BAB II
KAJIAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

Beberapa penelitian terdahulu telah membuktikan efektivitas *storytelling* terhadap kemampuan bahasa dan komunikasi anak tunagrahita. Meidiny (2018) melaporkan peningkatan kemampuan kosakata anak tunagrahita ringan dari 42% menjadi 86% setelah diberikan intervensi *storytelling* dengan media boneka tangan (Meidiny, Yuwono, et al., 2018). Hasil serupa juga ditunjukkan oleh Cahyo & Nur (2025) yang membuktikan bahwa metode *Social Story* efektif meningkatkan kemampuan komunikasi anak tunagrahita ringan secara signifikan (Cahyo & Nur, 2025).

Kim Jiu (2025) dalam kegiatan pengabdian masyarakat di SLB melaporkan bahwa anak berkebutuhan khusus lebih antusias dan mudah memahami cerita jika disampaikan dengan media visual seperti gambar atau boneka. Kegiatan ini melibatkan anak dengan disabilitas intelektual dan Down Syndrome, dan hasilnya menunjukkan bahwa media visual menjadi pilihan utama anak dalam bercerita (Kim Jiu et al., 2025). Selanjutnya, Febriana (2023) dalam pengabdian masyarakat di Panti Sosial Bina Grahita Harapan Ibu Padang melaporkan bahwa metode *story telling* dapat meningkatkan perkembangan bahasa dan kosakata anak tunagrahita. Kegiatan yang dilaksanakan dengan media audio-visual ini menunjukkan bahwa anak tunagrahita mulai mampu berbahasa dengan bertambahnya kosakata setelah diberikan intervensi (Febriana et al., 2023).

Berdasarkan uraian tersebut, masih terdapat kesenjangan penelitian (*research gap*) karena belum ada penelitian yang menerapkan *storytelling* sebagai intervensi keperawatan yang mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta menggunakan lembar observasi sebagai alat ukur perkembangan komunikasi verbal anak tunagrahita. Oleh karena itu, studi kasus ini penting dilakukan untuk mengisi kesenjangan tersebut.

2.2 Landasan Teoritis

2.2.1 Konsep Tunagrahita

a. Definisi Tunagrahita

Anak Tunagrahita adalah anak yang menunjukkan kemampuan intelektual yang jauh di bawah rata-rata dibandingkan anak-anak seusianya, yang disertai dengan kesulitan dalam menjalankan fungsi adaptif sehari-hari. Hambatan tersebut dapat terlihat dalam perkembangan bahasa, kemampuan akademik dasar seperti membaca, menulis, dan berhitung, serta kemampuan memahami instruksi atau aturan yang bersifat abstrak. Kondisi ini umumnya mulai terlihat sejak masa kanak-kanak, yaitu sebelum anak mencapai usia delapan belas tahun, dan berlangsung secara menetap (Rezania & Wachidah, 2025).

Pendapat lain menjelaskan bahwa anak tunagrahita mengalami keterbatasan dalam menyelesaikan berbagai tugas yang berkaitan dengan perkembangan mental-intelektual serta kemampuan komunikasi sosial yang berada di bawah rata-rata. Seseorang dapat dikategorikan sebagai tunagrahita apabila memenuhi tiga indikator, yaitu: (1) mengalami keterbatasan pada fungsi kecerdasan umum yang berada di bawah rata-rata, (2) mengalami ketidakmampuan dalam perilaku sosial atau adaptif, dan (3) mengalami hambatan pada perilaku sosial atau adaptif (Sutiawati et al., 2025).

b. Etiologi Tunagrahita

Menurut Amanullah (2022), terdapat beberapa faktor yang dapat berperan dalam terjadinya Tunagrahita pada anak atau individu. Faktor-faktor tersebut meliputi:

1) Faktor genetik

Faktor genetik penyebab terjadinya Tunagrahita adalah:

a) Kerusakan/Kelainan Biokimiawi
b) Abnormalitas Kromosomal (chromosomal Abnormalities).

Anak Tunagrahita yang berkaitan dengan faktor tersebut umumnya mengalami Sindroma Down atau Sindroma Mongol (*mongolism*) dengan rentang IQ 20–60, sedangkan rata-rata IQ berada pada kisaran 30–50.

2) Kejadian sebelum bayi lahir *(pre-natal)*

   Faktor *pre-natal* dapat berupa infeksi virus rubella serta faktor Rhesus yang terjadi atau memengaruhi ibu selama masa kehamilan.

3) Pada saat kelahiran (natal)

   Faktor yang terjadi selama proses kelahiran dapat berupa cedera saat persalinan, sesak napas (*asphyxia*), serta kelahiran prematur.

4) Pada saat setelah lahir *(post-natal)*

   Faktor *post-natal* dapat berkaitan dengan penyakit infeksi, seperti meningitis yang merupakan peradangan pada selaput otak. Selain itu, masalah nutrisi berupa kekurangan gizi, termasuk kekurangan protein pada bayi dan masa awal kanak-kanak, juga disebut sebagai salah satu faktor yang dapat menyebabkan Tunagrahita.

5) Faktor sosio-kultural

   Faktor sosio-kultural atau kondisi sosial budaya lingkungan dapat memberikan pengaruh terhadap perkembangan intelektual manusia.

6) karakteristik psikologis penyandang tuna grahita

   karakteristik siswa dengan *mental retardation* dari aspek psikologis, khususnya fungsi intelektual dan kognitif, yaitu:

   a) Fungsi intelektual berada di bawah rata-rata anak seusianya, terutama pada aspek metakognitif, memori, perhatian (*attention*), berpikir (*thinking*), dan kemampuan pemecahan masalah (*problem solving*).
   b) Mengalami kesulitan dalam membuat kesimpulan yang sama berdasarkan informasi yang diperoleh sehingga memerlukan penjelasan secara langsung.
   c) Mengalami kesulitan dalam menggeneralisasikan informasi yang telah dipelajari ke dalam situasi baru.

c. Klasifikasi Tunagrahita

Tunagrahita dibedakan menjadi empat jenis (Amanullah, 2022):

1) Kategori Mild (IQ 55-69)

Mild (mampu didik/ringan) merupakan kelompok penyandang tunagrahita yang masih memiliki kemampuan untuk bersosialisasi dan bekerja dengan pengawasan. Mereka juga masih dapat melakukan perawatan diri secara mandiri, tetapi dapat menunjukkan emosi yang mudah meledak, mudah dipengaruhi, mudah mengalami putus asa, serta mengalami kesulitan dalam memahami hal-hal yang bersifat abstrak.

2) Kategori Moderate (IQ 40-55) Moderate (sedang/ mampu latih): *Moderate* (sedang/mampu latih) merupakan kelompok yang masih dapat mempelajari keterampilan akademik dasar dan melakukan perhitungan sederhana. Pada kelompok ini dapat ditemukan respons terhadap rangsangan yang lambat, perkembangan fisik yang terlambat, serta proses berpikir, mengingat, dan merasakan yang berlangsung sangat lambat. Selain itu, mereka mengalami kesulitan dalam menjaga diri dari bahaya, cenderung egois, sulit dikendalikan, serta mengalami keterbatasan dalam koordinasi gerak otot tubuh dan mata.

3) Kategori Severe (IQ 25-40) dan Profound (IQ < 25)

Severe dan *Profound* (berat/mampu rawat) merupakan kelompok penyandang tunagrahita yang tidak mampu mengikuti pendidikan akademik maupun keterampilan. Perkembangan jasmani dan rohaninya sangat terbatas, serta belum mampu mengontrol buang air kecil maupun buang air besar secara sadar. Karakteristik lainnya yaitu mulut yang hampir selalu terbuka, keluarnya air liur, serta ketidakmampuan dalam menghadapi stimulus.

d. Patofisiologi Tunagrahita

Faktor risiko prenatal seperti hipertensi ibu, serta faktor perinatal seperti kelahiran prematur, menjadi pemicu awal terjadinya gangguan pada janin (Huang et al., 2016). Kondisi-kondisi tersebut sering kali menyebabkan gangguan suplai oksigen (hipoksia) dan penurunan aliran nutrisi (iskemia) ke jaringan otak yang sedang berkembang. Kekurangan oksigen ini secara sistematis menurunkan metabolisme oksidatif serebral sehingga cadangan energi di sel-sel otak mengalami deplesi. Kegagalan metabolisme tersebut kemudian memicu akumulasi zat neurotoksik dan radikal bebas yang merusak integritas seluler (Piešová & Mach, 2020). Akibatnya, terjadi kerusakan jaringan otak yang nyata, ditandai dengan penurunan integritas substansia alba dan pembesaran ventrikel (Shabani & Proverbio, 2025).

Kerusakan jaringan ini mengganggu proses fundamental perkembangan otak, terutama pada tahap pembentukan sinaps atau sinaptogenesis (John et al., 2017). Terganggunya perkembangan sirkuit saraf ini menyebabkan hambatan pada pematangan fungsi neurologis anak secara keseluruhan (Shabani & Proverbio, 2025). Dampak klinis yang muncul adalah penurunan fungsi kognitif yang signifikan, terutama pada kemampuan memori dan pembelajaran (Shabani & Proverbio, 2025). Pada akhirnya, seluruh rangkaian proses ini memanifestasikan diri sebagai keterbatasan dalam fungsi adaptif dan intelektual yang dikenal sebagai disabilitas intelektual (John et al., 2017).

e. Manifestasi Klinis Tunagrahita

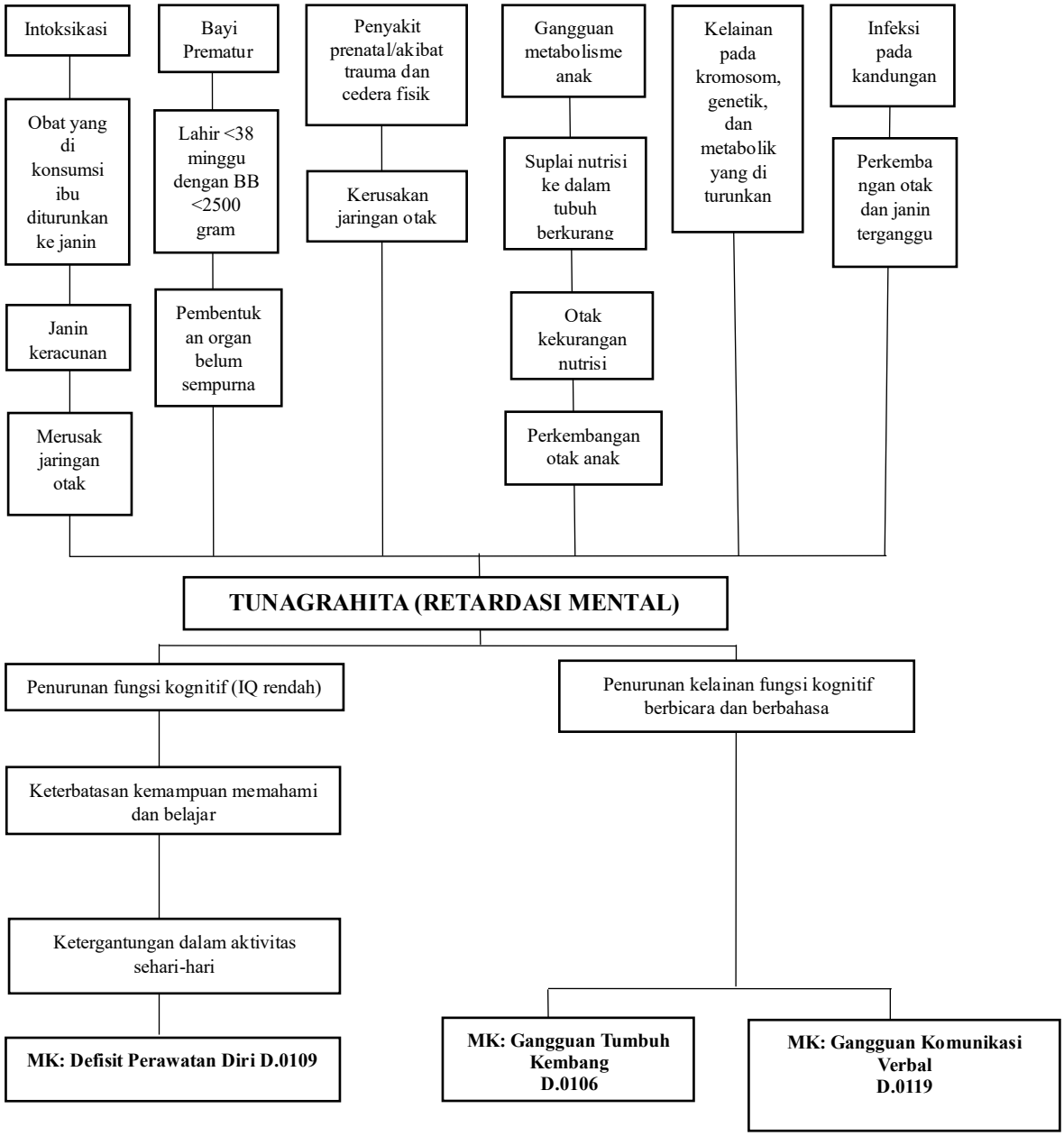
Karakteristik kognitif pada anak tunagrahita ditandai dengan kapasitas intelektual yang berada di bawah rata-rata, biasanya dengan skor IQ di bawah 70-75. Kondisi ini menyebabkan anak mengalami hambatan dalam proses berpikir logis, kesulitan memahami hal-hal yang bersifat abstrak (seperti konsep waktu dan uang), serta memiliki rentang perhatian yang sangat pendek. Selain itu, anak tunagrahita seringkali memiliki daya ingat

jangka pendek yang lemah, sehingga mereka cenderung belajar dengan cara membeo (*rote learning*) dan memerlukan pengulangan yang konsisten agar informasi dapat terserap secara optimal (Damastuti, 2020).

Hambatan dalam aspek komunikasi verbal merupakan manifestasi klinis yang paling signifikan nampak pada anak tunagrahita. Anak biasanya mengalami keterlambatan bicara (*speech delay*), memiliki perbendaharaan kata yang sangat terbatas, serta kesulitan dalam artikulasi atau pengucapan kata secara jelas. Dalam interaksi sosial, mereka cenderung sulit memahami isyarat non-verbal dan kurang mampu mengambil giliran saat berbicara (*turn-taking*). Akibat keterbatasan linguistik tersebut, anak tunagrahita sering kali mengandalkan gerakan tubuh atau ekspresi wajah yang sederhana untuk menyampaikan keinginan maupun kebutuhan mereka (Kartika et al., 2023).

Secara fisik dan motorik, anak tunagrahita sering kali menunjukkan karakteristik wajah yang khas seperti jarak antara kedua mata yang lebar (hipertelorisme), batang hidung yang cenderung datar, dan adanya lipatan kulit pada sudut mata. Selain tampilan fisik, ditemukan juga gangguan pada sistem neuromuskular berupa kekakuan otot (spastisitas) atau kelemahan otot (hipotonia). Manifestasi ini berdampak pada keterlambatan perkembangan motorik kasar maupun halus, yang kemudian menyebabkan anak memiliki ketergantungan yang tinggi pada orang lain dalam melakukan aktivitas perawatan diri sehari-hari seperti makan, mandi dan berpakaian (Rezania & Wachidah, 2025).

f. *Web Of Cautions* (WOC)/ Pathway Tunagrahita



Bagan 2. 1 WOC Tunagrahita

Sumber: (Huang et al., 2016), (Piešová & Mach, 2020), (Shabani & Proverbio, 2025), (John et al., 2017), (PPNI, 2016)

g. Komplikasi Tunagrahita

Penegakan diagnosis dini pada anak tunagrahita sangat penting untuk mengantisipasi munculnya berbagai komplikasi atau gangguan penyerta (*komorbiditas*). Komplikasi yang sering muncul meliputi gangguan sensorik seperti penurunan fungsi penglihatan dan pendengaran, serta gangguan sistem organ utama khususnya pada saluran pernapasan dan pencernaan. Selain itu, anak tunagrahita berisiko mengalami masalah kesehatan mental seperti gangguan kecemasan (*anxiety*) dan depresi. Pada aspek fisik, komplikasi dapat berupa hambatan motorik yang menetap seperti spastisitas (kekakuan) atau hipotonia (kelemahan otot) yang memperburuk kemampuan mobilisasi anak (Kartika et al., 2023).

h. Pencegahan Tunagrahita

Upaya pencegahan tunagrahita dilakukan melalui tiga tingkatan strategi yaitu primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer berfokus pada masa sebelum kelahiran (prenatal) dengan menghindari infeksi rubella, pemberian imunisasi yang lengkap, konsumsi asam folat, serta edukasi mengenai bahaya merokok dan konsumsi alkohol selama kehamilan. Pencegahan sekunder dilakukan melalui skrining bayi baru lahir dan diagnosis prenatal untuk mendeteksi gangguan metabolisme sejak dini. Sementara itu, pencegahan tersier bertujuan untuk meminimalkan dampak jangka panjang melalui penyediaan layanan rehabilitasi yang tepat, program stimulasi dini, serta layanan konseling bagi keluarga untuk menjaga integritas unit keluarga (Kartika et al., 2023).

i. Pemeriksaan Penunjang Tunagrahita

Pemeriksaan penunjang berperan penting dalam menentukan derajat keparahan intelektual dan mengidentifikasi penyebab organik yang melatarbelakanginya. Pemeriksaan utama yang dilakukan adalah tes IQ (seperti *WISC* atau *Stanford-Binet*) yang dilakukan oleh tenaga profesional psikologi. Apabila anak memiliki riwayat kejang, maka pemeriksaan EEG

(*Electroencephalography*) sangat disarankan. Selain itu, pemeriksaan pencitraan saraf (*Neuroimaging)* seperti CT-Scan atau MRI otak dapat dilakukan untuk mengevaluasi adanya kelainan pada struktur otak klien (Kartika et al., 2023).

j. Penatalaksanaan Tunagrahita

Penatalaksanaan pada anak tunagrahita bersifat multidisiplin, yang menggabungkan pendekatan medis, keperawatan, dan pendidikan:

1) Perspektif Medis dan Psikososial

Intervensi medis diberikan sesuai dengan gejala yang muncul (simptomatik), seperti pemberian obat antipsikotik untuk perilaku agresif atau antidepresan golongan SSRI jika anak menunjukkan gejala depresi. Selain itu, psikoterapi dalam bentuk pelatihan vokasional dan pemberian reward/punishment diberikan untuk memaksimalkan kemandirian (Kartika et al., 2023).

2) Perspektif Keperawatan

Fokus asuhan keperawatan adalah mendukung optimalisasi perkembangan anak melalui stimulasi bahasa dan latihan sosialisasi. Perawat berperan penting dalam memberikan edukasi kepada keluarga mengenai cara berkomunikasi yang efektif dan penataan lingkungan yang aman bagi anak (Kartika et al., 2023).

3) Program Bina Diri

Dalam aspek pendidikan dan kemandirian, anak tunagrahita diberikan program khusus berupa Bina Diri. Program ini melatih keterampilan praktis sehari-hari (Activity Daily Living) yang meliputi kemampuan merawat diri (makan, mandi, berpakaian), menjaga keselamatan diri dari bahaya, serta keterampilan kerja sederhana agar anak tidak sepenuhnya bergantung pada orang lain (Damastuti, 2020).

2.2.2 Konsep Terapi Komplementer *Storytelling*

a. Definisi

Istilah *storytelling* dalam bahasa Indonesia umumnya dikenal sebagai kegiatan mendongeng atau bercerita. Menurut Larkin (1997), Greene (dalam Takwin, 2005), dan Pellowski (1997 dalam Takwin, 2005), kegiatan *storytelling* memiliki beberapa unsur, yaitu: (1) merupakan bentuk kegiatan seni, (2) menyajikan suatu cerita berupa alur naratif yang dapat bersumber dari kejadian nyata maupun imajinatif, baik melalui sumber lisan maupun tulisan, (3) melibatkan audiens atau pemirsa, serta (4) membutuhkan kemampuan pendongeng dalam menghidupkan cerita melalui penggunaan bahasa, gestur, dan vokalisasi, baik dengan nyanyian maupun bantuan alat musik atau media lainnya (Hidayat, 2019).

Berdasarkan uraian tersebut, *storytelling* dapat dipahami sebagai seni menyampaikan cerita kepada audiens secara langsung dengan mengangkat kejadian nyata maupun imajinatif yang bersumber dari naskah puitis, prosa, ataupun sumber lisan, tertulis, dan rekaman. Penyampaian cerita dapat didukung oleh gestur tubuh, vokalisasi, musik, maupun gambar untuk membantu menghidupkan alur cerita (Hidayat, 2019).

b. Tujuan

Berdasarkan Rismayanti (2023), tujuan dari kegiatan *storytelling* atau bercerita adalah sebagai berikut (Rismayanti, 2023):

1) Berkomunikasi dan Bertukar Informasi : Tujuan utama *storytelling* adalah untuk berkomunikasi atau bertukar informasi dengan orang lain secara efektif. Seorang pencerita harus memahami makna dari apa yang ingin disampaikan agar informasi dapat diterima dengan baik.
2) Mendorong atau Menstimulasi : *Storytelling* bertujuan untuk memberi semangat kepada pendengar, sehingga dapat menimbulkan inspirasi dan emosi bagi para pendengar

3) Meyakinkan: Melalui cerita, pencerita berusaha memengaruhi keyakinan, pendapat, atau sikap dari pendengar.
4) Menggerakkan: *Storytelling* bertujuan untuk menggerakkan pendengar, yaitu menghendaki adanya tindakan atau perbuatan dari pendengar setelah mendengarkan cerita.
5) Menginformasikan **:** Tujuan lainnya adalah memberi informasi tentang sesuatu agar para pendengar dapat mengerti dan memahaminya.
6) Menghibur **:** Karena sifatnya yang menyenangkan, kegiatan bercerita diharapkan dapat menghibur pendengar.

c. Indikasi dan Kontraindikasi

1) Indikasi

Storytelling merupakan metode komunikasi terapeutik yang efektif digunakan pada anak dengan kecemasan, gangguan komunikasi verbal, serta kondisi stres psikologis. Intervensi ini terbukti mampu menurunkan tingkat kecemasan dan ketakutan pada anak (Ku et al., 2025).

2) Kontraindikasi

Storytelling tidak dianjurkan pada anak yang tidak kooperatif, memiliki gangguan kognitif berat, serta kondisi fisik yang tidak stabil. Hal ini dikarenakan intervensi *storytelling* membutuhkan kemampuan partisipasi aktif dan pemahaman terhadap alur cerita. Penelitian menunjukkan bahwa anak yang tidak kooperatif atau tidak mampu mengikuti intervensi *storytelling* dikeluarkan dari penelitian, sehingga intervensi ini tidak efektif apabila anak tidak mampu berpartisipasi secara optimal (Sekhavatpour et al., 2019).

d. Manfaat

Metode *storytelling* memberikan beragam manfaat yang signifikan bagi anak, khususnya bagi anak tunagrahita dan anak berkebutuhan khusus. Penelitian yang dilakukan oleh Fidya et al., (2024) mengungkapkan bahwa

storytelling memberikan empat manfaat utama dalam meningkatkan kemampuan komunikasi verbal anak, yaitu:

1) Meningkatkan rasa percaya diri anak untuk bercerita di depan orang lain.
2) Melatih kemampuan menyampaikan gagasan dan pendapat melalui kata-kata.
3) Meningkatkan kemampuan berinteraksi dan bercakap-cakap dengan teman sebaya maupun orang dewasa.
4) Memperkaya perbendaharaan kosakata baru beserta pemahaman maknanya.

e. Indikator Penilaian Perkembangan Komunikasi dan Bahasa Pada Anak Tunagrahita

Penilaian perkembangan kemampuan bahasa dan komunikasi verbal anak tunagrahita setelah diberikan intervensi *storytelling* dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen lembar observasi kemampuan bahasa yang di adopsi dari penelitian Kemal & Huda (2017) dan Sambak (2021). Adapun indikator ataupun aspek perkembangan bahasa yang diberikan pada anak antara lain:

1) Kemampuan anak dalam mendengarkan cerita dongeng dengan baik
   a) Belum Berkembang (BB) : Anak sama sekali belum mampu mendengarkan cerita dongeng.
   b) Mulai Berkembang (MB) : Anak sudah mampu mendengarkan cerita dongeng, tetapi perhatiannya belum serius.
   c) Berkembang Sesuai Harapan (BSH) : Anak sudah mampu mendengarkan cerita dongeng dengan baik.
   d) Berkembang Sangat Baik (BSB) : Anak mampu mendengarkan cerita dongeng dengan baik dan juga dapat menceritakannya kembali.
2) Kemampuan anak dalam menyebutkan bunyi atau suara
   a) Belum Berkembang (BB): Anak hanya diam dan tidak merespon.

b) Mulai Berkembang (MB): Anak sudah mulai mampu menyebutkan bunyi atau suara, namun pengucapannya masih belum jelas.
c) Berkembang Sesuai Harapan (BSH): Anak sudah mampu menyebutkan bunyi atau suara dengan benar.
d) Berkembang Sangat Baik (BSB): Anak mampu menyebutkan bunyi atau suara dengan benar dan cepat.

3) Kemampuan anak dalam berbicara menggunakan bahasanya sendiri serta dipahami oleh orang lain
   a) Belum Berkembang (BB) : Anak hanya diam dan tidak mau berbicara.
   b) Mulai Berkembang (MB) : Anak sudah mau berbicara di depan teman-temannya, tetapi belum mampu menggunakan bahasanya sendiri dengan baik.
   c) Berkembang Sesuai Harapan (BSH) : Anak sudah mampu berbicara menggunakan bahasanya sendiri.
   d) Berkembang Sangat Baik (BSB) : Anak mampu berbicara dengan bahasanya sendiri secara baik dan ucapannya dapat dipahami oleh orang lain.
4) Kemampuan anak dalam melanjutkan cerita dongeng yang telah diceritakan
   a) Belum Berkembang (BB) : Anak sama sekali belum mampu melanjutkan cerita dongeng.
   b) Mulai Berkembang (MB) : Anak sudah mau melanjutkan cerita, tetapi masih ada bagian cerita yang terlewat atau belum lengkap.
   c) Berkembang Sesuai Harapan (BSH) : Anak sudah mampu melanjutkan cerita dongeng dengan lengkap.
   d) Berkembang Sangat Baik (BSB) : Anak mampu melanjutkan cerita dongeng dengan lengkap dan lancar.
5) Kemampuan anak dalam mengulang kembali cerita dongeng secara berurutan

a) Belum Berkembang (BB) : Anak belum mampu mengulang kembali cerita secara berurutan.
b) Mulai Berkembang (MB) : Anak sudah mampu mengulang kembali cerita, tetapi urutannya masih belum lengkap.
c) Berkembang Sesuai Harapan (BSH) : Anak sudah mampu mengulang kembali cerita secara berurutan dengan baik.
d) Berkembang Sangat Baik (BSB) : Anak mampu mengulang kembali cerita secara berurutan dengan baik dan lancar.

f. Prosedur Kerja

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, prosedur kerja merupakan serangkaian tahapan yang disusun secara sistematis dan berkesinambungan sebagai pedoman mengenai urutan serta alur pelaksanaan suatu tindakan (Sinaga et al., 2022). Adapun langkah-langkah dalam melakukan penerapan *Storytelling* pada anak penyandang tunagrahita sebagai berikut:

1) Pra-Interaksi
   a) Berkoordinasi dengan orang tua atau wali kelas untuk memastikan jadwal intervensi tidak bertabrakan dengan kegiatan lain
   b) Memastikan kebutuhan dasar anak (makan, minum, toileting) telah terpenuhi sebelum sesi dimulai.
   c) Menyediakan lingkungan yang tenang dan nyaman
   d) Memberikan waktu adaptasi bagi anak terhadap kehadiran peneliti selama 5-10 menit sebelum sesi dimulai
   e) Mendengarkan dan merespons kecemasan atau ketidaknyamanan yang mungkin dirasakan anak
   f) Siapkan buku cerita bergambar bertema perawatan diri
   g) Siapkan *Puppet toys*
   h) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
   i) Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap dan tanggal lahir)

2) Tahap Orientasi
   a) Perkenalkan *puppet toys* kepada anak dengan suara ceria
   b) Tunjukan buku cerita bergambar dan menyuruh melihat gambar nya
   c) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur dengan bahasa sederhana
   d) Informasikan kepada anak bahwa cerita yang sama akan dibacakan sebanyak 7 kali pertemuan
   e) Tanyakan kesiapan anak sambil mengamati ekspresi wajah dan tubuhnya
   f) Jalin keakraban dengan anak dan keluarga
3) Tahap Kerja
   a) Atur posisi anak duduk berhadapan atau di samping peneliti sehingga buku terlihat jelas
   b) Buka halaman pertama buku cerita, tunjukan gambar, lalu bacakan narasi 1-2 kalimat sederhana.
   c) Setelah membaca 1 halaman, ajak anak menunjuk gambar yang sedang di ceritakan
   d) Ajak anak menirukan suara atau gerakan sederhana sesuai cerita
   e) Jika anak merespon (menunjuk, menirukan suara, atau menggerakan tangan), berikan umpan balik positif dan *reinforcement* berupa pujian, tepuk tangan atau *reward*
   f) Lanjutkan ke halaman berikutnya dengan cara yang sama hingga cerita selesai
   g) Jika anak menunjukkan tanda bosan atau tidak nyaman, sesi dihentikan sementara dan dilanjutkan setelah anak tenang
4) Tahap Terminasi
   a) Tutup cerita dengan boneka berpamitan
   b) Evaluasi hasil perkembangan komunikasi anak
   c) Simpan kembali buku cerita dan *puppet toys* di tempatnya
   d) Ucapkan selamat tinggal kepada anak
   e) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah

f) Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien (halaman yang paling disukai anak, respon terhadap gerakan, kendala yang muncul)

Prosedur penilaian perkembangan komunikasi verbal anak tunagrahita dilakukan melalui tiga tahap (Cahyo & Nur, 2025; Meidiny, Yuwono, et al., 2018).

1. Tahap pertama adalah *pretest*, yaitu penilaian yang dilakukan sebelum intervensi *storytelling* untuk mengetahui kemampuan awal komunikasi verbal anak.
2. Tahap kedua adalah intervensi, yaitu pemberian *storytelling* sebanyak 5 sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan.
3. Tahap ketiga adalah *posttest*, yaitu penilaian yang dilakukan setelah intervensi untuk mengetahui peningkatan kemampuan komunikasi verbal anak.

Hasil penilaian kemudian dibandingkan antara *pretest* dan *posttest* untuk melihat efektivitas intervensi *storytelling*.

2.2.3 Konsep Masalah Gangguan Komunikasi Verbal Keperawatan

Konsep masalah keperawatan diuraikan berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2016):

a. Definisi Gangguan Komunikasi Verbal

Penurunan, perlambatan atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol (PPNI, 2016).

b. Etiologi Gangguan Komunikasi verbal

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), penyebab gangguan komunikasi verbal meliputi berbagai faktor yaitu penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler, gangguan pendengaran, gangguan muskuloskeletal, kelainan palatum, hambatan fisik (mis.

terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi), hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi), hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi), hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing) (PPNI, 2016)

c. Tanda dan Gejala Gangguan Komunikasi Verbal

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), tanda dan gejala gangguan komunikasi verbal terdiri atas (PPNI, 2016) :

1) Gejala dan Tanda Mayor
   a) Data Subjektif: Tidak ada
   b) Data Objektif: Tidak mampu berbicara atau mendengar dan menunjukkan respons tidak sesuai
2) Gejala dan Tanda Minor
   a) Data Subjektif : Tidak ada
   b) Data Objektif : Afasia, disfasia, apraksia, disleksia, disatria, afonia, dislalia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi orang, ruang dan waktu, defisit penglihatan, dan delusi

d. Kondisi Klinis Terkait

Kondisi klinis yang terkait dengan gangguan komunikasi verbal meliputi Stroke, cedera kepala, trauma wajah, peningkatan tekanan intrakranial, hipoksia kronis, tumor, miastenia gravis sklerosis multipel,distropi muskuler, penyakit Alzheimer, kuadriplegia, labiopalatoskizis, infeksi laring, fraktur rahang, skizofrenia, delusi, paranoid, dan gangguan kebutuhan khusus.

2.2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak Tunagrahita

a. Pengkajian

Pada anak tunagrahita dengan gangguan komunikasi verbal, pengkajian meliputi beberapa komponen sebagai berikut:

1) Identitas Klien

Identitas klien harus dikaji secara lengkap dan jelas meliputi nama, umur, jenis kelamin, nama orang tua, alamat, agama, suku, pendidikan, dan pekerjaan orang tua. Umur perlu dipertanyakan untuk menginterpretasi tingkat perkembangan anak yang sudah dicapai sesuai dengan usia dan jenis kelamin. Nama orang tua perlu diketahui agar tidak keliru dengan orang lain. Alamat diperlukan untuk mengetahui kondisi lingkungan dan komunitas. Usia, pendidikan, dan pekerjaan orang tua menggambarkan tingkat status sosial serta pola asuh, asah, dan asih. Agama dan suku berperan dalam menilai perilaku tentang kesehatan dan penyakit yang berhubungan dengan kebiasaan dan tradisi yang dapat menunjang atau menghambat perilaku sehat (Muttaqin, 2009).

2) Riwayat Antenatal, Natal dan Post Natal

a) Riwayat Antenatal

Pada tahap ini, pengkajian difokuskan pada kondisi kesehatan ibu selama masa kehamilan, meliputi penyakit yang pernah diderita serta upaya pengobatan yang dilakukan. Selain itu, perlu ditanyakan frekuensi pemeriksaan kehamilan (antenatal care), kebiasaan mengonsumsi jamu atau obat-obatan selama hamil, serta berbagai kebiasaan lain yang berpotensi mempengaruhi kondisi janin (Muttaqin, 2009).

b) Riwayat Natal

Pengkajian persalinan mencakup tanggal, jam, tempat, dan penolong persalinan, metode persalinan (spontan, vakum ekstraksi, forcep ekstraksi, operasi sesar, atau kehamilan ganda/gemelli), posisi atau presentasi kepala bayi. Selain itu perlu diperhatikan adanya

komplikasi maupun kelainan bawaan. Kondisi bayi ketika dilahirkan, keadaan kesehatan pada hari pertama kehidupan, serta usia kehamilan saat persalinan, baik cukup bulan, kurang bulan, maupun lewat bulan, juga perlu dicatat (Muttaqin, 2009).

c) Riwayat Postnatal

Pengkajian periode setelah kelahiran meliputi lama perawatan bayi di rumah sakit, masalah yang berkaitan dengan gangguan sistem tubuh, gangguan nutrisi, perubahan berat badan, warna kulit, pola eliminasi, serta respons lainnya. Pada masa neonatal, perlu dikaji secara khusus adanya kondisi asfiksia (gangguan pernapasan), trauma persalinan, dan infeksi (Muttaqin, 2009).

3) Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Pengkajian pertumbuhan meliputi penimbangan berat badan, pengukuran lingkar kepala, lingkar lengan kiri atas (LILA), dan lingkar dada terakhir. Pengkajian perkembangan meliputi tingkat perkembangan yang telah dicapai anak, mencakup kemampuan motorik kasar dan halus, kemampuan bersosialisasi, serta kemampuan bahasa (Muttaqin, 2009).

4) Riwayat Kesehatan keluarga

Pengkajian meliputi sosial, perkawinan orang tua, kesejahteraan dan ketentraman rumah tangga yang harmonis, pola asah, asih, dan asuh, ekonomi, serta adat istiadat. Faktor-faktor tersebut berpengaruh dalam pengelolaan lingkungan internal dan eksternal yang dapat mempengaruhi perkembangan intelektual serta pengetahuan dan keterampilan anak. Selain itu juga berhubungan dengan persediaan dan pengadaan bahan pangan, sandang, dan papan (Muttaqin, 2009).

5) Tanda-tanda Fisik Anak Tunagrahita

Pada pengkajian anak dengan retardasi mental (tunagrahita), dapat dikenali dari tanda-tanda sebagai berikut (Muttaqin, 2009) :

a) Penampilan fisik tidak seimbang, misalnya kepala terlalu kecil atau terlalu besar, mulut melongo, mata sipit atau mongoloid, badan bungkuk
b) Kecerdasan terbatas
c) Tidak dapat mengurus diri sendiri tanpa bantuan orang lain sesuai usia
d) Arah minat sangat terbatas pada hal-hal yang sederhana
e) Perkembangan bahasa atau bicara lambat
f) Tidak ada atau kurang sekali perhatian terhadap lingkungan (pandangan kosong) dan perhatiannya labil, sering berpindah-pindah
g) Koordinasi gerakan kurang, gerakan kurang terkendali
h) Daya ingatan lemah, emosi sangat miskin dan terbatas, apatis dan acuh tak acuh terhadap lingkungan
i) Sering mengeluarkan liur atau cairan dari mulut

6) Pengkajian Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada anak tunagrahita meliputi (Muttaqin, 2009):

a) Pemeriksaan radiologi
b) Pemeriksaan EEG (Electroencephalography)
c) Pemeriksaan scan kepala (CT-Scan atau MRI)
d) Pemeriksaan laboratorium: serum elektrolit (SE), fungsi hati (FL), fungsi ginjal (UL/DL), BUN, LED, serum protein, Ig G/M

7) Pengkajian Kemampuan Komunikasi Verbal

Berdasarkan penelitian oleh Kemal & Huda (2014) yang juga diadopsi oleh Sambak et al. (2021), pengkajian kemampuan berbahasa pada anak dapat dilakukan dengan mengamati lima indikator berikut:

a) Kemampuan mendengar cerita dongeng dengan baik
b) Kemampuan menyebutkan bunyi atau suara
c) Kemampuan berbicara dengan bahasa sendiri dan dipahami orang lain

d) Kemampuan melanjutkan cerita dongeng yang telah diceritakan

e) Kemampuan mengulang kembali cerita dongeng secara berurut

Penilaian dilakukan menggunakan skala perkembangan yang terdiri atas empat tingkatan, yaitu Belum Berkembang (BB), Mulai Berkembang (MB), Berkembang Sesuai Harapan (BSH), dan Berkembang Sangat Baik (BSB).

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan hasil penilaian klinis terhadap respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan, baik yang bersifat aktual maupun potensial (PPNI, 2016). Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada anak tunagrahita dengan gangguan komunikasi verbal adalah sebagai berikut (PPNI, 2016):

1) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)
2) Gangguan Tumbuh Kembang (D.0106)
3) Defisit Perawatan Diri (D.0109)

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tindakan yang dirancang dan dilakukan oleh perawat dengan berlandaskan pengetahuan serta keterampilan untuk membantu pasien mencapai kondisi yang diharapkan dari kondisi saat ini (PPNI, 2018).

Tabel 1.1 Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
1	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 7 kali pertemuan diharapkan komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil:	Promosi Komunikasi: defisit bicara (I.13492) **Observasi:** a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara b. Monitor progres kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan

	a. Kemampuan berbicara meningkat b. Kemampuan mendengar meningkatc c. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat d. Kontak mata meningkat e. Respon perilaku membaik f. Pemahaman komunikasi membaik	bicara (seperti memori, pendengaran, dan bahasa). c. Monitor frustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara. d. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi **Terapeutik:** e. Gunakan metode komunikasi alternatif dengan media visual (seperti menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer) melalui *storytelling*. f. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (seperti berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien). g. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan. h. Ulangi hal yang dikatakan pasien. i. Berikan dukungan psikologis. **Edukasi:** j. Anjurkan berbicara perlahan. k. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara. **Kolaborasi:** l. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis wicara, bila perlu.

2	Gangguan Tumbuh Kembang (D.0106)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 7 kali pertemuan diharapkan status perkembangan (L.10101) membaik dengan kriteria hasil: a. Keterampilan/perilaku sesuai usia meningkat b. Kemampuan melakukan perawatan diri meningkat c. Respon sosial menigkat d. Kontak mata meningkat e. Kemarahan menurun f. Regresi menurun g. Afek membaik h. Pola tidur membaik	Promosi perkembangan anak (I.10340) **Observasi:** a. Identifikais kebutuhan khusus anak dan kemampuan adaptasi anak **Terapeutik:** b. Fasilitasi kebutuhan anak dengan teman sebaya c. Dukung anak berinteraksi dengan anak lain d. Dukung anak mengekspresikan perasaannya secara positif e. Dukung anak dalam bermimpi atau berfantasi sewajarnya f. Dukung partissipasi anak di sekolah, ekstrakulikuler dan aktivitas komunitas g. Berikan mainan yang sesuai dengan usia anak h. Bernyanyi bersama anak lagu-lagu yang disukai anak i. Bacakan cerita/dongeng untuk anak j. Diskusikan bersama remaja tujuan dan harapannya k. Sediakan kesempatan dan alat-alat untuk menggambar, melukis dan mewarnai l. Sediakan mainan berupa puzzle dan maze **Edukasi:** m. Jelaskan nama-nama benda obyek yang ada di lingkungan sekitar n. Ajarkan pengasuh *milestones* perkembangan dan perilaku dibentuk o. Ajarkan sikap kooperatif, bukan kompetisi diantara anak p. Ajarkan anak cara meminta bantuan dari anak lain, jika perlu

			q. Ajakrkan teknik asertif pada anak dan remaja r. Demonstrasikan kegiatan yang meningkatkan perkembangan pada pengasuh **Kolaborasi:** s. Rujuk untuk konseling, jika perlu
3	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 7 kali pertemuan diharapkan perawatan diri meningkat (L.11103) dengan kriteria hasil : a. Kemampuan mandi meningkat b. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat c. Kemampuan makan meningkat d. Kemampuan ketoilet (BAB/BAK) meningkat e. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat f. Minat melakukan perawatan diri meningkat g. Mempertahankan kebersihan dirii meningkat h. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat	Dukungan perawatan diri (I.11348) **Observasi:** a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia b. Monitor tingkat kemandirian c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan **Terapeutik** d. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) e. Siapkan keperluan pribadi (seperti parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) f. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri g. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan h. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri i. Jadwalkan rutinitas perawatan diri **Edukasi** j. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatan sehingga dapat mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik (Safitri, 2019) dalam Mersi et al., 2024). Pelaksanaan implementasi keperawatan mencakup empat jenis tindakan, yaitu observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018 dalam Mersi et al., 2024). Adapun tahapan implementasi meliputi persiapan, pelaksanaan, dan dokumentasi (Mersi et al., 2024).

Pada studi kasus ini, penerapan implementasi keperawatan mengintegrasikan pendekatan *Family Centered Care (FFC) dan prinsip atraumatic care,* yang memandang keluarga sebagai mitra sejajar dalam pemberian asuhan keperawatan. Menurut *Institute For Patient and Family Centered Care, FFC* dilandasi oleh empat prinsip utama, yaitu dignity and respect (menghargai nilai dan latar belakang keluarga), information sharing (berbagi informasi secara lengkap dan objektif), participation (mendorong keluarga untuk berpartisipasi dalam perawatan), collaboration (kolaborasi antara keluarga, perawat, dan tenaga kesehatan lain) (Hill et al., 2019).

Atraumatic care adalah pemberian intervensi terapeutik yang secara khusus ditujukan untuk menekan stres fisik dan psikis anak serta keluarga selama menjalani perawatan. Penerapannya dalam studi ini direalisasikan melalui lima langkah utama: (1) pelibatan orang tua dalam *storytelling* untuk meredam kecemasan akibat perpisahan; (2) edukasi keluarga mengenai teknik stimulasi wicara di rumah guna memperkuat otonomi perawatan; (3) kreasi suasana intervensi yang gembira dan suportif guna menghindari trauma psikologis; (4) penghindaran total terhadap tindakan represif; dan (5) penataan lingkungan yang ramah anak dengan dukungan media visual menarik (Usman, 2020). Integrasi antara pendekatan *family centered care* dan prinsip *atraumatic care* ini diharapkan dapat mengakselerasi

peningkatan kemampuan komunikasi verbal anak sekaligus memitigasi efek negatif hospitalisasi atau intervensi.

e. Evaluasi Keperawatan

Menurut Mersi (2024), evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui ketercapaian tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan. Evaluasi dibedakan menjadi dua jenis, yaitu evaluasi formatif atau evaluasi proses yang dilakukan selama proses perawatan berlangsung, serta evaluasi sumatif atau evaluasi hasil yang dilakukan setelah seluruh tindakan keperawatan selesai dilaksanakan (Mersi et al., 2024).

Hasil evaluasi terdiri dari tiga kemungkinan :

1) Tujuan tercapai : pasien mengalami peningkatan status kesehatan sesuai kriteria.
2) Tujuan tercapai sebagian : pasien menunjukkan kemajuan tetapi belum sepenuhnya.
3) Tujuan tidak tercapai : pasien tidak mengalami peningkatan status kesehatan.

Evaluasi didokumentasikan menggunakan format SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Planning) (Mersi et al., 2024).