-benar banyak bergerak, jika tidak ada tamu makan frekuansi istirahat anak berkurang, anak hanya duduk selama kurang lebih 5 detik dari aktivitas satu ke aktivitas lainnya.

2) Pasien 2 (An. AM)

Anak mengonsumsi susu formula 1 kali sehari di pagi hari, makan 3 kali sehari dengan bantuan Ny. CT. Pola BAB teratur yaitu 1 kali sehari, BAK teratur 4-5 kali sehari. Ny. CT mengatakan waktu tidur anak di malam hari tidak tentu, terkadang anak bangun saat di tengah malam dan terjaga cukup lama. Anak biasa tidur siang di sekitar jam 1 sampai 3.

n. Pemeriksaan fisik

1) Pasien 1 (An. EB)

Keadaam umum anak baik, kesadaran compos mentis, suhu 36.5°C, nadi 97 kali permenit, respirasi 24 kali permenit. Keadaan kulit normal, kepala tidak ada luka tekan maupun

benjolan, conjungtiva kemerahan, napas spontan, tidak menggunakan oksigen, dada berbentuk simetris, bibir kemerahan, tidak ada benjolan dan luka tekan di perut, pendengaran normal, eksteramitas atas dan bawah normal.

2) Pasien 2

Keadaan umum anak baik, kesadaran compos mentis, suhu 36.6°C , respirasi 24 kali permenit, nadi 110 kali permenit. Keadaan kulit normal, kepala tidak ada luka tekan maupun benjolan, perndengaran normal, conjungtiva kemerahan, napas spontan, tidak menggunakan oksigen, dada berbentuk simetris, bibir kemerahan, tidak ada benjolan dan luka tekan di perut, ekstremitas atas dan bawah normal.

o. Tes Diagnostik

1) Pasien 1 (An. EB)

Ibu mengatakan anaknya tidak pernah melakukan tes diagnostik untuk *speech delay* seperti *Otoacoustic Emissions* (OAE) dan *Brainstem Evoked Response Audiometry* (BERA). Ibu mengetahuni anaknya mengalami ADHD dari diagnosis dokter di rumah sakit.

2) Pasien 2 (An. AM)

Ibu mengatakan anaknya pernah melakukan tes OAE dengan hasil negatif, anak sama sekali tidak memiliki masalah pada pendengaran yang menjadi faktor pencetus *speech delay.* Ibu mengatakan Dokter yang mendiagnosis anaknya ADS serta

speech delay, Dokter berpesan jika anak bisa berbicara namun memerlukan waktu yang lebih panjang dari anak-anak lain seusianya.

p. Terapi medis

1) Pasien 1 (An. EB)

An. EB rutin mengikuti terapi okupasi setiap hari senin di RSUD dr. Doris Sylvanus. Terapi sudah berlangsung selama 4 bulan dengan total 16 kali pertemuan.

2) Pasien 2 (An. AM)

An. AM rutin mengikuti terapi wicara setiap hari selasa dan terapi okupasi setiap hari sabtu di RSUD dr. Doris Sylvanus. Terapi sudah berlangsung selama 10 bulan dengan total 40 kali pertemuan terapi wicara dan 40 kali terapi okupasi.

3. Diagnosis Keperawatan

a. Pasien 1 (An. EB)

Berdasarkan data pengkajian maka dirumuskan diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien An. EB adalah sebagai berikut:

1) Gangguan komunikasi verbal

Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler d.d perkembangan bahasa anak tidak sesuai usia, tidak mampu menyusun kalimat 3-6 kata, tidak mampu menceritakan pengalaman, sulit dipahami saat berbicara,

belum bisa menyebut nama hari, dan belum mampu menyebut nama lengkap tanpa bantuan.

2) Gangguan Perkembangan

Gangguan Perkembangan b.d inkonsistensi respons terhadap stimulasi d.d belum bisa menggambar orang dengan tiga bagian tubuh, belum bisa mengancing baju sendiri, belum bisa berpakaian sendiri, dan belum bisa diam lebih dari 5–10 detik saat ada tamu.

b. Pasien 2 (An. AM)

Berdasarkan analisis data maka dirumuskan diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien An. AM adalah sebagai berikut:

1) Gangguan komunikasi verbal

Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler d.d tidak mampu mengucapkan satu kosa kata dalam sehari-hari, belum bisa menjawab nama benda dan fungsinya,perkembangan bahasa anak tidak sesuai usia, tidak mampu memahami arti lawan kata, sering marah karena tidak bisa mengungkapkan perasaan secara verbal, ibu mengatakan anak belum bisa mengatakan kata “mama”, “papa”.

2) Gangguan Perkembangan

Gangguan Perkembangan b.d inkonsistensi respons terhadap stimulasi d.d belum bisa menggambar manusia

lengkap, belum bisa mengenal warna, belum bisa menghitung angka 5–10, belum bisa menggambar dengan enam bagian.

4. Intervensi Keperawatan

a. Pasien 1 (An. EB)

Intervensi keperawatan yang ditetapkan pada An. EB terdiri dari komponen utama yaitu, rumusan masalah diagnosis keperawatan dan Luaran, Luaran pada kasaus ini ditentukan sebagai berikut yaitu jika etiologi tidak dapat secara langsung diatasi, maka intervensi keperawatan difokuskan pada penanganan tanda atau gejala dari diagnosis keperawatan. Intervensi keperawatan meliputi, intervensi utama yaitu Promosi Komunikasi: Defisit Bicara dan Promosi Perkembangan anak.

b. Pasien 2 (An. AM)

Intervensi keperawatan yang ditetapkan pada An. EB terdiri dari komponen utama yaitu, rumusan masalah diagnosis keperawatan dan Luaran, Luaran pada kasaus ini ditentukan sebagai berikut yaitu jika etiologi tidak dapat secara langsung diatasi, maka intervensi keperawatan difokuskan pada penanganan tanda atau gejala dari diagnosis keperawatan. Intervensi keperawatan meliputi, intervensi utama yaitu Promosi Komunikasi: Defisit Bicara dan Promosi Perkembangan anak.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan selama 3x30 menit pada tanggal 13 Maret

2025 sampai dengan 18 Maret 2025 di tempat tinggal pasien yang berada di kota Palangka Raya.

a. Pasien 1 (An. EB)

Hari pertama implementasi dilakukan pada tanggal 13 Maret 2025 dari pukul 11.00 wib sampai dengan 12.00 wib dengan implementasi keperawatan yaitu:

1) Gangguan komunikasi verbal:

Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitias, volume, dan diksi bicara, memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa), mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, mengunakan metode komunikasi alternatif yaitu papan komunikasi dengan gambar/kartu (flashcard), ulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, dan mengajurkan anak berbicara perlahan.

2) Gangguan Perkembangan

Mengidentifikasi pencapaian tugas perkembangan anak, memberikan sentuhan yang bersifat gentle dan tidak ragu-ragu, mendukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya, mempertahankan kenyamanan anak, dan anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya.

Hari ke dua implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 15 Maret 2025 pada pukul 11.00 wib sampai dengan 11.30 wib, dengan implementasi yaitu:

1) **Gangguan komunikasi verbal:**

   Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitias, volume, dan diksi bicara, memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa), mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, mengunakan metode komunikasi alternatif yaitu papan komunikasi dengan gambar/kartu (flashcard), ulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, dan mengajurkan anak berbicara perlahan.

2) **Gangguan Perkembangan**

   Mengidentifikasi pencapaian tugas perkembangan anak, memberikan sentuhan yang bersifat gentle dan tidak ragu-ragu, mendukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya, mempertahankan kenyamanan anak, bernyanyi Bersama anak lagu-lagu yang disukai, dan anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya

Hari ke tiga implementasi dilakukan pada tanggal 18 Maret 2025 pada pukul 11.15 wib sampai dengan 11.45 wib, implementasi yaitu

1) **Gangguan komunikasi verbal:**

Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitias, volume, dan diksi bicara, memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa), mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, mengunakan metode komunikasi alternatif yaitu papan komunikasi dengan gambar/kartu (flashcard), ulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, dan mengajurkan anak berbicara perlahan.

2) **Gangguan Perkembangan**

Mengidentifikasi pencapaian tugas perkembangan anak, memberikan sentuhan yang bersifat gentle dan tidak ragu-ragu, mendukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya, mempertahankan kenyamanan anak, dan anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya.

b. Pasien 2 (An. EB)

Hari pertama implementasi dilakukan pada tanggal 13 Maret 2025 dari pukul 15.00 WIB sampai dengan 15.30 WIB dengan implementasi keperawatan yaitu:

1) **Gangguan komunikasi verbal:**

Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitias, volume, dan diksi bicara, memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis

yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa), mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, mengunakan metode komunikasi alternatif yaitu papan komunikasi dengan gambar/kartu (flashcard), ulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, dan mengajurkan anak berbicara perlahan.

2) Gangguan Perkembangan

Mengidentifikasi pencapaian tugas perkembangan anak, memberikan sentuhan yang bersifat gentle dan tidak ragu-ragu, mendukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya, mempertahankan kenyamanan anak, bernyanyi Bersama anak lagu-lagu yang disukai, dan anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya

Hari kedua implementasi dilakukan pada tanggal 15 Maret 2025 dari pukul 15.00 WIB sampai dengan 15.30 WIB dengan implementasi yaitu:

1) Gangguan komunikasi verbal:

Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitias, volume, dan diksi bicara, memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa), mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, mengunakan metode komunikasi

alternatif yaitu papan komunikasi dengan gambar/kartu (flashcard), ulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, dan mengajurkan anak berbicara perlahan.

2) Gangguan Perkembangan

Mengidentifikasi pencapaian tugas perkembangan anak, memberikan sentuhan yang bersifat gentle dan tidak ragu-ragu, mendukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya, mempertahankan kenyamanan anak, dan anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya

Hari ketiga implementasi dilakukan pada tanggal 18 Maret 2025 dari pukul 15.00 WIB sampai dengan 15.30 WIB dengan implementasi yaitu:

1) Gangguan komunikasi verbal:

Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitias, volume, dan diksi bicara, memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa), mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, mengunakan metode komunikasi alternatif yaitu papan komunikasi dengan gambar/kartu (flashcard), ulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, dan mengajurkan anak berbicara perlahan.

2) Gangguan Perkembangan

Mengidentifikasi pencapaian tugas perkembangan anak, memberikan sentuhan yang bersifat gentle dan tidak ragu-ragu, mendukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya, mempertahankan kenyamanan anak, dan anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya.

6. Evaluasi Keperawatan

a. Pasien 1 (An. EB)

1) Gangguan komunikasi verbal

a) Hasil evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 30 menit pada tanggal 13 Maret 2025 pukul 11.00 sampai dengan 11.30 wib, evaluasi ini dilakukan dengan SOAP yaitu S: Ibu mengatakan anaknya suka dengan gambar-gambar buah, warna dan hewan, Ibu mengatakan bisa bekerja sama dalam memberikan waktu perawat dan anak melakukan terapi bermain. O: An. EB mampu berdoa sebelum memulai terapi bermain, An. EB mampu fokus selama 15 menit meski beberapa kali kehilangan fokus, An. EB mampu mengenal gambar seperti ayam dan kucing, An., EB mampu menyebutkan gambar ayam dan mobil, An. EB cenderung berbicara dengan cepat, An. EB bisa mengingat nama hewan dengan baik.A: Gangguan

komunikasi verbal belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi keperawatan.

b) Hasil evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 30 menit pada tanggal 15 Maret 2025 pukul 11.00 sampai dengan 11.30 wib, evaluasi ini dilakukan dengan SOAP yaitu S: Ibu mengatakan anaknya bisa menyayikan beberapa lagu yang sering didengar dari kartun di televisi, Ibu mengatakan melatih ulang pelafalan pada pertemuan sebelumnya. O: An. EB hanya dapat fokus selama 3 menit, An. EB mampu menyanyikan bagian awal lagu twinkle-twinkle little star. A: Gangguan kamunikasi verbal belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi keperawatan.

c) Hasil evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 30 menit pada tanggal 18 Maret 2025 pukul 11.00 sampai dengan 11.30 wib, evaluasi ini dilakukan dengan SOAP yaitu S: Ibu mengatakan anak sering menonton kartun bahasa inggris, Ibu mengatakan anaknya bisa berhitung dari 1-4 dengan bahasa inggris. O: An. EB dapat fokus lebih lama dari hari sebelumnya, An. EB mampu fokus selama 15 menit, Perawat menaruh barang selain alat terapi di luar rumah agar anak tidak terdistraksi, An. EB sangat tertarik pada gambar kereta, An. EB mampu menyebutkan akhiran dari

sebuah kata, Anak mampu memperbaiki pelafalan dari “Apatu” menjadi apatu, An. EB mampu menirukan suara kereta, Anak berbicara lebih pelan dari sebelumnya. A: Gangguan komunikasi verbal belum teratasi. P: Intervensi dihentikan, anjurkan keluarga melakukan terapi bermain bersama anak.

2) Gangguan Perkembangan

a) Hasil evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 30 menit pada tanggal 13 Maret 2025 pukul 11.30 sampai dengan 12.00 wib, evaluasi ini dilakukan dengan SOAP yaitu S: Ibu mengatakan anaknya mempu naik dan turun tangga namun tetap dengan pengawasan, Ibu mengatakan anaknya mampu menyimpan mainannya sendiri. O: An. EB mampu menemukan barang yang di lempar jauh, An. EB bisa menendang bola kecil, An. EB mampu mencoret-coret kertas dengan pensil, bentuk coretan bulat-bulat seperti angin, An. EB mampu menunjuk 1-3 bagian dari anggota tubuhnya, An. EB belum bisa melepas pakaiannya sendiri. A: Gangguan Perkembangan belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi keperawatan.

b) Hasil evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 30 menit pada tanggal 15 Maret 2025 pukul 11.30 sampai dengan 12.00 wib,

evaluasi ini dilakukan dengan SOAP yaitu S: Anak mampu makan dengan seorang diri. O: An. EB Anak mampu memahami jika ada barang yang hilang, anak terlihat sangat kesal saat dimarahi, An. EB melempar bola dan tidak ingin mengambilnya kembali, An. EB mampu mengikuti perintah untuk mencuci tangannya secara mandiri, An. EB mengambil haduk until mengeringkan tangan secara mandiri, ibu untuk sering bertanya pada anak dalam mengambil keputusan sederhana. A: Gangguan Perkembangan belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi keperawatan.

c) Hasil evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 30 menit pada tanggal 18 Maret 2025 pukul 11.30 sampai dengan 12.00 wib, evaluasi ini dilakukan dengan SOAP yaitu S: Ibu mengatakan anaknya tidak mendengarkannya jika ada tamu. O: Anak dapat memahami perintah dengan baik, An. EB tampak antusias, An. EB tampak sering berlari kencang, An. EB lebih tenang dari hari sebelumnya, An. EB mampu menyusun mainan secara rapi, An. EB membawa handuknya sendiri saat berkeringat, An. EB tampak berbaring saat kelelahan, An. EB suka saat dipuji, dan An. EB tampak nyaman dengan permainan. A:

Gangguan tumuh kembang belum teratasi. P: Intervensi dihentikan.

b. Pasien 2 (An. AM)

1) Gangguan komunikasi verbal

a) Hasil evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 30 menit pada tanggal 13 Maret 2025 pukul 15.00 sampai dengan 15.30 wib, evaluasi ini dilakukan dengan SOAP yaitu S: Ibu mengatakan anaknya hanya bisa fokus pada satu ganbar, serta anak akan meremas atau menghancurkan salah satu dari dua kartu jika ditampilkan secara bersamaan. O: An. AM dapat fokus pada terapi selama 10 menit, bibir An. AM terlihat ingin mengikuti gerak bibir perawat namun tidak ada bunyi yang keluar, An. AM bisa mengatakan huruf vokal “A”, AM. AM belum bisa mengucapkan kata “mau”, An. AM terlihat marah saat dijarkan untuk menyebutkan nama gambar pada kartu *flashcard*, dan An. AM tertarik pada gambar-gambar yang ada di *flashcard.* A: Gangguan komunikasi verbal belum teratasi. P: Edukasi orangtua untuk terus melatih huruf vokal anak, kontrak pertemuan selanjutnya.

b) Hasil evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 30 menit pada tanggal 15 Maret 2025 pukul 15.00 sampai dengan 15.30 wib,

evaluasi ini dilakukan dengan SOAP yaitu S: Ibu mengatakan anaknya memang belum pernah mengucapkan satu kalimat secara utuh, ibu mengatakan anaknya malas mengucapkan huruf vokal, Ibu mengatakan anaknya habis terjatuh di tanah sehingga mudah rewel. O: An. AM tampak menangis karena kakinya terluka, An. AM hanya dapat fokus pada gambar selama 2 menit, An. AM mampu mengucapkan huruf “A”, Anak terdengar mengucapkan kata “Ma” dan “U”. A: Gangguan komunikasi verbal belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi.

c) Hasil evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 30 menit pada tanggal 18 Maret 2025 pukul 15.00 sampai dengan 15.30 wib, evaluasi ini dilakukan dengan SOAP yaitu S: Ibu mengatakan anaknya belum tidur sebelum tindakan, Ibu mengatakan sering melatih anaknya mengucapkan huruf vokal, Ibu mengatakan anaknya belum pernah menirukan saura-suara hewan maupun kendaraan yang ada disekitarnya. O: An. AM tampak senang saat perawat datang, An. AM mampu mengucapkan huruf vokal sepertu “A” dan “I” dengan baik, An. AM tidak bisa menirukan suara kendaraan yang ada pada gambar kartu *flashcard.* Fokus anak pada kartu sama sekali tidak ada, An. AM tampak menangis saat dari luar namun tidak bisa

mengungkapkan alasan dia menangis. A: Gangguan komunikasi verbal belum teratasi. P: Intervensi dihentikan, orangtua dianjurkan melakukan terapi bermain bersama anak.

2) Gangguan Perkembangan

a) Hasil evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 30 menit pada tanggal 13 Maret 2025 pukul 15.30 sampai dengan 16.00 wib, evaluasi ini dilakukan dengan SOAP yaitu S: Ibu mengatakan anaknya belum bisa mengikuti aturan dalam permainan, Ibu mengatakan anaknya belum bisa berpakaian sendiri. O: An. AM dapat berjalan lurus secara seimbang, An. AM belum bisa menggambar segi empat, An. AM belum bisa menyebut nama orang, An. AM mampu memahami pembicaraan yang mengandung 5-7 kata, An. AM belum mengenal warna-warni. A: Gangguan Perkembangan belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi.

b) Hasil evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 30 menit pada tanggal 15 Maret 2025 pukul 15.30 sampai dengan 16.00 wib, evaluasi ini dilakukan dengan SOAP yaitu S: Ibu mengatakan belum mengajarkan anaknya untuk membuat coretan kotak. O: An. AM tampak tidak bisa fokus sehabis terjatuh di tanah, An. AM mampu membuat garis lurus. A:

Gangguan Perkembangan belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi.

c) Hasil evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 30 menit pada tanggal 18 Maret 2025 pukul 15.30 sampai dengan 16.00 wib, evaluasi ini dilakukan dengan SOAP yaitu S: Ibu mengatakan anak bisa menebalkan huruf, An. AM mampu menyamakan warna merah, kuning hijau secara berurutan, namun tidak bisa menyamakan warna saat urutan diubah, An. AM mampu membuat lingkarkan yang menyatau meski belum sempurna. O: An. AM tampak menyukai kertas untuk belajar, An. AM tidak suka disuruh mengucapkan gambar atau warna, An. AM mampu memahami perintah dengan baik, An. AM meremas kartu saat kesal.

7. Dokumentasi Keperawatan

Faktor-faktor yang menAndukung peneliti dalam melaksanakan implementasi keperawatan terhadap An. EB dan An. AM antara lain adalah dukungan orangtua pasien yang selalu meluangkan waktu untuk pelaksanaan terapi bermain pada anak di rumah pasien, hal tersebut memungkinkan peneliti memberikan dukungan yang sesuai standar selama perawatan.

Namun terdapat faktor penghambat dalam pelaksanaan implementasi keperawatan ini, yang terutama terkait kurangnya

fokus pada anak yang sulit untuk dibangun kembali setelah terdistraksi sehingga waktu implementasi tidak maksimal. Durasi Implementasi yang terbatas dapat menghambat efektivitas hasil implementasi keperawatan, karena terapi bermain berbasis kartu (*flashcard*) memerlukan waktu yang lebih panjang untuk mencapai sebuah kemajuan dalam perkembangan bahasa anak.

C. Pembahasan

Pembahasan merupakan proses analisis antara penerapan teori dengan praktik asuhan keperawatan secara nyata kepada pasien. Dalam pembahasan ini akan membandingkan 2 pasien dengan kasus yang sama. Berisi perbandingan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus yang disaikan untuk menjawab tujuan khusus. Pembahsan disusun sesuai dengan tujuan khusus. Pembahasan ini dibahas secara bertahap sesuai dengan tahapan proses keperawatan antara lain:

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan proses asuhan keperawatan untuk menumpulkan data dan informasi pasien agar dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan untuk pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Sri Rahayu, 2021: 75-77). Adapun teknik yang dilakuakn saat pengkajian adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi.

Hasil pengkajian pada pasien 1 (An. EB) didapatkan data subjektif yaitu ibu mengatakan anaknya mengalami keterlambatan

bicara daripada anak seusianya, anak hanya dapat mengucapkan satu kata dan tidak mampu merangkai kalimat sederhana, An EB menunjukan kesulitan berinteraksi dan mengontrol diri saat ada orang bertamu ke rumah, serta data objektif yaitu, pendengaran anak normal, An. EB diagnosis medis mengalami ADHD, An. EB belum bisa menggambar orang dengan tiga bagian tubuh, belum bisa mengancing baju sendiri, belum bisa berpakaian sendiri, dan anak terlihat belum bisa diam lebih dari 5–10 detik saat ada tamu.

Pengkajian keperawatan pada pasien 2 (An. AM) didapatkan data subjektif yaitu ibu mengatakan anaknya mengalami keterlambatan bicara daripada anak seusianya, anaknya tidak mengeluarkan kata bermakna sejak usia 3 tahun hingga sekarang, anak belum bisa mengucapkan kata dasar seperti “mama” dan “papa”, serta data objektif yaitu pendengarkan normal, An. AM memiliki diagnosis medis ADS, anak belum dapat menggambar manusia lengkap, belum dapat mengenal warna, belum bisa menghitung angka 5–10, belum bisa menggambar dengan enam bagian.

Pasien An. EB dan An. AM tidak mengalami adanya tanda gejala gangguan pendengaran yang dapat menjadi faktor penyebab terjadinya *speech delay*, hal ini dikarenakan pasien An. EB dan pasien An. AM sama-sama mampu menunjukan respons yang sesuai saat mendengarkan ucapan orangtua dan peneliti terhadap pasien seperti anak mampu duduk saat disuruh duduk. Pada anak

dengan speech delay tidak selalu mengalami tanda gejala gangguan pendengaran (Madyawati, 2017: 93–96).

An. EB yang berumur 3 tahun didapatkan adanya diagnosis medis ADHD. Anak dengan masalah ADHD dapat mengalami gangguan pada otak bagian lobus forntal yang berperan dalam memproduksi bicara hal ini menyebabkan penderita mengalami kompikasi *speech delay* (Sadida dkk., 2024:140). Sedangkan pada pasien An. AM yang berumur 6 tahun didapatkan adanya diagnosis medis ADS. Pada anak dengan ADS terdapat kelainan perkembangan yang signifikan salah satunya ada pada aspek komunikasi verbal, dimana perkembangan bahasa anak lambat atau bahkan sama sekali tidak ada (Nurfadhillah, ddk., 2024: 461–463).

Dari hasil pengkajian pada An. EB didapatkan data bahwa pasien mampu mengucapkan satu kata dengan pengucapan yang baik dan dapat dimengerti. Pasien sudah berusia 3 tahun dimana menurut teori dari (Leung dan Kao, 1999) dalam (Aminah and Ratnawati, 2022a: 80–81) seharusnya anak sudah mampu menyusun kalimat yang terdiri dari 3-6 kata. Sedangkan An. AM belum mampu mengucapkan satu kata dengan jelas, pasien berumur 6 tahun dimana perkembangan bahasa yang sesuai adalah anak telah menguasai susunan kebahasaan seperti produksi bahasa tidak terpola sampai bercerita dengan lacar, teori ini disampaikan dalam penelitian (Sari, 2021: 105).

Keluarga An. EB dan keluarga An. AM menunjukan dukungan terhadap perkembangan anak mereka, Ibu dari An. EB mendaftarkan anaknya untuk mengikuti terapi okupasi setiap hari senin di rumah sakit di rumah sakit, terapi sudah berlangsung selama 4 bulan dengan total 16 kali pertemuan, ibu mengatakan setelah dilakukan terapi anak fokus anak masih belum ada perkembangan, sedangkan pada Ibu dari pasien An. AM mendaftarkan anaknya untuk mengikuti terapi okupasi di hari selasa dan terapi wicara di hari sabtu, terapi sudah berlangsung selama 10 bulan dengan total 40 kali terapi okupasi dan 40 kali terapi wicara, ibu mengatakan setelah dilakukan terapi okupasi anak mengalami peningkatan dalam kemampuan fokus, sebelumnya anak sangat sulit fokus namun sekarang anak mampu fokus dalam beberapa kegiatan, ibu juga mengatakan setelah terapi wicara anaknya memang tidak memiliki peningkatan dalam komunikasi verbal namun anak sudah mampu memahami perintah, melihat ke kanan dan ke kiri, dan membuka dan menutup mulut. Dari respon orangtua pada kedua pasien, terdapat dukungan positif terhadap upaya peningkatan perkembangan anak, kedua orangtua sama-sama memastikan anaknya mengikuti terapi secara teratur dan tepat waktu. Terdapat perbedaan jumlah terapi yang didapatkan pasien, pasien 1 (An. EB) menerima terapi okupasi dengan total pertemuan 1 kali perminggu, sedangkan pasien 2 (An. AB) memiliki 2 terapi yaitu terapi okupasi dan terapi wicara masing-masing 1 kali permingu. Kedua pasien sama-sama mengikuti terapai

yang mendukung perkembangan anak, terapi okupasi untuk meningkat fokus anak, bermain, memanjat, lalu terapi wicara untuk mengatasi masalah kesulitan bicara, bahasa, hingga menelan (Madyawati, 2017: 98–99).

Berdasarkan hasil pengkajian terhadap dua pasien anak dengan *speech delay*, yaitu An. EB (usia 4 tahun, ADHD) dan An. AM (usia 6 tahun, ADS), dapat disimpulkan bahwa keterlambatan bicara pada keduanya bukan disebabkan oleh gangguan pendengaran, melainkan berkaitan erat dengan kondisi neurologis yang menyertai masing-masing, yaitu gangguan pada lobus frontal otak pada ADHD dan gangguan perkembangan komunikasi verbal pada ADS. Meskipun An. EB telah mampu mengucapkan satu kata dengan jelas, perkembangan bahasanya masih jauh dari standar usia seharusnya, begitu pula dengan An. AM yang belum mampu mengucapkan kata bermakna meski telah berusia 6 tahun. Keterlambatan ini juga terlihat dalam keterampilan motorik halus dan kognitif anak yang belum berkembang sesuai usia. Namun demikian, dukungan keluarga terhadap proses terapi sangat baik, terlihat dari keterlibatan aktif orangtua dalam memastikan kehadiran anak mereka dalam terapi okupasi dan terapi wicara secara rutin. Hal ini menunjukkan adanya komitmen keluarga dalam mendorong perkembangan anak, meskipun hasil terapi menunjukkan kemajuan yang bervariasi, khususnya dalam aspek fokus dan pemahaman perintah, meski belum signifikan pada produksi bahasa. Meskipun

terapi menunjukkan kemajuan yang berbeda-beda, terutama dalam hal fokus dan pemahaman perintah, kemampuan bicara anak masih belum banyak berkembang. Hal ini menunjukkan pentingnya perawatan yang menyeluruh dan disesuaikan dengan kondisi masing-masing anak.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan didefinisikan sebagai penilaian klinis terhadap respons aktual maupun potensial yang muncul dari individu, keluarga, atau masyarakat dalam menghadapi masalah kesehatan atau dinamika kehidupan. Proses ini bertujuan untuk mengidentifikasi reaksi klien terhadap kondisi terkait kesehatan, baik secara fisik, psikologis, maupun sosial (SDKI, 2017: 2). Berdasarkan teori terdapat 4 diagnosis keperawatan anak *speech delay* yaitu gangguan komunikasi verbal dengan tanda gejala tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukan respon yang tidak sesuai, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertehankan komunikasi, sulit menyusun kalimat, serta sulit mengungkapkan kata-kata. Diagnosis keperawatan kedua yaitu Gangguan Perkembangan dengan tanda gejala tidak mampu melakukan keterampilan atau perilaku khas sesuai usia baik secara fisik, bahasa, motorik atau psikososial, serta pertumbuhan fisik terganggu. Diagnosis keperawatan ketiga yaitu gangguan interaksi sosial dengan tanda gejala merasa tidak nyaman dengan situasi sosial, merasa sulit menerima atau menkomunikasikan perasaan,

kurang responsif atau tertarik pada orang lain, tidak berminat melakukan kontak mata dan fisik, sulit mengungkapkan kasih sayang, cemas berat, kontak mata kurang, ekspresi wajah tidak responsif, tidak kooperatif dalam bermain dan berteman dengan sebaya, serta perilaku tidak sesuai usia dan diagnosis terakhir yaitu risiko cedera dengan faktor risiko perubahan fungsi psikomotor dan kognitif (SDKI, 2017).

Pasien 1 (An. EB) hasil diagnosis yang muncul berdasarkan data pengkajian ada dua yaitu gangguan komunikasi verbal berdasarkan dengan gangguan neorumuskuler dibuktikan dengan perkembangan bahasa anak tidak sesuai usia, tidak mampu menyusun kalimat 3-6 kata, tidak mampu menceritakan pengalaman, sulit dipahami saat berbicara, belum bisa menyebut nama hari, dan belum mampu menyebut nama lengkap tanpa bantuan, dan Gangguan Perkembangan berdasarkan dengan inkonsistensi respons terhadap stimulasi dibuktikan dengan belum bisa menggambar orang dengan tiga bagian tubuh, belum bisa mengancing baju sendiri, belum bisa berpakaian sendiri, dan belum bisa diam lebih dari 5–10 detik saat ada tamu. Kemudian untuk pasien 2 (An. AM) juga terdapat dua diagnosis keperawatan yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dibuktikan dengan tidak mampu mengucapkan satu kosa kata dalam sehari-hari, belum bisa menjawab nama benda dan fungsinya,perkembangan bahasa anak tidak sesuai usia, tidak

mampu memahami arti lawan kata, sering marah karena tidak bisa mengungkapkan perasaan secara verbal, ibu mengatakan anak belum bisa mengatakan kata “mama”, “papa”, diagnosis kedua adalah Gangguan Perkembangan berdasarkan dengan inkonsistensi respons terhadap stimulasi dibuktikan belum bisa menggambar manusia lengkap, belum bisa mengenal warna, belum bisa menghitung angka 5–10, belum bisa menggambar dengan enam bagian.

Kasus yang terjadi pada pasien 1 (An. EB) dan dan pasien 2 (An. AM) menunjukkan adanya dua diagnosis keperawatan yang sama, yaitu gangguan komunikasi verbal didukung oleh data-data dari hasil pengkajian dan Gangguan Perkembangan dimana dari hasil pengkajian menunjukan tanda gejala yang dominan pada gangguan perkembangan anak sedangkan pertumbuhan tidak mengalami kelainan sama sekali. Hal ini didukung oleh teori (Rezieka dkk., 2021) yang menyatakan bahwa ciri-ciri anak *speech delay* dengan gangguan ADHD maupun ADS hanya mengalami gangguan pada aspek perkembangan seperti bahasa, motorik halus, motorik kasar dan sosial, dalam penelitian tidak disebutkan ciri-ciri adanya gangguan pada aspek pertumbuhan seperti pertambahan ukuran fisik.

Terdapat dua diagnosis lain seperti gangguan interaksi sosial dan risiko cedera yang kemungkinan muncul pada kasus anak dengan *speech delay*, namun dalam kasus pasien 1 (AN. EB) tidak

ada data yang mendukung diagnosis ini seperti anak masih berinteraksi dengan adik, anak tetangga, dan teman sekolahnya, anak hanya tidak terbiasa dengan orang baru, kemudian pasien 2 yang sangat senang berinteraksi dengan orang asing maupun teman baru. Diagnosis risiko cedera juga kurang sesuai dengan data, dimana kedua anak sudah mampu berjalan dengan baik, pasien terlihat berlari dan berjalan dengan koordinasi tubuh yang baik, tidak terlihat kelainan pada saat pasien berdiri maupun duduk, pasien juga sama-sama memahami perintah orangtua untuk tidak bermain di sekitar jalan raya.

Peneliti menyimpulkan bahwa diagnosis keperawatan yang sesuai dengan kedua pasien ada 2 yaitu gangguan komunikasi verbal dan Gangguan Perkembangan, diagnosis tersebut berdasarkan pada standar diagnosis keperawatan indonesia. Kemudian terdapat 2 diagnosis lain seperti gangguan interaksi sosial dan risiko cedera yang tidak peneliti tegakkan karena diagnosis tersebut tidak didukung penuh oleh data-data subjektif maupun opjektif. Kedua pasien sama-sama tidak memiliki kelianan pada aspek pertumbuhan karena pasien hanya mengalami gangguan pada aspek perkembangan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk meningkatkan, mencegah, atau memulihkan kesehatan klien. Sesuai

Pasal 30 UU No. 38 Tahun 2014, perawat berwenang merencanakan dan melaksanakan asuhan keperawatan, merujuk, menangani kegawatdaruratan, memberikan edukasi, konsultasi, kolaborasi, menyuluh, memberi obat tertentu, serta melakukan terapi komplementer dan alternatif (SIKI, 2018: 2).

Kegiatan intervensi yang dilakukan pada pasien 1 (An. EB) dan pasien 2 (An. AM) dengan masalah gangguan komunikasi verbal adalah dengan memonitor kecepatan, tekanan, kuantitias, volume, dan diksi bicara, memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa), mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, menggunakan metode komunikasi alternatif yaitu papan komunikasi dengan gambar/kartu (*flashcard*), ulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, dan mengajurkan anak berbicara perlahan, mengajarkan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara. Intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan kedua yaitu Gangguan Perkembangan adalah dengan mendukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya, mempertahankan kenyamanan anak, bernyanyi bersama anak lagu-lagu yang disukai, dan anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya. Tujuan dibuatnya intervensi keperawatan ini yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 hari diharapkan gangguan komunikasi verbal pada pasien

dapat teratasi dengan kriteria hasil kemampuan bicara meningkat dan pemahaman terhadap komunikasi meningat. Kemudian tujuan dari intervensi keperawatan Gangguan Perkembangan berfokus pada aspek perkembangan anak yaitu keterampilan/perilaku sesuai usia membaik.

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditemukan pada kasus. Dari 13 intervensi keperawatan yang dilaksanakan untuk diagnosis keperawatan gangguan komunikasi verbal, peneliti mengambil 8 tindakan yang dilakukan kepada Pasien 1 dan 2. Kemudian pada diagnosis keperawatan kedua yaitu Gangguan Perkembangan peneliti melaksanakan 4 tindakan dari total 17 intervensi keperawatan dalam (SIKI, 2018)

Berdasarkan umur pasien An. EB (4 tahun) dan pasien An. AM (6 tahun) peneliti memilih terapi bermain benggunakan kartu (*flashcard*) sebagai intervensi yang sesuai dengan usia anak. Teori yang mendukung kesesuaian pengguanakn kartu flashcard pada pasien 1 dan pasien 2 dijelaskan dalam penelitian Nurwidayati, 2015 dalam (Rukmini, 2021: 126) anak usia 4-6 tahun memasuki fase Usia bermain, dalam penelitian tersebut dikatakan bahwa anak-anak sangat tertarik dengan *flashcard* karena bentuknya yang sangat menarik, sehinga anak termotivasi untuk bermain menggunakan kartu tersebut. Oleh karena itu peneliti menggunakan kartu *flashcard* dengan beberapa variasi gambar seperti hewan, transportasi dan

buah. Pada tahapan terapi bermain ini peneliti menggunakan tiga tahap, yaitu memberikan simpol serta mengucapkannya selama 5x secara perlahan, proses intepretasi dimana menunggu anak memproses ucapan untuk gambar, terakhir tanggapan yaitu proses dimana anak memberikan respons pada gambar yang diterima, tahapan ini sesuai dengan penelitian (Mirantisa *et al.*, 2021: 56–57) yang membahas tentang komunikasi terapeutik berbais kartu (*flashcard*) pada anak *speech delay*. Peneliti harus mencapat setiap tanggapan pada reaksi anak, jika anak mampu mengucapkan kata meski hanya bagian ujung kalimat maka tetap dicatat sebagai perkembangan dan peneliti wajib memeberikan apresiasi berupa pujian.

Peneliti akan melakukan terapi bermain bersama orangtua dengan harapan setelah terapi berkahir orangtua mampu mendukung anak melakukan terapi bermain menggunakan kartu *flashcard.* Baik pasien 1 (An. EB) maupun pasien 2 (An. AM) tidak terdapat perbedaan intervensi keperawatan baik pada diagnosis keperawatan gangguan komunikasi verba maupun Gangguan Perkembangan.

Berdasarkan hasil intervensi di atas peneliti menyimpulkan bahwa intervensi keperawatan untuk pasien 1 (An. EB) berusia 4 tahun dan pasien 2 (An. AM) berusia 6 tahun dengan masalah gangguan komunikasi verbal dan Gangguan Perkembangan, disusun intervensi keperawatan dengan pendekatan terapi bermain

berbasis *flashcard* yang sesuai dengan perkembangan usia anak. Intervensi ini melibatkan observasi pada kemampuan bicara anak serta keterlibatan orangtua yang penting dalam mendukung kemajuan perkembangan anak. Baik untuk masalah gangguan komunikasi verbal maupun Gangguan Perkembangan, intervensi pada kedua pasien tidak berbeda dengan tujuan meningkatkan kemampuan bicara, pemahaman komunikasi, dan perkembangan perilaku sesuai usia.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan, yang mencakup penerapan tindakan keperawatan secara langsung dengan mengandalkan kemampuan kognitif, keterampilan interpersonal, serta keahlian teknis untuk mencapai tujuan klien, sambil terus mengamati dan menilai respon klien terhadap tindakan yang diberikan (Hadinata and Abdillah, 2022: 53–57)

Tindakan (Implementasi keperawatan) pada pasien 1 (An. EB) dan pasien 2 (An. AM) dilaksanakan selama 3 hari mulai tanggal 13 Maret 2025, 15 Maret 2025 dan 18 Maret 2025. Pasien 1 (An. EB) pada jam 11.00 wib sampai 12.00 wib sedangkan pasien 2 (An. AM) 15.00 wib sampai 16.00 wib di rumah masing-masing.

Pada pasien 1 (An. EB) hari pertama dilaksanakan tanggal 13 Maret 2025 pada jam 11.00-12.00 wib. Implementasi pertama yaitu memonitor kecepatan, tekanan, kuantitias, volume, dan diksi bicara.

Implementasi keperawatan ini untuk mengetahui apakah anak membeo atau mengeluarkan suara yang tidak jelas seperti bayi (*Fauzia ddk, 2020:* 104). implementasi kedua adalah memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan bahasa). Tujuan intervensi ini adalah untuk mengonfirmasi apabila ada gangguan pada pendengaran anak dapat menjadi penyebab anak mengalami *speech delay* (Madyawati, 2017: 93–96). Implementasi ketiga yaitu mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi. Hal ini untuk mengidentifikasi bagaimana anak mengungkapkan emosinya apakah mengunakan gerakan simbolik seperti melambaikan tangan, menggeleng, atau melakukan kontak mata pada saat tertarik pada sesuatu (*Fauzia ddk, 2020:* 104). Implementasi keempat menggunakan metode komunikasi alternatif yaitu papan komunikasi dengan gambar/kartu (*flashcard*). Komunikasi alternatif ini didukung oleh teori dari Nurwidayati, 2015 dalam (Rukmini, 2021: 126) yang menyatakan bahwa anak usia 3-6 tahun menyukai permainan *flashcard* karena bentukanya sangat menarik, sehingga dapat menjadi media belajar yang cocok untuk anak dengan *speech delay* menurut. Implementasi keempat yaitu mengulangi apa yang disampaikan pasien. Menurut (Azis, 2022: 447) hal ini agar artikulasi lebih lanjar, pengulangan dapat membuat anak lebih mudah mengingat kata yang dipelajari. Implementasi kelima memberikan dukungan psikologis. Implementasi dukungan

psikologis pada anak dengan masalah speech delay dapat membangun kesejahteraan psikologis anak sehingga anak menjadi lebih optimis dan tidak takut sebelum mencoba, dan mengajurkan anak berbicara perlahan (*Wahyuni, 2023:* 412). Implementasi keenam yaitu mengajarkan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara. Menurut (Rahmah dkk., 2023: 101) dukungan keluarga secara langsung sangat berpengaruh pada perkembangan anak, orangtua diharapkan mampu membantu menangai anak *speech delay* dengan aktif berkomunikasi secara perlahan dan berulang pada anak. Implementasi ketujuh mendukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya. Apresiasi berperan dalam membentuk karakter anak, umpan baik yang disampaikan secara positif dapat memberikan anak motivasi, apresiasi positif pada anak dapat membuat hubungan satu individu dengan individu lainnya menjadi lebih baik (Putri & Amaliyah, 2022: 7361). Mempertahankan kenyamanan anak. Metode yang mudah, menarik dan menyenangkan dapat meningkatkan rasa optimis anak sehingga anak mampu berkonsentrasi saat belajar (Yuniarti dkk., 2023: 50). Bernyanyi bersama anak lagu-lagu yang disukai. Menurut (Lestari, 2024: 5) dengan sering menyanyikan lagu yang anak sukai dapat merangsang bahasa anak, lirik pada lagu dapat menstimulasi kemampuan bahasa anak. Implementasi kedelapan yaitu menganjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya. Hal ini

karena interaksi dengan orangtua dapat menjadi fondasi dari kepercayaan diri anak, kemampuan sosial, etika serta mengataasi risiko masalah emosional anak (Muthmainah & Wulandari, 2024: 915). Hari kedua dilaksanakan pada tanggal 15 Maret 2025 pada jam 11.00-12.00 wib, dengan implementasi keperawatan yaitu memonitor kecepatan, tekanan, kuantitias, volume, dan diksi bicara, memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan bahasa), mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, menggunakan metode komunikasi alternatif yaitu papan komunikasi dengan gambar/kartu (*flashcard*), ulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, dan mengajurkan anak berbicara perlahan, mengajarkan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara, mendukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya, mempertahankan kenyamanan anak, dan menganjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya. Hari ketiga dilaksanakan pada tanggal 18 Maret 2025 pada jam 11.00-12.00 wib, dengan implementasi keperawatan yaitu memonitor kecepatan, tekanan, kuantitias, volume, dan diksi bicara, memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan bahasa), mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, menggunakan metode komunikasi alternatif yaitu papan

komunikasi dengan gambar/kartu (*flashcard*), mengulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, dan mengajurkan anak berbicara perlahan, mengajarkan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara, mendukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya, mempertahankan kenyamanan anak, dan menganjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya

Pasien 2 (An. AM) hari pertama dilaksanakan tanggan 13 Marer 2025 pada jam 15.00-16.00 wib, memonitor kecepatan, tekanan, kuantitias, volume, dan diksi bicara, memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan bahasa), mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, menggunakan metode komunikasi alternatif yaitu papan komunikasi dengan gambar/kartu (*flashcard*), mengulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, dan mengajurkan anak berbicara perlahan, mengajarkan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara, mendukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya, mempertahankan kenyamanan anak, bernyanyi bersama anak lagu-lagu yang disukai, dan menganjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya. Hari kedua dilaksanakan pada tanggal 15 Maret 2025 pada jam 15.00-16.00 wib,

dengan implementasi keperawatan yaitu memonitor kecepatan, tekanan, kuantitias, volume, dan diksi bicara, memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan bahasa), mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, menggunakan metode komunikasi alternatif yaitu papan komunikasi dengan gambar/kartu (*flashcard*), mengulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, dan mengajurkan anak berbicara perlahan, mengajarkan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara, mendukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya, mempertahankan kenyamanan anak, dan menganjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya. Hari ketiga dilaksanakan pada tanggal 18 Maret 2025 pada jam 15.00-16.00 wib, dengan implementasi keperawatan yaitu memonitor kecepatan, tekanan, kuantitias, volume, dan diksi bicara, memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan bahasa), mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, menggunakan metode komunikasi alternatif yaitu papan komunikasi dengan gambar/kartu (*flashcard*), mengulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, dan mengajurkan anak berbicara perlahan, mengajarkan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan

bicara, mendukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya, mempertahankan kenyamanan anak, dan menganjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya. Adapun *discharge planning* yang diberikan kepada orangtua pasien 1 dan pasien 2 yaitu menganjurkan orangtua anak untuk selalu membantu dalam melakukan terapi bermain *flashcard* selama di rumah, keluarga diharapkan memberi motivasi, dukungan, dan penguatan positif kepada anak dalam menghadapi masalah perkembangan yang dihadapi dan mengingatkan untuk selalu mengikuti terapi rutin sesuai jadwal yang ditetapkan.

Dari hasil penelitian di atas dapat disimpulkan implementasi keperawatan pada An. EB dan An. AM yang difokuskan pada diagnosis gangguan komunikasi verbal dan Gangguan Perkembangan dilaksanakan selama 3 hari dengan menerapkan hampir seluruh implementasi yang direncanakan. Dari total 7 tindakan pada gangguan komunikasi verbal dan 4 tindakan pada Gangguan Perkembangan, seluruh tindakan dapat dilaksanakan dengan konsisten selama tiga hari, kecuali tindakan bernyanyi bersama anak lagu-lagu yang disukai, yang hanya berhasil dilakukan selama satu hari dari total tiga hari implementasi. Tindakan seperti pemantauan bicara, penggunaan flashcard, pemberian dukungan psikologis, dan edukasi keluarga tetap konsisten diterapkan untuk mendukung perkembangan kemampuan komunikasi anak

selanjutnya. Setelah hari ketiga implementasi diharapkan orangtua mampu melakukan terapi bermain secara mandiri di rumah.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Standar luaran keperawatan menjadi acuan bagi perawat untuk menentukan kondisi kesehatan klien yang ingin dicapai setelah intervensi. Melalui luaran ini, keberhasilan tindakan keperawatan dapat dinilai secara spesifik (SLKI, 2019:2).

Peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil Studi kasus pada pasien 1 (An. EB) dan pasien 2 (An. AM) dengan *speech delay* yang telah dilakukan sejak 13 Maret 2025 sampai dengan 18 Maret 2025. Evaluasi keperawatan ini berfokus pada implementasi keperawatan gangguan komunikasi verbal dan Gangguan Perkembangan, dilakukan dengan melibatkan orangtua anak saat melakukan implementasi. Dilihat dari hasil observasi dan wawancara setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari perawatan terdapat persamaan dan perbedaan dari kedua pasien. Pada evaluasi tanggal 13 Maret 2025, An. EB menunjukkan kemampuan komunikasi yang lebih berkembang dibandingkan An. AM. An. EB mampu berdoa sebelum terapi bermain, anak mampu fokus selama 15 menit meskipun beberapa kali kehilangan konsentrasi di tengah-tengah terapi, serta mampu mengenal dan menyebutkan gambar seperti ayam dan mobil, meski berbicara dengan cepat. Sementara itu, An. AM hanya mampu fokus selama 10 menit pada satu gambar

dan baru bisa mengucapkan huruf vokal “A”, dengan ketidakmampuan untuk menyebutkan kata sederhana seperti "mau". An. AM juga tampak marah saat diarahkan untuk menyebutkan nama gambar. Pada evaluasi 15 Maret 2025, kemampuan fokus An. EB menurun drastis menjadi hanya 3 menit, namun anak dapat menyanyikan bagian awal lagu "*Twinkle-Twinkle Little Star*" meski lagu dalam bahasa inggris pelafalan anak cukup baik. Sebaliknya, An. AM juga menunjukkan penurunan fokus menjadi hanya 2 menit, meski ada sedikit perkembangan dalam pelafalan, yaitu mampu mengucapkan huruf “A”, “Ma”, dan “U”. Kondisi fisik An. AM yang habis terjatuh membuat anak lebih rewel selama terapi berlangsung. Pada 18 Maret 2025, An. EB kembali menunjukkan kemajuan dengan fokus bermain meningkat hingga 15 menit, anak mampu menyebutkan akhiran kata dari ucapan peneliti seperti kata “kereta” pasien mampu menyebutkan akhiran “reta” pada kata, memperbaiki pelafalan kata, berbicara lebih pelan, dan menunjukkan ketertarikan pada gambar kereta. Sementara An. AM hanya mampu mengucapkan huruf vokal “A” dan “I” dengan baik, namun sama sekali tidak mampu mempertahankan fokus pada kartu flashcard, anak keluar rumah dan tidak ingin kembali, saat kembali anak tampak menangis namun tidak mampu mengungkapkan alasan kenapa anak menangis, hal tersebut menunjukkan keterbatasan signifikan dalam komunikasi verbal An. AM.

Evaluasi keperawatan untuk Gangguan Perkembangan tanggal 13 Maret 2025, An. EB dapat naik-turun tangga dengan pengawasan, menyimpan mainan, menemukan barang yang dilempar, menendang bola kecil, dan mencoret-coret kertas membentuk pola bulat, serta mengenali beberapa bagian tubuh. Sebaliknya, An. AM hanya mampu berjalan lurus dengan seimbang, memahami kalimat sederhana 5–7 kata, tetapi belum mampu menggambar bentuk segi empat dan belum mengenal warna, anak dibimbing untuk menyanyikan lagu bersama-sama. Pada 15 Maret 2025, An. EB memperlihatkan kemajuan motorik dan kemandirian, seperti mampu makan sendiri, memahami konsep kehilangan barang, mengikuti perintah sederhana seperti mencuci tangan dan mengeringkan tangan sendiri, serta menunjukkan emosi marah saat ditegur. Di sisi lain, An. AM hanya menunjukkan sedikit kemajuan dengan kemampuan membuat garis lurus, tetapi masih belum mampu membuat coretan kotak sesuai usia perkembangannya. Pada evaluasi 18 Maret 2025, An. EB memperlihatkan perkembangan lebih lanjut dalam kemandirian dan keteraturan, seperti mampu menyusun mainan dengan rapi, membawa handuk sendiri saat berkeringat, berbaring saat lelah, serta tampak antusias dan nyaman dengan permainan. Sementara itu, An. AM mulai bisa menebalkan huruf, menyamakan warna merah, kuning, dan hijau secara berurutan namun gagal jika urutan warna diubah, dan anak mampu membuat lingkaran meski belum sempurna. An. AM juga

menunjukkan pemahaman perintah yang baik, namun masih memiliki respons emosional negatif seperti meremas kartu saat merasa kesal.

Hasil evaluasi keperawatan terhadap implementasi keperawatan dipengaruhi oleh waktu dan penyakit penyerta pasien, dimana peneliti melaksanakan implementasi selama 3, jika dilihat dari perkembangan pasien selama terapi di rumah sakit yang sudah lebih dari 3 kali pertemuan, seperti pasien 1 (An. EB) 16 kali pertemuan terapi okupasi dengan hasil anak masih belum mampu membangun fokus lama, sedangkan pasien 2 (An. AM) sudah melakukan terapi yang lebih lama dari An. EB, An. AM sudah menjalani terapi okupasi 40 kali dengan hasil anak sudah mampu fokus dan lebih sabar dari sebelumnya dan terapi wicara 40 kali meski hasilnya anak belum memperlihatkan perkembangan. Hal ini jelas menunjukan anak dengan penyakit penyerta seperti ADHD dan ADS sulit berkembang dalam waktu singkat, kenyataan dilapangan dalam penelitian (Mirantisa dkk., 2021: 61) menunjukan anak masih dapat berkembang dengan perawatan jangka panjang dan teratur.

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan dari implementasi keperawatan terapi bermain dengan media *flashcard* pada kedua pasien (An. EB dengan ADHD dan An. AM dengan ADS) belum menunjukkan hasil yang optimal. Masalah gangguan komunikasi verbal dan Gangguan Perkembangan pada keduanya masih belum teratasi, ditandai dengan belum tercapainya kriteria keberhasilan

yang ditetapkan. Kedua pasien memiliki respon antusias awal, namun fokus yang mudah teralihkan dan inkonsistensi dalam mengikuti instruksi menjadi hambatan utama selama implementasi keperawatan. An. EB menunjukkan kemajuan lebih signifikan dibanding An. AM, meskipun durasi fokus masih terbatas. Sementara itu, An. AM belum terdapat kemajuan pada kemampuan verbalnya.

Peneliti menyimpulkan bahwa kedua pasien memerlukan terapi jangka panjang dan dilakukan secara teratur, meminimalkan benda-benda yang dapat mengganggu fokus anak, kesabaaran dalam mengontrol sikap hiperaktif anak juga penting, oleh karena itu peran orangtua sangat penting dalam perkembangan anak, meski perkembangan anak lambat dan tidak nampak setelah 3 hari dilakukan implementasi, hal tersebut tidak menutup adanya perkembangan meningkat setelah terapi dilanjutkan keluarga secara teratur di rumah. Adanya peningkatan setelah terapi yang memakan waktu lebih dari sebulan di rumah sakit menunjukan jika anak *speech delay* disertai penyakit penyerta mampu berkembang secara perlahan.

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah sebuah catatan untuk mengidentifikasi kondisi kesehatan klien, mencatat kebutuhannya, serta sebagai dasar dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi tindakan keperawatan, selain itu dokumentasi juga berfungsi sebagai sumber informasi penting untuk keperluan penelitian, aspek

keuangan, serta pertanggungjawaban hukum dan etika keperawatan (Risnawati *et al.*, 2023: 154–156).

Penulis mendokumentasikan studi kasus keperawatan pada anak dengan format asuhan keperawatan anak yang sudah dimulai pada kunjungan pertama, pasien 1 di tanggal 28 Februasi 2025 dan pasien 2 di tanggal 06 Maret 2025. Peneliti melakukan pengkajian data melalui wawancara, observaasi, serta pemeriksaan fisik anak didukung oleh orangtua anak saat di rumah, serta data sekunder yang diperoleh dari Puskesmas Menteng Palangkaraya Pada tanggal 13 Maret 2025 sampai dengan 18 Maret 2025 penulis melakukan asuhan keperawatan dengan melakukan tindakan terapi bermain berbasis kartu (*flashcard*). Hasil dari asuhan keperawatan yang sudah dilaksanakan mulai dari tahap pengkajian sampai evaluasi penulis tuangkan kedalam bentuk studi kasus.

Selama proses pendokumentasian, terdapat beberapa hambatan, seperti kesulitan dalam mencari pasien di minggu pertama dan tantangan dalam menjadwalkan pertemuan dengan orang tua pasien, ada keterbatasan dalam berkomunikasi dengan anak, anak dengan ADS cenderung mudah rewel, beberapa jadwal yang telah disetujui tertunda dan harus diganti kelain hari, ruangan terbuka dan banyaknya benda yang dapat mengganggu fokus anak juga menjadi salah satu penghambat proses implementasi. Sedangkan faktor pendukung bagi penulis yaitu sudah dibelaki serta dibimbing oleh dosen pembimbing dan pembimbing klinik tentang yang selalu membimbing peneliti jika ada kehibungan, orangtua anak yang selalu mengomunikasikan ketersediaan jadwal anak,

orangtua pasien yang membantu anak berkomunikasi dengan peneliti, serta pembimbing juga mengajari cara pendokumentasian asuhan keperawatan pada anak dengan *speech delay* yang baik.

Berdasarkan masalah *speech delay* yang ditemukan pada An. EB dan An AM, terdapat hubungan yang saling mempengaruhi yaitu adanya faktor pendukung dan penghambat proses perkembangan bahasa pada anak, seperti orangtua yang mendukung proses terapi anak baik di dalam jadwal terapi maupun di luar jadwal terapi, karena jika orang tua tidak mendukung proses terapi di luar jadwal terapi maka perkembangan anak akan mengalami kemunduran.

BAB V
PENUTUP

Setelah diuraikan pada pembahasan yang dilakukan pada kasus pasien 1 (An. EB) dan pasien 2 (An. AM) dengan masalah *speech delay* dan dapat disimpulkan bahwa implementasi keperawatan merupakan bagian dari asuhan keperawatan, dimana implementasi pada anak *speech delay* dengan terapi bermain berbasis kartu (*Flashcard*) terhadap penguasaan kosakata dan huruf vokal terlaksana dengan baik.

A. Kesimpulan

1. Pengkajian keperawatan mampu dilakukan secara sistematis dan sesuai dengan format dalam teori pengkajian anak dengan *speech delay*, didapatkan kesamaan data dengan teori yang ada yaitu An. EB (4 tahun) dan An. AM (6 tahun) mengalami kesulitan untuk mengucapkan kata-kata dan merangkai kalimat yang sesuai dengan perkembangan bahasa di usia mereka.
2. Penegakkan diagnosis keperawatan dilakukan dengan mengumpulkan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, serta dokumentasi, maka penulis menegakkan diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien 1 (An. EB) dan pasien 2 (An. Am) yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dan Gangguan Perkembangan berhubungan dengan inkonsistensi respons terhadap stimulasi.

Sedangkan dua diagnosis lainya seperti gangguan interaksi sosial dan risiko cedera tidak didukung oleh data subjektif maupun subjektif.

3. Intervensi keperawatan terstruktur sesuai dengan diagnosis yang mampu dilaksanakan yaitu intervensi promosi komunikasi: defisit bicara 8 intervensi dari total 13 intervensi dan promosi perkembangan anak 4 intervensi dari total 17 intervensi dalam teori buku SIKI.
4. Implementasi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 13 Maret 2025, 15 Maret 2025 dan 18 Maret 2025, implementasi keperawatan dilaksanakan pada 2 pasien selama 3 hari di tanggal yang sama dengan jam yang berbeda. Semua implementasi gangguan komunikasi verbal dapat dilaksanakan sesuai intervensi, sedangkan intervensi bernyanyi bersama anak lagu-lagu yang disukai anak pada diagnosiis Gangguan Perkembangan hanya mampu dilaksanakan selama 1 hari dari 3 hari pelaksanaan.
5. Pada tahap evaluasi, peneliti mampu melakukan evaluasi keperawatan kepada pasien 1 (An. EB) pada tanggal 18 Maret 2025 setelah dilakukan tindakan selama 3 hari, hasil evaluasi dengan metode SOAP, didapatkan data pada pasien 1 (An. EB) yaitu setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari masalah belum teratasi dan intervensi dihentikan, sedangkan pada pasien 2 (An. AM) tanggal 18 Maret 2025 setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari masalah belum teratasi, intervensi

dihentikan, dan orang tua dianjurkan melanjutkan implementasi keperawatan terapi bermain berbasis kartu (*flashcard*) di rumah secara teratur dalam jangka waktu yang panjang.

6. Dokumentasi keperawatan ditulis berdasarkan hasil evaluasi yang telah ditetapkan, pendokumentasian telah dilaksanakan dengan kronologis waktu dan kriteria format asuhan keperawatan dari pengkajian, penegakan diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi yang menggunakan metode SOAP: S : Subyektif, O : Obyek data, A : Analisa, P : Planning. Dalam pembuatan asuhan keperawatan penulis mendapatkan adanya faktor pendukung maupun faktor penghambat. Faktor pendukung ialah kerjasama yang baik antara peneliti dengan tim kesehatan dan perawat di puskesmas, kerja sama yang baik dengan orangtua pasien, sedangkan faktor penghambat dalam proses dokumentasi keperawatan ialah sulitnya berkomunikasi dengan anak, anak sering rewel, adanya kesulitan dalam menentukan waktu implementasi keperawatan bersama orangtua pasien.

B. Saran

Berdasarkan pengalaman penulis dalam melakukan asuhan keperawatan maka penulis melakukan saran sebagai berikut:

1. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa atau penulis selanjutnya dapat menerapkan terapi bermain sebagai pelaksanaan keperawatan pada anak dengan *speech delay.*

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan keluarga mampu terus mendukung kebutuhan bermain anak agar perkembangan terus maju meski sedikit, diharapkan orangtua mampu melanjutkan bermain bersama anak menggunakan flashcard.

3. Puskesmas

Disarankan agar Puskesmas Menteng Palangka Raya menindaklanjuti kelanjutan dari implementasi pada anak dengan *speech delay* secara berkesinambungan, dengan menyediakan program pendampingan dan evaluasi rutin untuk memastikan perkembangan anak tetap terpantau dan mendapatkan dukungan yang optimal, serta meningkatkan koordinasi dengan tenaga ahli terkait guna menunjang keberhasilan penanganan implementasi keperawatan tersebut.

4. Instisusi Pendidikan

Bagi institusi pedidikan agar lebih banyak menyediakan buku serta jurnal yang berhubungan dengan asuhan keperawatan anak dengan *speech delay* sebagai bahan bacaan dan referensi bagi rekan-rekan mahasiswa guna meningkatkan pendidikan khususnya DIII Keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Adriana, D. (2017). *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain pada Anak Edisi 2* (jakarta selatan). Salemba Medka. //opac.umku.ac.id%2Findex.php%3Fp%3Dshow_detail%26id%3D34556%26keywords%3D

Aminah, S., & Ratnawati. (2022). *Mengenal Speech Delay Sebagai Gangguan Keterlambatan Berbicara pada Anak (Kajian Psikolinguistik). Jaladri : Jurnal Ilmiah Program Studi Bahasa Sunda*, *8*(2), Article 2. https://doi.org/10.33222/jaladri.v8i2.2260

Analisis Karakteristik Anak Berkebutuhan Khusus (Autisme) di Sekolah Inklusi SDN Cipondoh 3 Kota | BINTANG. (2021). https://ejournal.stitpn.ac.id/index.php/bintang/article/view/1548

Azis, A. (2022). Implementasi Metode Mengulang Kata Terhadap Anak Speech Delay (Terlambat Bicara) (Study Kasus di KB Nurul Jadid Padukoan Desa Alaskokon Kecamatan Modung Kabupaten Bangkalan). Journal of early childhood education studies, 2(2), Article 2.

Fitriana, S. A. D. D. L. A. (t2024). *Promosi Kesehatan dalam Keperawatan Anak*. Kubuku. Diambil 25 Maret 2025, dari https://kubuku.id/detail/promosi-kesehatan-dalam-keperawatan-anak/85291

Hadinata, D., & Abdillah, A. J. (2022). *Metodologi Keperawatan*. Cv Widina Media Utama. https://repository.penerbiteureka.com/publications/560197/

Heryyanoor, Heryyanoor, Melinda Restu Pertiwi, dan Diana Hardiyanti. 2023. “Persepsi Perawat Tentang Penerapan Dokumentasi Keperawatan Di Rumah Sakit A.” Jurnal Ners 7(2):1230–40. doi: 10.31004/jn.v7i2.16839.

Husna, A., & Eliza, D. (2021). *Strategi Perkembangan dan Indikator Pencapaian Bahasa Reseptif dan Bahasa Ekspresif pada Anak Usia Dini. Jurnal Family Education*, *1*(4), Article 4. https://doi.org/10.24036/jfe.v1i4.21

Keb, M., Afrah, R., & Keb, S. (2022). *Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi dan Balita*.

Kurniasari, A. F., Suryawan, A., & Utomo, B. (2021). *Karakteristik Dasar Anak dengan Speech Delay di Poli Tumbuh Kembang Rsud Dr.Soetomo Surabaya pada Periode Januari 2017 hingga Desember 2017*. *Care : Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, *9*(1), 104–113.

Lestari, R. P., & Sholichah, I. F. (2023). *Efektivitas Terapi Bermain Flash Card untuk Meningkatkan Kemampuan Komunikasi pada Anak Autism Spectrum Disorder (ADS*). *Jurnal Ilmiah IPS Dan Humaniora (JIIH)*, *1*(3), Article 3. https://doi.org/10.61116/jiih.v1i3.266

Madyawati;, L. (2017). Strategi pengembangan bahasa pada anak (Jakarta). Kencana. //opac.iainpalopo.ac.id%2Findex.php%3Fp%3Dshow_detail%26id%3D25889%26keywords%3D

Mahmudianati, N., Ariani, M., & Hestiyana, N. (2023). *Kejadian Speech Delay Pada Balita Dengan Kecemasan Orang Tua Pada Anak Speech Delay Di RSUD Ulin Banjarmasin. Journal of Health (JoH)*, *10*(1), 019–029. https://doi.org/10.30590/joh.v10n1.537

Marchandasari, N., Rohmadheny, P. S., & Rahmadiani, L. A. (2023). *Studi Kasus Keterlambatan Berbicara (Speech Delay) pada Anak Usia Dini.*

Mawaddah, N. I. A., & Affandi, G. R. (2022). *The Effect of Using Flashcard to Improve Language Skills in Children with Speech Delay. GUIDENA: Jurnal Ilmu Pendidikan, Psikologi, Bimbingan Dan Konseling*, *12*(3), Article 3. https://doi.org/10.24127/gdn.v12i3.5940

Mirantisa, F. A., Wirman, W., Firdaus, M., & Lestari, S. S. (2021). *Komunikasi terapeutik berbasis kartu (flash card) pada anak dengan gangguan bicara (speech delay) di eka hospital pekanbaru*. *Jurnal Keperawatan Abdurrab*, *5*(1), 53–62. https://doi.org/10.36341/jka.v5i1.1691

Mokalu, V. R., & Boangmanalu, C. V. J. (2021*). Teori psikososial erik erikson: implikasinya bagi pendidikan agama kristen di sekolah. Vox edukasi: Jurnal Ilmiah Ilmu Pendidikan*, *12*(2), 180–192. https://doi.org/10.31932/ve.v12i2.1314

Muslimat, A. F., Lukman, L., & Hadrawi, M. (2020). *Faktor dan Dampak Keterlambatan Berbicara (Speech Delay) Terhadap Perilaku Anak Studi Kasus Anak Usia 3-5 Tahun:* Kajian Psikolinguistik. *Jurnal Al-Qiyam*, *1*(1), Article 1. https://doi.org/10.33648/alqiyam.v1i1.122

Muthmainah, T., & Wulandari, H. (2024). Dampak Interaksi Orangtua dan Anak Terhadap Perkembangan Sosial Anak. Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan, 10(14), Article 14. https://doi.org/10.5281//zenodo.13751063

Nevid, J. S. (t.t.). *Perkembangan Anak: Konsepsi dan Aplikasi Psikologi*. Kubuku. Diambil 27 Maret 2025, dari

https://kubuku.id/detail/perkembangan-anak-konsepsi-dan-aplikasi-psikologi/85476

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia:Definisi dan Indikator Diagnostik*, *Edisi 1 Cetakan III (Revisi).* Jakarta: PPNI.

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II.* Jakarta: PPNI.

PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II*. Jakarta: PPNI.

Putra, S., Risnita, R., Jailani, M. S., & Nasution, F. H. (2023). Penerapan Prinsip Dasar Etika Penelitian Ilmiah. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, *7*(3), 27876–27881. https://doi.org/10.31004/jptam.v7i3.11229

Putri, A. H., & Amaliyah, N. (2022). Peran Apresiasi Orang Tua Terhadap Pembentukkan Karakter Siswa Madrasah Ibtidaiyah. Jurnal Basicedu, 6(4), 7368–7376. https://doi.org/10.31004/basicedu.v6i4.3520

Rahmah, F., Kotrunnada, S. A., Purwati, P., & Mulyadi, S. (2023). Penanganan Speech Delay Pada Anak Usia Dini Melalui Terapi Wicara. As-Sibyan: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini, 8(1), Article 1. https://doi.org/10.32678/assibyan.v8i1.9314

Rezieka, D. G., Putro, K. Z., & Fitri, M. (2021). Faktor penyebab anak berkebutuhan khusus dan klasifikasi abk. Bunayya : Jurnal Pendidikan Anak, 7(2), Article 2. https://doi.org/10.22373/bunayya.v7i2.10424

Risnawati, R., Herman, A., Kurniawan, F., Shafwan, A., Harmanto, H., Njakatara, U. N., Armayani, A., Ardianto, A., Elmukhsinur, E., Andyka, A., Fidora, I., & Perdana, S. (2023). Dokumentasi Keperawatan. Eureka Media Aksara.

Rukmini, R. (2021). Bermain Kartu Flash Dan Kemampuan Kognitif Anak Usia 4-6 Tahun Di Wilayah Manukan Loka Tandes Surabaya. Adi Husada Nursing Journal, 6(2), 122–130. https://doi.org/10.37036/ahnj.v6i2.181

Sadida, Q., Tunliu, S. K., Fatimah, Kartikasari, N., & Asmaradhani, D. T. (2024). Studi literatur mengenai anak usia sekolah dasar dengan ADHD: Perspektif neuropsikologi. ELSE (Elementary School Education Journal): Jurnal Pendidikan dan Pembelajaran Sekolah Dasar, 8(1), Article 1. https://doi.org/10.30651/else.v8i1.20868

Saputri, S. W. (2020). *Pengenalan Flashcard sebagai Media untuk Meningkatkan Kemampuan Bahasa Inggris. ABDIKARYA: Jurnal Pengabdian Dan Pemberdayaan Masyarakat*, *2*(1), Article 1. https://doi.org/10.47080/abdikarya.v2i1.1061

Sri Rahayu, Dedeh. (2021). *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak Edisi II*. Jakarta: Salemba medika, Edisi Digital 2023

Sunderajan, T., & Kanhere, S. V. (2019). *Speech and language delay in children: Prevalence and risk factors. Journal of Family Medicine and Primary Care*, *8*(5), 1642. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_162_19

Trivaika, E., & Senubekti, M. A. (2022). *Perancangan aplikasi pengelola keuangan pribadi berbasis android | nuansa informatika*. https://journal.uniku.ac.id/index.php/ilkom/article/view/4670

Wahyuni. (2023). Dukungan sosial dan psychological Well-being ibu dari anak berkebutuhan khusus. Jurnal Sublimapsi. Diambil 27 April 2025, dari https://ojs.uho.ac.id/index.php/sublimapsi/article/view/40459/19079

Yuniarti, Larasati, T., & Diana. (2023). Peningkatan konsentrasi belajar pada anak melalui bermain sensorimotor. Jurnal Warna : Pendidikan Dan Pembelajaran Anak Usia Dini, 8(1), Article 1. https://doi.org/10.24903/jw.v8i1.1208

Yusuf. (2023). Dasar Metodologi Penelitian: Teori, Desain, dan Analisis Data. Padang: Penerbit Takaza Innovatix Labs

Yosefina Ule, Lydia Ersta Kusumaningtyas, dan Ratna Widyaningrum. (2023). Studi Analisis Kemampuan Membaca Dan Menulis Peserta Didik Kelas II. WIDYA WACANA: JURNAL ILMIAH 18, no. 1 https://ejurnal.unisri.ac.id/index.php/widyawacana/article/view/9909.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Informed Consent

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Kasus – Naskah Persetujuan Setelah Penjelasan

Nama Lengkap : [illegible]
Nomor medical record : [illegible]
Tanggal lahir : [illegible]

Tujuan dari laporan kasus adalah untuk membagikan informasi unik baru yang dialami oleh satu pasien selama perawatan klinisnya yang mungkin berguna bagi sejawat perawat lain dan anggota tim tenaga kesehatan. Laporan kasus dapat dipublikasikan dalam bentuk cetak dan/atau melalui media publikasi internet/reprositori untuk dibaca oleh orang lain, dan/atau dipresentasikan di konferensi.

Saya memahami bahwa:

1) Kami berkewajiban untuk melindungi privasi B/I/S dan tidak mengungkapkan informasi pribadi B/I/S (informasi tentang B/I/S dan kesehatan B/I/S yang mengidentifikasi B/I/S sebagai individu, misalnya nama, tanggal lahir, nomor rekam medis). Ketika laporan kasus diterbitkan atau dipresentasikan, identitas B/I/S tidak akan diungkapkan.
2) Meskipun informasi pribadi B/I/S yang dikumpulkan atau diperoleh akan dijaga kerahasiaannya dan dilindungi sepenuhnya sesuai dengan hukum, ada risiko yang sangat minimal terkait dengan laporan kasus ini yang dapat mengakibatkan hilangnya kerahasiaan karena pengalaman unik B/I/S.
3) Partisipasi dalam kegiatan praktek asuhan keperawatan dan riset ini adalah bersifat sukarela. B/I/S dapat memilih untuk tidak berpartisipasi, atau B/I/S dapat mengubah pikiran B/I/S kapan saja. Namun, setelah laporan kasus ditulis dan diterbitkan, B/I/S tidak akan dapat menariknya kembali. Keputusan B/I/S tidak akan mengakibatkan penalti atau kehilangan manfaat yang menjadi hak B/I/S, termasuk kualitas perawatan yang B/I/S terima.
4) Saya tidak akan menerima manfaat finansial dari pembuatan laporan kasus ini dan mengizinkan informasi B/I/S digunakan dalam laporan ini tidak akan melibatkan biaya tambahan bagi B/I/S.
5) Mahasiswa telah sepenuhnya menjelaskan kepada saya tentang sifat dan tujuan laporan kasus, opsi-opsi yang ada, dan kemungkinan untuk mengundurkan diri.
6) Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan sepenuhnya memahami informasi yang disajikan dalam persetujuan ini. Selain itu, saya telah diberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan apa pun yang saya miliki mengenai laporan kasus tersebut. Pertanyaan-pertanyaan saya telah dijawab dengan memuaskan.

Catatan:

_____
_____
_____
_____

Tanda tangan,

Pasien/Wali pasien (hubungan keluarga) 28/03/2025

CITTRA
Saksi/CI 22/03/2025

DEWI, S.Kep.,Ns
NIP. 19800424 200604 2 016
Pembimbing 28/04/2025

Dr. TRI RATNA ARIESTINI, S.Pd.M.Kes
Mahasiswa praktek: SITI PRAMIDA

Prodi/Jurusan: DIII KEPERAWATAN

Laporan Kasus – Naskah Persetujuan Setelah Penjelasan

Nama Lengkap : [redacted]
Nomor medical record : 679/ I
Tanggal lahir : 05 Jan[redacted] 21

Tujuan dari laporan kasus adalah untuk membagikan informasi unik baru yang dialami oleh satu pasien selama perawatan klinisnya yang mungkin berguna bagi sejawat perawat lain dan anggota tim tenaga kesehatan. Laporan kasus dapat dipublikasikan dalam bentuk cetak dan/atau melalui media publikasi internet/reprositori untuk dibaca oleh orang lain, dan/atau dipresentasikan di konferensi.

Saya memahami bahwa:

1) Kami berkewajiban untuk melindungi privasi B/I/S dan tidak mengungkapkan informasi pribadi B/I/S (informasi tentang B/I/S dan kesehatan B/I/S yang mengidentifikasi B/I/S sebagai individu, misalnya nama, tanggal lahir, nomor rekam medis). Ketika laporan kasus diterbitkan atau dipresentasikan, identitas B/I/S tidak akan diungkapkan.
2) Meskipun informasi pribadi B/I/S yang dikumpulkan atau diperoleh akan dijaga kerahasiaannya dan dilindungi sepenuhnya sesuai dengan hukum, ada risiko yang sangat minimal terkait dengan laporan kasus ini yang dapat mengakibatkan hilangnya kerahasiaan karena pengalaman unik B/I/S.
3) Partisipasi dalam kegiatan praktek asuhan keperawatan dan riset ini adalah bersifat sukarela. B/I/S dapat memilih untuk tidak berpartisipasi, atau B/I/S dapat mengubah pikiran B/I/S kapan saja. Namun, setelah laporan kasus ditulis dan diterbitkan, B/I/S tidak akan dapat menariknya kembali. Keputusan B/I/S tidak akan mengakibatkan penalti atau kehilangan manfaat yang menjadi hak B/I/S, termasuk kualitas perawatan yang B/I/S terima.
4) Saya tidak akan menerima manfaat finansial dari pembuatan laporan kasus ini dan mengizinkan informasi B/I/S digunakan dalam laporan ini tidak akan melibatkan biaya tambahan bagi B/I/S.
5) Mahasiswa telah sepenuhnya menjelaskan kepada saya tentang sifat dan tujuan laporan kasus, opsi-opsi yang ada, dan kemungkinan untuk mengundurkan diri.
6) Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan sepenuhnya memahami informasi yang disajikan dalam persetujuan ini. Selain itu, saya telah diberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan apa pun yang saya miliki mengenai laporan kasus tersebut. Pertanyaan-pertanyaan saya telah dijawab dengan memuaskan.

Catatan:

_____
_____
_____
_____

Tanda tangan,

~~Pasien~~/Wali pasien (hubungan keluarga) 18 / 03/ 2023

Saksi/CI 22/03/ 2025

DEWI, S.Kep.,Ns
NIP. 19800424 200604 2 016

Pembimbing 28 /04/ 2025

Dr. Tri Ratna Ariestini, S.Pd, M.Kes

Mahasiswa praktek: SITI PRAMIDA

Prodi/Jurusan: DIII KEPERAWATAN

Lampiran 2. Lembar pengkajian

LEMBAR PENGKAJIN

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN SPEECH DELAY

1. Identitas Pasien

a. Nama Anak: ...EB...AM...
b. Usia: ......4......6
c. Jenis Kelamin: ☑ Laki-laki ☐ Perempuan
d. Alamat: ...Jl. Gobos 19, gobos 19
e. Agama: ...Kristen...
f. Pendidikan Anak: ...Belum / 4D
g. Suku Bangsa: ...Banjar / Dayak
i. Nama Ibu: ...Ek / UT
k. Pekerjaan Ibu: ...IRT...

2. Keluhan Utama

....

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Kapan keterlambatan bicara mulai disadari: ...Sejak Trap. okupasi / Berbanyak 3 Th
b. Gejala yang menyertai:
☑ Tidak merespons saat dipanggil
☑ Kesulitan berinteraksi sosial
☑ Frustrasi saat tidak bisa mengungkapkan keinginan
☐ Lainnya: ....

4. Riwayat Kesehatan yang Lalu

a. Riwayat prenatal: ...–...
b. Riwayat natal: ...–...
c. Riwayat postnatal: ...–...
d. Riwayat infant: ...–...
e. Riwayat toddler: ...–...
f. Riwayat prasekolah: ...–...
g. Riwayat medis: –
☐ Prematuritas ☒ Asfiksia ☒ Kejang ☒ Infeksi ☒ Trauma kepala ☑ Rawat inap sebelumnya ☐ Lainnya: ...ADHD / ASD

5. Pertumbuhan dan Perkembangan

a. Berat Badan: ...... kg 15 / 24
b. Tinggi Badan: ...... cm 98 / 143
c. Lingkar Kepala: ...... cm 48.5 / 51
d. Lingkar Dada: ...... cm 15 / 61
e. Lingkar Lengan Atas: ...... cm 14 / 16
f. Status Imunisasi: ☑ Lengkap ☑ Tidak lengkap
AM | Ek-D MMR 4mn

g. Perkembangan: ✓
- Motorik Halus: ...... ✓
- Motorik Kasar: ...... ✓
- Kemampuan Bahasa: ...... ✓
- Kognitif: ...... ✓
- Sosial: ...... ✓

6. Riwayat Kesehatan Keluarga

a. Penyakit dalam keluarga: ...... ✗
b. Struktur keluarga: ...... Inti
c. Fungsi keluarga: ☑ Fungsional ☐ Kurang Fungsional
d. Pola asuh: ☐ Otoriter ☑ Demokratis ☐ Permisif ☐ Campuran
e. Riwayat keterlambatan bicara: ☐ Ya ☑ Tidak

7. Mental Psikologi

a. Pola interaksi: ...... ✓
b. Pola emosi: ...... ✓
c. Konsep diri: ...... ✓
d. Pola pertahanan keluarga: ...... ✓

8. Sosial

a. Pola interaksi sosial anak: ...... Baik
- Kebersihan: ☑ Baik ☐ Cukup ☐ Kurang
- Stimulasi verbal: ☑ Sering (AM) | ☑ Kadang-kadang (EB) ☐ Tidak pernah

9. Spiritual

a. Aktivitas spiritual anak: ...... ✓
b. Keyakinan orang tua: ...... Kristen
c. Harapan orang tua: ...... ✓ Anak sembuh, Mandiri

10. Pengetahuan Keluarga

a. Pengetahuan tentang speech delay: ☑ Baik (AM) | ☑ Cukup (EB) ☐ Kurang
b. Sumber informasi: ...... Non px
c. Pengetahuan terapi: ...... EB kurang, AM baik

11. Kebutuhan Dasar Anak

a. Kasih sayang dan rasa aman: ☑ Terpenuhi ☐ Tidak terpenuhi
b. Bermain: ☑ Terpenuhi ☐ Tidak terpenuhi
c. Belajar/stimulasi: ☑ (AM) Terpenuhi ☐ Tidak terpenuhi (EB).
d. Kebutuhan emosional: ......

12. Pola Aktivitas Sehari-hari

a. Pola makan: ...... Sufor 2-3x, nasi lauk 2x | sufor 1x, nasi lauk 3x
b. Pola minum: ...... 1200 ml | 1000ml

c. Pola BAB: ☑ Teratur ☐ Tidak Teratur 1x 1 hari
d. Pola BAK: ☐ Normal ☐ Tidak normal 4-6x | 4-5x
e. Tidur: ..... Tidak menentu
f. Aktivitas fisik: ....bermain (bola)
g. Personal hygiene: ☐ Mandiri ☑ Dibantu ☐ Tidak terlatih

13. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum: ☑ Baik ☐ Sedang ☐ Buruk
b. Kesadaran: ☑ Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Sopor ☐ Koma
c. Tanda Vital:
- Suhu: .....°C 36,5° 36,6
- Nadi: ..... x/menit 97 120
- Respirasi: ..... x/menit 24 24
- Tekanan darah: ..... mmHg —
d. Pemeriksaan sistem tubuh dan neurologi: ☑..

14. Tes Diagnostik

a. Tes Pendengaran: ☑ OAE ☐ BERA ☐ Lainnya: ..... AM. EKA
b. Tes Perkembangan: .....
c. Observasi Perilaku: .....

15. Terapi Medis

AM → TW TO | EB = TO
a. Terapi yang dijalani: ☐ Terapi Wicara ☐ Terapi Okupasi ☐ Psikolog Anak ☐ Belum pernah
b. Respon anak: .....Baik dalam waktu lama
c. Rencana lanjutan: ...AM lanjut terapi
EB lanjut terapi dan tambah TW

Lampiran 3. Surat Ethical Clearance

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKA RAYA
Sekretariat :
Jalan G. Obos No. 30 Palangka Raya 73111 – Kalimantan Tengah

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

No.16 /I /KE.PE/2025

Protokol penelitian versi 1 yang diusulkan oleh:
The research protocol proposed by

Penelitian Utama : Siti Pramida
Principal In Investigator

Nama Institusi : Poltekkes Kemenkes Palangka Raya
Name of the Institution Jurusan Keperawatan

Dengan judul:
Title

"IMPLEMENTASI KEPERAWATAN PADA ANAK SPEECH DELAY DENGAN TERAPI BERMAIN BERBASIS KARTU (FLASHCARD) DI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS MENTENG"

"NURSING IMPLEMENTATION FOR A CHILD WITH SPEECH DELAY USING CARD-BASED PLAY THERAPY (FLASHCARDS) IN THE WORKING AREA OF UPTD MENTENG HEALTH CENTER"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujuk/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standarts, 1) Social Value, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risk, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy , and 7) Informed Concent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfilment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 11 Januari 2025 sampai dengan tanggal 11 Januari 2026.

This declaration of ethics applies during the period January 11, 2025 until January 11, 2026.

10 Januari 2025
Professor and Chairperson,

POLTEKNIK KESEHATAN PALANGKA RAYA
KOMITE ETIK
Penelitian Kesehatan
KEMENTERIAN KESEHATAN

[redacted], S.Kep, MPH

Lampiran 4 Surat Permohonan Izin Praktik Klinik

Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Politeknik Kesehatan Palangka Raya
Jalan George Obos No.30, Menteng
Palangka Raya, Kalimantan Tengah 73111
(0536) 3221768
https://www.poltekesraya.ac.id

Nomor : PP.02.03/XLI/970/2025 21 Februari 2025
Lampiran : -
Hal : Permohonan Izin Praktik Klinik Keperawatan Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan

Yth.
Kepala Puskesmas Menteng
di-
Tempat

Bersama ini kami sampaikan permohonan izin Praktik Klinik Keperawatan Kesehatan Otak bagi mahasiswa prodi DIII Keperawatan kelas Reguler 25A dan 25B yang terdiri dari: Keperawatan Anak, Keperawatan Maternitas, Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Keluarga. Pelaksanaan praktik ini membutuhkan lahan praktik Puskesmas Menteng Palangka Raya. Adapun periode praktik mahasiswa sebagai berikut :

No	Praktik	Tanggal	Jumlah Mhs	Wahana Praktik
1	Praktik Klinik Keperawatan Kesehatan Otak	**24 Februari – 22 Maret 2025**	Reg 25A = 19 mhs	**Puskesmas Menteng** • Keperawatan Anak • Keperawatan Jiwa

Bersama ini juga kami mohon dapat dikirimkan dua nama Preceptor yang dapat dikirim melalui Nomor Hp/WA : 081255107565 atau email denie@poltekesraya.ac.id

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Palangka Raya,

Mars Khendra Kusfriyadi, STP., MPH.

Lampiran 5. Dokumentasi

DOKUMENTASI

Lampiran 6. Lambar konsultasi

Kemenkes

LOG BOOK BIMBINGAN KTI

Nama : Siti Pramida

Kelas : D-III Keperawatan Reguler 25A

Judul KTI : Implementasi keperawatan pada Anak speech delay dengan terapi bermain berbasis kartu (flashcard) di wilayah UPTD Puskesmas Menteng Palangka Raya.

Pembimbing 1 : Dr. Tri Ratna Ariestini, S.Kep., MPH.

Pembimbing 2 : Natalansyah, S.Pd., M.Kes.

No	Kegiatan	Tanda Tangan
1.	Pengarahan proses studi kasus dan Bimbingan judul.	
2.	Acc judul dan Bimbingan BAB 1	
3	Bimbingan Revisi BAB 1	
4	Acc BAB 1 dan Bimbingan BAB 2, BAB 3.	

LOG BOOK BIMBINGAN KTI

Kemenkes

Nama : Siti Pramida

Kelas : D-III Keperawatan Reguler 25A

Judul KTI : Implementasi keperawatan pada Anak speech delay dengan terapi Bermain Berbasis kartu (flashcard) di wilayah UPTD puskesmas Menteng Palangka Raya.

Pembimbing 1 : Dr. Tri Ratna Ariestini, S.Kep., MPH.

Pembimbing 2 : Natalansyah, S.Pd., M.Kes.

No	Kegiatan	Tanda Tangan
5	Revisi BAB 2 dan BAB 3	
6	Acc BAB 2 dan 3 + Bimbingan BAB 4	
7.	Revisi BAB 4 dan Bimbingan BAB 5	
8.	Acc BAB 4 dan BAB 5. Siapkan ujian.	

LOG BOOK BIMBINGAN KTI

Kemenkes

Nama : Siti Pramida

Kelas : D-III Keperawatan Reguler 25A

Judul KTI : Implementasi keperawatan pada Anak Speech Delay dengan Terapi Bermain Berbasis Kartu (Flash card) di wilayah kerja UPTD Puskesmas Menteng

Pembimbing 1 : Dr. Tri Ratna Ariestini, S.Kep., MPH.

Pembimbing 2 : Natalansyah, S.Pd., M.Kes.

No	Kegiatan	Tanda Tangan
1.	Persamaan Persepsi dalam Penulisan & Strategi Bimbingan KTI (Satu... ...)	[signature]
2.	LB diperbaiki sesuai saran. - Penulisan & Margin tolong dilihat panduan. - Pendapat ditambah lagi	[signature]
3.	Spasi diperbaiki & Margin kanan cek kembali	[signature]
4.	ACC penulisan Bab I → Perbaiki Margin → Lanjut ke Bab II	[signature]

LOG BOOK BIMBINGAN KTI

Kemenkes

Nama : Siti Pramida

Kelas : D-III Keperawatan Reguler 25A

Judul KTI : Implementasi keperawatan pada Anak Speech Delay dengan Terapi Bermain Berbasis Kartu (Flash card) di wilayah kerja UPTD Puskesmas Menteng

Pembimbing 1 : Dr. Tri Ratna Ariestini, S.Kep., MPH.

Pembimbing 2 : Natalansyah, S.Pd., M.Kes.

No	Kegiatan	Tanda Tangan
5.	Lanjutkan ke. Etika penelitian	[signature]
6.	Lanjutkan Pembahasan bab IV. dan Penelitian	[signature]
7.	Perkuat kesimpulan tentang. Pembahasan. secara Sistematis Berdasarkan hasil Penelitian.	[signature]
8.	- Tulisan Agar dirapihkan. - Lanjutkan. secara Sistematis	[signature]
9.	- Acc Siapkan Ujian	[signature]

Lampiran 7.Turnitin

Implementasi Keperawatan pada Anak Speech Delay dengan Terapi Bermain Barbasis Kartu (Flashcard)

ORIGINALITY REPORT

10%	8%	2%	3%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	1%
2	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	1%
3	Felcilya Anggia Mirantisa, Welly Wirman, Muhammad Firdaus, Suci Shinta Lestari. "KOMUNIKASI TERAPEUTIK BERBASIS KARTU (FLASH CARD) PADA ANAK DENGAN GANGGUAN BICARA (SPEECH DELAY) DI EKA HOSPITAL PEKANBARU", Jurnal Keperawatan Abdurrab, 2021 Publication	<1%
4	Siti Aminah, Ratnawati. "MENGENAL SPEECH DELAY SEBAGAI GANGGUAN KETERLAMBATAN BERBICARA PADA ANAK (KAJIAN PSIKOLINGUISTIK)", JALADRI : Jurnal Ilmiah Program Studi Bahasa Sunda, 2022 Publication	<1%
5	journal.universitaspahlawan.ac.id Internet Source	<1%
6	n2ncollection.com Internet Source	<1%

BIODATA PENELITI

DATA PRIBADI

Nama Lengkap	: Siti Pramida
Tempat, Tanggal Lahir	: Lamandau, 25 Maret 2004
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Status	: Mahasiswa
Alamat	: Desa Sungai Mentawa
Email	: sitipramidamida@gmail.com

RIWAYAT PENDIDIKAN

1.	Poltekkes Kemenkes Palangka Raya	2022-Sekarang
2.	SMA Negeri 1 Nanga Bulik	Lulus tahun 2022
3.	SMP Negeri SATAP 6 Bulik	Lulus tahun 2019
4.	SD Swasta Nirmala Cendekia	Lulus tahun 2016