

Efektivitas Metode Drill Play untuk Meningkatkan Kemampuan Bahasa Ekspresif pada Anak Intellectual Disability

¹Rahmi Khalida, ²Firdaus

¹²Universitas Mercubaktijaya, Sumatera Barat, Indonesia
amikhalliddias@gmail.com, firdaus@gamil.com

ABSTRACT

Children with intellectual disabilities often experience delays in language development, particularly in expressive language skills, which play an important role in everyday communication. The Drill Play method, implemented in speech therapy programs for children that combine repetitive exercises with a play-based approach, is designed to increase motivation and the effectiveness of language learning in children with special needs. This study aims to analyze the effectiveness of the Drill Play method in improving expressive language skills in children with intellectual disabilities. The research method uses an experimental design with a one-group pretest-posttest approach. The study sample consists of children with intellectual disabilities and expressive language disorders. The intervention was conducted over several sessions of a specific duration, using repetitive exercises.

Keywords: Intellectual Disability; Language Development; Language Therapy; Expressive Language; Drill Play

ABSTRAK

Anak dengan Intellectual Disability sering mengalami keterlambatan dalam perkembangan bahasa, khususnya pada kemampuan bahasa ekspresif yang berperan penting dalam komunikasi sehari-hari. Metode Drill Play, diimplementasikan dalam program terapi wicara anak yang menggabungkan latihan berulang dengan pendekatan bermain, dirancang untuk meningkatkan motivasi dan efektivitas pembelajaran bahasa pada anak dengan kebutuhan khusus. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis efektivitas metode Drill Play dalam meningkatkan kemampuan bahasa ekspresif pada anak dengan Intellectual Disability. Metode penelitian menggunakan desain eksperimen dengan pendekatan one group pretest-posttest. Sampel penelitian terdiri dari anak dengan Intellectual Disability dengan gangguan bahasa ekspresif. Intervensi dilakukan selama beberapa sesi dengan durasi tertentu, menggunakan latihan berulang. Hasil analisis data menunjukkan peningkatan signifikan dalam kemampuan bahasa ekspresif anak setelah intervensi menggunakan metode Drill Play. Temuan ini mengindikasikan bahwa metode Drill Play efektif sebagai strategi intervensi untuk meningkatkan kemampuan bahasa ekspresif pada anak dengan Intellectual Disability. Implikasi penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi tenaga terapi wicara, pendidik, dan orang tua dalam mendukung perkembangan bahasa anak berkebutuhan khusus.

Kata Kunci: Intellectual Disability; Perkembangan Bahasa; Terapi Bahasa; Bahasa Ekspresif; Drill Play

Pendahuluan

Perkembangan bahasa adalah aspek krusial dalam tumbuh kembang anak, terutama bagi mereka yang memiliki kebutuhan khusus seperti anak dengan dugaan disabilitas intelektual. Anak-anak dalam kelompok ini sering kali menghadapi keterlambatan signifikan dalam kemampuan bahasa ekspresif, yang pada gilirannya berdampak besar pada kemampuan mereka untuk berkomunikasi secara efektif (Brown & Smith, 2021). Keterbatasan ini dapat menjadi hambatan serius dalam interaksi sosial dan proses pembelajaran, yang menggarisbawahi urgensi intervensi yang tepat dan terarah untuk meningkatkan kemampuan bahasa mereka (Wang et al., 2019). Kemampuan bahasa ekspresif, yang mencakup kemampuan untuk mengutarakan pikiran, perasaan, dan kebutuhan, merupakan pilar utama dalam perkembangan komunikasi anak (Johnson & Lee, 2020). Oleh karena itu, intervensi yang tepat dan efektif sangatlah esensial guna mendukung anak-anak ini mencapai potensi komunikasi mereka secara maksimal.

Salah satu metode yang telah banyak diterapkan dalam terapi wicara untuk meningkatkan kemampuan bahasa ekspresif adalah metode drill play. Metode ini secara cerdas mengintegrasikan latihan berulang (drill) dengan pendekatan bermain (play) yang menyenangkan dan menarik bagi anak (Miller & Davis, 2018). Kombinasi ini diyakini sangat efektif dalam meningkatkan motivasi dan keterlibatan anak selama sesi terapi, yang pada akhirnya mengarah pada hasil yang lebih optimal (Chen & Li, 2022). Latihan berulang yang sistematis dalam drill play dirancang untuk memperkuat memori dan pengucapan kata-kata baru secara efektif, memastikan pemerolehan bahasa yang lebih kokoh (Garcia & Perez, 2020). Pendekatan ini secara khusus dirancang untuk mempercepat perkembangan kemampuan bahasa ekspresif dengan menjadikan proses belajar lebih menarik dan mengurangi potensi kebosanan.

Studi-studi sebelumnya telah menunjukkan bahwa metode drill secara konsisten terbukti efektif dalam meningkatkan kosakata dan kemampuan bahasa ekspresif pada berbagai kelompok anak berkebutuhan khusus. Misalnya, penelitian telah menunjukkan dampak positifnya pada anak dengan Down syndrome (Kim et al., 2017) dan mereka yang memiliki gangguan bicara lainnya (Lee & Park, 2016). Metode ini menyediakan stimulasi berulang yang konsisten, yang esensial untuk memperbaiki kemampuan bicara dan bahasa secara signifikan (Rodriguez & Santos, 2015). Namun demikian, perlu dicatat bahwa penerapan spesifik metode drill play pada anak dengan dugaan disabilitas intelektual masih memerlukan kajian yang lebih mendalam untuk secara akurat menentukan efektivitasnya dalam konteks populasi ini (Gonzales & Wong, 2023).

Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk secara komprehensif menganalisis efektivitas metode drill play dalam meningkatkan kemampuan bahasa ekspresif pada klien dengan dugaan disabilitas intelektual. Dengan mengadopsi pendekatan inovatif ini, diharapkan dapat ditemukan strategi terapi yang tidak hanya efektif tetapi juga menyenangkan, sehingga klien dapat mencapai perkembangan bahasa yang optimal sesuai dengan potensi mereka (Taylor & Wilson, 2024). Desain sistematis dan menyenangkan dari metode ini diharapkan mampu meningkatkan kualitas terapi secara keseluruhan.

Hasil yang diperoleh dari penelitian ini diharapkan akan memberikan referensi berharga bagi berbagai pihak yang terlibat dalam mendukung perkembangan bahasa anak berkebutuhan khusus. Ini termasuk tenaga terapi wicara, pendidik, dan orang tua, yang semuanya akan mendapatkan wawasan praktis mengenai intervensi yang efektif (Adams & Baker, 2023). Dengan demikian, penelitian ini berupaya memberikan kontribusi nyata dalam bidang terapi wicara, khususnya dalam konteks intervensi bahasa ekspresif bagi klien dengan dugaan disabilitas intelektual melalui penerapan metode drill play.

Pendekatan yang terstruktur dan didukung oleh elemen bermain diharapkan tidak hanya akan meningkatkan efikasi terapi tetapi juga memberikan dampak positif yang signifikan bagi perkembangan komunikasi klien dalam aktivitas sehari-hari mereka. Ini akan membantu mereka berintegrasi lebih baik dalam lingkungan sosial dan akademis, serta meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan (Clark & White, 2021).

Secara spesifik, penelitian ini berfokus pada mengkaji efektivitas metode drill play pada seorang klien dengan dugaan disabilitas intelektual berusia 6 tahun 10 bulan yang sedang menjalani terapi di Rumah Sakit Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi. Melalui studi kasus yang terfokus ini, diharapkan dapat diperoleh gambaran yang jelas mengenai sejauh mana metode drill play dapat berkontribusi pada perkembangan bahasa ekspresif anak. Selain itu, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi konkret bagi tenaga terapi wicara dan institusi terkait dalam merancang dan mengimplementasikan program intervensi yang lebih efektif dan adaptif di masa mendatang.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain eksperimen semu (quasi-experiment), tepatnya menggunakan desain One Group Pretest-Posttest. Desain ini dipilih karena hanya melibatkan satu kelompok subjek yang akan diuji kemampuan bahasa ekspresifnya sebelum dan sesudah diberikan perlakuan menggunakan metode Drill Play. Subjek penelitian adalah anak-anak dengan Intellectual Disability yang dipilih secara purposive dari lembaga atau sekolah khusus yang menangani anak berkebutuhan khusus. Jumlah subjek disesuaikan dengan kriteria inklusi dan ketersediaan peserta yang memenuhi syarat. Prosedur dalam penelitian ini dilakukan dengan Pretest, intervensi, posttest.

Pretest dilakukan sebelum diberikan perlakuan, kemampuan bahasa ekspresif anak diukur menggunakan instrumen tes bahasa ekspresif yang valid dan reliabel. Pretest ini bertujuan untuk mengetahui kondisi awal kemampuan bahasa ekspresif anak. Intervensi dilakukan saat anak diberikan perlakuan berupa metode Drill Play, yaitu latihan berulang (drill) yang dikemas dalam aktivitas bermain yang menarik dan menyenangkan untuk meningkatkan motivasi belajar. Intervensi dilakukan selama beberapa sesi dengan durasi dan frekuensi yang telah ditentukan. Posttest dilakukan setelah intervensi selesai, kemampuan bahasa ekspresif anak diukur kembali menggunakan instrumen yang sama untuk mengetahui perubahan kemampuan setelah diberikan perlakuan.

Instrumen yang digunakan berupa tes kemampuan bahasa ekspresif yang mencakup aspek pengungkapan ide, kalimat, kosakata, dan ekspresi verbal sesuai dengan tingkat perkembangan anak. Penilaian dilakukan oleh peneliti atau terapis yang berkompeten. Data dikumpulkan melalui observasi, tes bahasa ekspresif (pretest dan posttest), serta dokumentasi selama proses intervensi berlangsung. Data hasil pretest dan posttest dianalisis secara statistik menggunakan uji t berpasangan (paired sample t-test) untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan signifikan kemampuan bahasa ekspresif anak sebelum dan sesudah diberikan metode Drill Play. Analisis ini bertujuan untuk menguji hipotesis efektivitas metode Drill Play dalam meningkatkan kemampuan bahasa ekspresif anak dengan Intellectual Disability

Hasil

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa metode drill play mampu membantu meningkatkan kemampuan bahasa ekspresif klien dengan suspect intellectual disability. Pada table 1 dan gambar 1 dijelaskan deskripsi dan evaluasi pelaksanaan terapi pada klien.

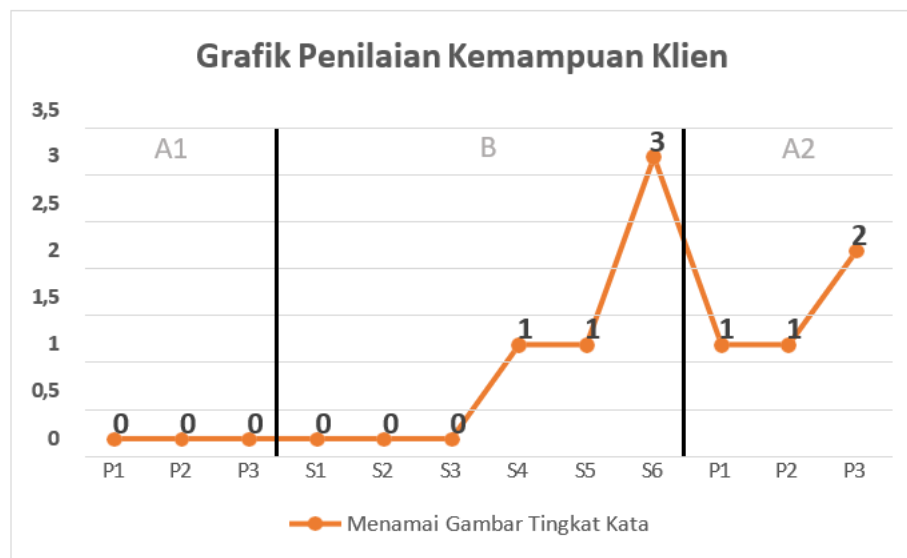
a. Tes Awal (pre-test)

Tes awal yang penulis minta kepada klien adalah dengan meminta klien duduk berhadapan dengan penulis dan menamai gambar target tingkat kata tanpa bantuan sebanyak 3 kali dalam jeda waktu 5 menit. Penulis mencatat batas kemampuan klien dalam masing-masing tes. Didapatkan kondisi klien pada saat pre-test pertama yaitu klien dalam kondisi mampu duduk dengan baik dan memperhatikan dengan baik instruksi penulis serta klien menyusun gambar yang telah direspon di atas meja, maka didapatkan hasil respon dengan skor 0 pada seluruh gambar. Kondisi klien pada saat pre test kedua yaitu klien mampu duduk dengan baik dan memperhatikan dengan baik instruksi penulis, tetapi klien tidak lagi menyusun gambar yang telah direspon di atas meja, maka didapatkan hasil respon dengan skor 0 pada seluruh gambar. Kondisi klien pada saat pre test ketiga yaitu klien

terlihat lebih banyak bergerak dan sedikit kurang memperhatikan dan terdistraksi pada saat awal tes, tetapi klien bisa duduk tenang kembali saat penulis bertanya. Pada saat ini klien juga tidak menyusun gambar yang telah direspon di atas meja, maka didapatkan hasil respon dengan skor 0 pada seluruh gambar.

Tabel 1. Tabel Komparasi Tes Awal dan Tes Akhir

No	Item	Sebelum Terapi (A1)						Terapi (B)						Setelah Terapi (A2)		
		P1	P2	P3	S1	S2	S3	S4	S5	S6	P1	P2	P3			
1.	Nasi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2.	Meja	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1		
3.	Sendok	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
4.	Gelas	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1		
5.	Sabun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
6.	Gayung	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		
Jumlah		0	0	0	0	0	0	1	1	3	1	1	2			



Gambar 1. Deskripsi Proses Terapi Klien

b. Terapi

Pada saat melakukan terapi hari pertama, kondisi klien mampu duduk dengan tenang, klien dalam keadaan terlihat sedikit bingung pada awalnya, tetapi setelah itu klien tampak sangat bersemangat saat menjalani terapi. Pada saat evaluasi untuk mencari skor klien, ada gangguan eksternal dari penulis saat setelah terapi baru selesai, yaitu handphone berdering pada handphone yang sedang merekam video, sehingga video menjadi berhenti dan evaluasi menjadi terjeda agak lama dan klien saat itu bermain miniatur sembari menunggu telepon selesai. Sehingga video saat evaluasi menjadi berbeda dengan video terapi karena ada gangguan tersebut dan karena adanya jeda setelah terapi, didapatkan hasil evaluasi seluruh target klien yaitu dengan skor 0.

Terapi hari kedua kondisi klien mampu duduk dengan tenang tapi dalam keadaan terlihat masih sedikit bingung pada awalnya, dan klien tampak tidak terlalu bersemangat seperti sesi sebelumnya. Terdengar volume suara klien lebih rendah saat terapi. Namun pada saat evaluasi, klien

mampu menamai gelas tetapi terdapat SODA menjadi gelah, yang dari saat pre-test klien menamai gelas dengan minum, pada saat sesi kedua klien sudah bisa mengganti penamaan minum menjadi gelah. Namun klien tetap mendapatkan hasil seluruh target dengan skor 0.

Terapi hari ketiga kondisi klien yaitu mampu duduk dengan tenang dan klien terlihat lebih bersemangat daripada sesi sebelumnya. Pada saat penulis ingin melakukan evaluasi kepada klien, ada gangguan eksternal yaitu rekan klien masuk ke dalam ruangan terapi sehingga membuat klien terdistraksi, dan juga ada rekan klien yang lain yang membuka pintu ruang terapi saat melakukan evaluasi, sehingga klien menjadi terdistraksi dan tidak fokus. Maka pada saat evaluasi, didapatkan hasil seluruh target dengan skor 0.

Terapi hari keempat kondisi klien yaitu mampu duduk dengan tenang dan klien terlihat bersemangat saat menjalani terapi, namun saat melakukan terapi ada gangguan eksternal yaitu ada terapis yang membuka pintu dan berbicara sebentar dengan penulis, tetapi saat itu terlihat bahwa klien tidak terlalu terdistraksi karena klien saat itu sedang fokus dengan sticker reinforcement yang penulis berikan. Pada saat evaluasi, klien benar menamai gambar meja. Sehingga didapatkan skor 1 pada menamai gambar meja.

Terapi hari kelima kondisi klien yaitu mampu duduk namun klien kurang tenang karena klien sering menggerak-gerakkan kursinya saat awal-awal. Klien juga banyak terdistraksi dengan handphone penulis yang sedang merekam dan klien sering menepuk-nepuk meja. Klien terlihat sangat bersemangat saat menjalani terapi bahkan menurut penulis klien terlihat over reaction, sehingga menurut penulis itu juga menjadikan klien kurang fokus dengan terapi yang sedang dilakukan. Sehingga pada saat evaluasi klien bisa sedikit lebih tenang dan klien mampu menamai gelas dengan benar. Sehingga didapatkan hasil seluruh kata target yaitu dengan skor 1.

Terapi hari keenam kondisi klien yaitu mampu duduk namun klien kurang tenang karena klien banyak bercanda disaat awal-awal. Klien juga banyak terdistraksi dengan handphone klien yang sedang merekam dan klien sering menepuk-nepuk meja, sehingga menurut penulis itu juga menjadikan klien kurang fokus dengan terapi yang sedang dilakukan. Namun kondisi ini tidak berlangsung lama, saat ditengah-tengah terapi klien mulai tenang sampai saat melakukan evaluasi. Pada saat melakukan evaluasi klien lebih tenang dan bisa menjawab meja, gelas dan gayung dengan benar. Sehingga didapatkan jumlah skor klien yaitu 3.

c. Tes Akhir (post-test)

Tes akhir yang penulis minta kepada klien adalah dengan meminta klien duduk berhadapan dengan penulis dan menamai gambar target tingkat kata tanpa bantuan sebanyak 3 kali dalam jeda waktu 5 menit. Penulis mencatat batas kemampuan klien dalam masing-masing tes. Didapatkan kondisi klien pada saat post-test pertama yaitu klien dalam kondisi mampu duduk dengan baik dan memperhatikan dengan baik instruksi penulis walaupun ada distraksi di awal sebelum melakukan tes. Saat melakukan tes klien mengumpulkan gambar yang telah direspon ditangannya. Maka didapatkan hasil klien mampu menamai meja dengan benar, sehingga klien mendapatkan skor 1.

Kondisi klien pada saat pre test kedua yaitu klien dalam kondisi mampu duduk dengan baik dan memperhatikan dengan baik instruksi penulis. Saat melakukan tes klien mengumpulkan gambar yang telah direspon ditangannya. Maka didapatkan hasil klien mampu menamai meja dengan benar, sehingga klien mendapatkan skor 1.

Kondisi klien pada saat pre test ketiga yaitu klien dalam kondisi mampu duduk dengan baik dan memperhatikan dengan baik instruksi penulis. Saat melakukan tes klien mengumpulkan gambar yang telah direspon ditangannya. Maka didapatkan hasil klien mampu menamai meja dan gelas dengan benar, sehingga klien mendapatkan skor 1 untuk meja dan 1 untuk gelas, jika dijumlahkan skor klien pada sesi keenam yaitu 2.

Pembahasan

Berdasarkan Perkembangan bahasa wicara klien yaitu melalui tahap reflex vocalization, echolalia dan true speech ibu klien tidak ingat, tahap babbling pada umur 3 tahun, dan tahap lalling pada umur 4 tahun. Menurut penulis, proses perkembangan bahasa bicara klien mengalami keterlambatan karena pada saat Babbling yang seharusnya dialami bayi pada usia 1,5-3 bulan dan tahap Lalling pada usia 3-6 bulan, tetapi klien baru melewati tahap ini pada usia yang sudah melewati usia normal. Pendapat penulis didukung dengan pendapat Yulidar (2023) tahapan perkembangan bahasa bicara yang harus melalui beberapa tahapan, yaitu tahap Reflex vocalization (usia 0-1,5 bulan) dalam bentuk tangisan yang bisa berarti anak lapar/haus, atau tidak nyaman karena pipis/buang air besar. Istilah lain dari tahap ini yaitu pra linguistik. Berikutnya tahap Babbling (usia 1,5-3 bulan) disini anak mulai ada interaksi tersenyum, mengeluarkan bunyi seperti vokal /a, i, u, e, o dan konsonan /p,b,m/, tahap Lalling (usia 3-6 bulan) sensor pendengaran mulai berfungsi, jika mendengar bunyi atau suara yang keras/nyaring ada reaksi kaget atau terkejut ketika sedang tidur, dan anak mulai mengeluarkan bunyi-bunyian yang mengandung konsonan belakang seperti /kg, ng/, tahap Echolalia (usia 6-9 bulan) mulai mampu meniru, mengoceh kata /mamama, papapa/ dan terakhir disebut tahap True speech (usia 12-18 bulan), mulai mengeluarkan kata yang bermakna atau mengandung arti, sesuai dengan keinginannya seperti bilang/makan dengan mengucapkan maem, susu dengan mengatakan cucu, minum dengan mengucapkan mimi. Istilah nama lain dari untuk tahapan ini disebut dengan tahapan linguistic. Maka dapat disimpulkan bahwa klien mengalami keterlambatan pada kemampuan bahasa wicaranya.

Klien mulai mengangkat kepala pada usia 3 bulan, tengkurap pada usia 7 bulan, merangkak pada usia 8 bulan, duduk pada usia 10 bulan, berdiri dan berjalan pada usia 1 tahun 8 bulan. Menurut penulis, perkembangan motorik klien mengalami keterlambatan, yang seharusnya anak pada usia 1 bulan sudah bisa mengangkat kepala, sudah bisa tengkurap pada usia 2 bulan, sudah bisa duduk pada usia 4-8 bulan, sudah bisa berdiri pada usia 9-10 bulan dan sudah bisa berjalan pada usia 13-14 bulan. Pendapat penulis didukung di dalam jurnal Developmental Milestone oleh Rebecca J., et. al 2016 yang menyatakan bahwa pada usia 1 bulan anak harusnya sudah mampu mengangkat kepala, pada usia 2 bulan anak sudah mampu tengkurap, kemampuan duduk berkembang dari usia 4-8 bulan, kemudian masuk ke tahap merangkak yang berkembang dari usia 9-10 bulan, berdiri pada usia 9-14 bulan, dan berjalan pada usia 13-14 bulan. Dapat penulis simpulkan bahwa perkembangan motorik klien mengalami keterlambatan.

Klien sudah mengerti perintah sederhana, dikarenakan klien berusia 6 tahun 10 bulan, penulis melihat berdasarkan dari hasil observasi bahasa reseptif anak usia 6 tahun 10 bulan menurut Developmental Milestone (Rebecca, J., 2016) bahasa reseptif klien terkesan belum normal karena tidak sesuai usianya, terlihat ketika penulis mengucapkan kata yang tidak diketahui klien, klien tidak menanyakan tentang kata tersebut, lalu pada saat penulis mengucapkan kata-kata sesuai kategori dan mengucapkan satu kategori yang berbeda sebagai distraksi, maka klien tidak mampu membedakannya. Untuk mengetahui bahasa reseptif klien setara dengan usia berapa, penulis melakukan tes ROWPVT yaitu di dapatkan total skor 19, skor usia bahasa 3-0, skor standar bahasa 97, persentil 42 dan stanine 5. Mengacu pada hasil tes, maka dapat penulis hitung dan simpulkan bahwa kemampuan bahasa reseptif tingkat kata pada klien di bawah rata-rata usia atau setara dengan usia 3 tahun 0 bulan.

Saat terapis meminta klien untuk menamai gambar, klien hanya mampu menamai sedikit saja yaitu gambar yang sekiranya familiar olehnya seperti ayam, bebek, dan kucing. Dikarenakan klien berusia 6 tahun 10 bulan, penulis melihat berdasarkan dari hasil observasi bahasa ekspresif anak usia 6 tahun 10 bulan dengan Developmental Milestone (Rebecca, J., 2016), bahasa ekspresif klien terkesan belum normal sesuai usianya, terlihat ketika klien belum mampu mengulangi kalimat yang

berisi 8 kata yang penulis ucapkan, tidak mampu mendeskripsikan peristiwa secara berurutan saat penulis meminta klien menceritakan kegiatan klien dari bangun tidur pagi sampai ke sekolah, dan klien belum mampu mengetahui hari dalam seminggu saat penulis menanyakan tentang hari. Untuk mengetahui bahasa ekspresif klien setara dengan usia berapa, penulis melakukan tes EOWPVT yaitu didapatkan total skor 19, skor usia bahasa 3-0, skor standar bahasa 97, persentil 42 dan stanine 5. Mengacu pada hasil tes, dapat penulis hitung dan simpulkan bahwa kemampuan bahasa ekspresif tingkat kata pada klien di bawah rata-rata usia atau setara dengan usia 1 tahun 5 bulan. Jika tes EOWPVT klien dibawah usia 3 tahun, maka tes dilanjutkan dengan prelinguistic scale, yang bertujuan untuk melihat prelinguistik klien pada tahap apa. Pada tes prelinguistic scale, didapatkan data bahwa skor 1 (belum mampu) 7 poin, skor 2 (kadang-kadang mampu 15 poin dan skor 3 (selalu mampu) 9 poin. Maka dapat disimpulkan bahwa tingkatan prelinguistik klien lebih dominan pada skor 2 yaitu kadang-kadang mampu. Menurut penulis dari hasil tes tersebut karena kemampuan prelinguistik klien kadang-kadang mampu, maka dapat penulis simpulkan bahwa klien memiliki kemampuan yang tidak konsisten. Jika tes ROWPVT setara dengan usia 3 tahun atau lebih, maka dilanjutkan pada tes reseptif dan ekspresif.

Untuk tes bahasa reseptif dilakukan tes ACLC, didapatkan skor yaitu bagian kosakata (A) hasil yang didapatkan klien adalah 20 dari 50, berdasarkan dari norma ACLC yaitu hasil klien dibawah usia. Bagian elemen B mendapatkan hasil 30 % maka ACLC klien dibawah usia. Bagian elemen C mendapatkan hasil 40%, maka ACLC klien dibawah usia, dan pada bagian elemen D mendapatkan hasil 20% maka tes ACLC klien juga dibawah usia. Tes ini dihitung sesuai dengan norma ACLC (Rexsy, 2022). Untuk tes bahasa ekspresif dilakukan tes MLU, bertujuan untuk mengukur panjang rata-rata ujaran klien, apakah kemampuan panjang ujaran bahasa ekspresif klien sesuai usia atau tidak berdasar kepada hasil asesmen. Didapatkan hasil MLU klien adalah 1,0 berada pada stage I. Dapat penulis simpulkan bahwa kemampuan bahasa ekspresif klien setara dengan usia 12-26 bulan, sedangkan usia kronologi klien adalah 6 tahun 10 bulan, dihitung sesuai dengan Tabel norma MLU (Rexsy, 2022).

MLU klien berada pada skor 1,0 maka setara dengan stage 1, maka dilanjutkan pada tes TTR yang bertujuan untuk mengukur kemampuan bahasa ekspresif dengan cara menghitung variasi penggunaan kosa kata. Adapun cara untuk menghitung TTR adalah dengan membagi daftar kata (type) dengan frekuensi (token). Prosedurnya klien diajak untuk menceritakan kegiatannya di rumah, bercerita dengan gambar dan puzzle lalu setiap kata yang keluar di catat dan direkam. Dari prosedur perhitungan TTR didapatkan hasil bahwa TTR klien adalah 0,38. Mengacu kepada prosedur perhitungan TTR didapatkan hasil bahwa TTR klien adalah 0,38 yang mana berdasarkan interpretasi dari Owens dalam Rexsy (2022) pada klien usia 2 – 8 tahun memiliki TTR sebesar 0.42 – 0.50. Maka dapat penulis simpulkan bahwa melalui tes TTR, bahasa ekspresif penggunaan kosakata klien tidak setara dengan usianya karena penggunaan kosakata klien kurang bervariasi.

Berdasarkan hasil tes bunyi wicara pada klien dengan tes SII, didapatkan hasil tes SII sebagai berikut, total kata yang jelas / total seluruh kata x 100, berarti $(31/86 \times 100 = 36\%)$. Kejelasan wicara klien sebesar 36% setara dengan usia 19-24 bulan (Pena-Brooks & Hedge, 2007). Mengacu pada tes ini dapat penulis simpulkan bahwa pada tes bunyi wicara SII klien tidak sesuai dengan usia kronologi klien yaitu 6 tahun 10 bulan. Penulis melakukan Pemeriksaan Motorik Oral Pediatrik (PMOP) kepada klien dan didapatkan data bahwa tidak terdapat gangguan apapun. Penulis melakukan Tes Artikulasi Repetition Task didapatkan data bahwa klien belum mampu pada bunyi /r/, /s/, /z/. Pada bunyi labiodental klien sudah mampu untuk meniru. Pada bunyi laminopalatal klien belum mampu pada bunyi /c/ /sy/. Pada bunyi dorsovelar klien belum mampu pada bunyi /g/ /ng/. Pada bunyi laringeal klien sudah mampu untuk meniru. Dari hasil tes tersebut dapat penulis simpulkan bahwa bunyi yang dapat diproduksi klien mengalami keterlambatan yaitu pada

bunyi /r/, /g/, /ng/ karena batas umur perkembangan memproduksi bunyi tersebut kurang dari umur 6 tahun. Pada bunyi /r/ klien sama sekali tidak bisa memproduksinya, tetapi bunyi /g/ dan /ng/ klien terkadang bisa terkadang tidak. Dapat penulis simpulkan pada bunyi /g/ dan /ng/ klien mengalami inkonsisten. Sedangkan pada bunyi /s/, /z/, /c/, /sy/ karena menurut Speech Sound Developmental (Sander., 1972) masih bisa diproduksi pada umur yang melebihi 6 tahun. Penulis melakukan Tes Artikulasi Naming Task didapatkan data bahwa klien memiliki gangguan artikulasi yaitu dengan skor 8 substitusi, 9 omisi, 48 distorsi dan 0 addisi.

Berdasarkan hasil observasi Motorik kasar anak usia 6 tahun 10 bulan dengan Developmental Milestone (Rebecca, J., 2016), didapatkan data bahwa motorik kasar klien terkesan normal, terlihat saat penulis meminta klien untuk berjalan pada satu garis lurus klien mampu melakukannya. Berdasarkan hasil observasi Motorik halus anak usia 6 tahun 10 bulan dengan Developmental Milestone (Rebecca, J., 2016), tampak motorik halus klien terkesan belum sesuai usianya, terlihat ketika penulis meminta klien untuk menulis nama awal dan akhir, klien hanya mampu menulis nama akhir (nama panggilannya saja) klien sudah mampu meniru gambar bendera walau tidak terlalu mirip dengan contoh. Pada visual motor koordinasi klien, saat penulis meminta klien memasang kancing baju, klien mampu, namun mengikat tali sepatu klien belum mampu. Klien lebih dominan menggunakan tangan kanan.

Klien mengalami gangguan kemampuan sensorik pada tahap interpretasi, klien belum mampu mengartikan suara, terlihat saat penulis membunyikan suara kucing “meong” lalu penulis bertanya itu suara apa, klien hanya menirukan bunyi “meong” dan begitupun sebaliknya saat bunyi anjing “guk guk” klien hanya mampu menirukan bunyi “guk guk”. Berdasarkan observasi penulis pada tahap interpretasi kepada klien, klien belum mampu mengartikan warna dan bentuk balok, terlihat saat penulis menanyakan warna pada balok, klien hanya benar menjawab warna merah, klien salah dalam menjawab warna lainnya seperti warna kuning, hijau dan biru. Klien juga tidak bisa mengartikan nama bangun ruang (bentuk balok) seperti kubus, tabung, segitiga dan lain-lain. Pada taktil kinestetik tahap sensasi klien belum mampu merasakan halus dan kasar pada velcro terlihat dari ekspresi klien yang biasa saja saat menyentuh kedua tekstur tersebut.

Berdasarkan hasil observasi pada tahap perseptual klien belum mampu membedakan halus dan kasar pada velcro, terlihat dari saat penulis menanyakan “mana yang halus?, mana yang enak dipegang?” “dan mana yang kasar? yang tidak enak dipegang?” klien belum mampu. Berdasarkan hasil observasi pada tahap interpretasi klien belum mampu mengartikan halus dan kasar pada velcro, terlihat saat penulis menanyakan “ini gimana rasanya, halus/kasar”? klien tidak mampu menjawab. Kemampuan memori auditori klien terganggu, terlihat saat penulis meminta klien untuk meniru 3 digit angka, klien belum mampu menirunya. Pada observasi memori visual terganggu, saat penulis meminta klien untuk mengingat untuk meniru susunan warna 3 balok klien belum mampu melakukannya. Untuk kemampuan pemecahan masalah anak usia 6 tahun 10 bulan dengan Developmental Milestone (Rebecca, J., 2016), klien terlihat belum normal sesuai usianya, pada saat penulis meminta klien untuk berhitung angka 1-20, menghitung penjumlahan dan pengurangan sederhana klien belum mampu. Kemampuan interaksi sosial klien terganggu, klien sulit melakukan interaksi dengan orang baru, terlihat saat penulis dan klien masuk ke ruangan terapi pertama kali, terlihat klien sangat pendiam dan mengeluarkan suara yang kecil saat ditanya dan tidak menggerakkan mulutnya dengan besar serta tidak tersenyum secara sosial. Klien sempat mengompol karena malu untuk mengatakan kepada penulis. Namun pada pertemuan seterusnya, klien sudah mulai nyaman sehingga klien sudah bisa tersenyum, bahkan tertawa dan kenyingan suara klien bertambah dan mulai mengeluarkan suaranya walaupun hanya ocehan, mau bereaksi tanpa diminta/ditanya terlebih dahulu, karena penulis membuat suasana klien nyaman dan banyak canda tawa. Ibu Observasi sosial emosional klien, pada anak usia 6 tahun 10 bulan menggunakan

Developmental Milestone (Rebecca, J., 2016), ibu klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki teman dekat yang sama jenis kelamin. Untuk kemampuan merawat diri anak usia 6 tahun 10 bulan menggunakan Developmental Milestone klien belum mampu mengikat tali Sepatu dan mengingat barang miliknya karena barangnya sering ditinggalkan begitu saja, namun klien sudah mampu menyisir rambutnya sendiri.

Berdasarkan hasil studi dokumen, penulis melakukan tes Pragmatic Checklist yang diisi oleh ibu klien, klien belum pernah mendapatkan diagnosa dari profesional lain. Dari hasil tes Pragmatic Checklist yang bertujuan untuk mengukur kemampuan pragmatik klien, apakah klien dapat memahami situasi sosial dan bagaimana cara klien dalam mengkomunikasikan ide dan pikirannya dalam situasi sosial tersebut, apakah tidak ada (tidak mampu) menggunakan gestur, menggunakan 1 sampai 3 kata atau sudah mampu menggunakan bahasa yang kompleks. Didapatkan data bahwa skor yang banyak dicentang oleh ibu klien yaitu cenderung skor “tidak ada/tidak mampu” yaitu tidak mampu melakukan sesuatu berdasarkan format Pragmatic Checklist.

Dari semua hasil wawancara, observasi dan tes di atas, dapat penulis simpulkan bahwa klien mengalami Intellectual Disability. Dengan alasan sebagai berikut. Ada gangguan pada saat pranatal yaitu ibu klien memiliki hipertensi, pada saat natal klien lahir prematur, tidak menangis, lahir kuning, berat badan lahir rendah dan masuk ke inkubator selama 10 hari. Hal ini sesuai dengan pendapat Taslim, S., (2000) dalam Yulidar (2022) penyebab Intellectual Disability yaitu adanya prematuritas, bayi tidak langsung menangis waktu lahir, dan kuning (hiperbilirubinemia). Klien masih berada pada subdomain 2 yaitu pada tingkat kata dan masih terdapat SODA seperti adanya penggantian, penghilangan, pengacauan dan penambahan kata. Hal ini sesuai dengan pendapat Curtis E. Weiss (1989) dalam Yulidar (2022) karakteristik Intellectual Disability yaitu adanya kesalahan artikulasi seperti penghilangan, penggantian, dan pengacauan pada fonem-fonem.

Perkembangan bahasa dan wicara klien mengalami keterlambatan pada babbling dan lalling dan juga mengalami keterlambatan pada riwayat perkembangan motorik yaitu mengangkat kepala, tengkurap, kemampuan duduk, merangkak dan berjalan. Klien memiliki masalah pada kemampuan bahasa yaitu bahasa reseptif dan ekspresif yang tidak sesuai usia. Hal ini sesuai dengan pendapat Geller (2024) bahwa anak-anak dengan Intellectual Disability sering mengalami keterlambatan dalam bahasa ekspresif dan reseptif serta perkembangan bicara dan bahasa secara keseluruhan. Keterbatasan kognitif dapat memperlambat kemampuan mereka untuk mencapai tonggak bicara seperti mengoceh, mengucapkan kata-kata pertama, atau membentuk kalimat. Hal ini dapat memengaruhi kemampuan mereka untuk mengekspresikan pikiran dan perasaan (bahasa ekspresif) dan memahami orang lain (bahasa reseptif).

Masalah wicara klien yaitu klien mengalami keterlambatan pada bunyi tertentu seperti /g/ /r/ /ng/. Saat dilakukan tes wicara klien, tes SII didapatkan usia kejelasan wicara klien dibawah usia yaitu 19-24 bulan, karena tes SII dibawah usia, maka dilanjutkan ke tes pemeriksaan oral motor pediatrik tidak ada gangguan, pada tes repetition task klien mengalami keterlambatan pada bunyi /g/ /r/ /ng/, pada naming task klien mengalami SODA. Hal ini sesuai dengan pendapat Curtis E. Weiss (1989) dalam Yulidar (2022) karakteristik Intellectual Disability yaitu adanya kesalahan artikulasi seperti penghilangan, penggantian, dan pengacauan pada fonem-fonem. Untuk diadokinetik klien mampu mengucapkan /pa/ /ta/ /ka/, masing-masing 20 kali namun tidak sesuai dengan durasi normal pada interpretasi tes diadokinetik (Rexsy, 2022) karena hasil dari klien melebihi durasi normal, dan klien tidak bisa membunyikan /pataka/ 10 kali/.

Klien memiliki gangguan pada motorik halus yang tidak sesuai dengan usianya pada Developmental Milestone (Rebecca., J. 2016) yaitu klien tidak bisa menulis nama awal. visual motor koordinasi terganggu terlihat pada klien belum bisa mengikat tali sepatunya. kemampuan sensorik: auditori bagian interpretasi klien tidak bisa menamai suara kucing yang di dengarnya & visual

bagian interpretasi klien tidak bisa mengartikan warna dan bentuk balok, taktil kinestetik bagian sensasi klien belum mampu merasakan halus dan kasar pada velcro terlihat saat klien tidak membuat ekspresi apapun saat merakan kedua tekstur tersebut, bagian perseptual klien belum mampu membedakan halus dan kasar pada velcro, dan bagian interpretasi klien belum mampu mengartikan halus dan kasar pada velcro. Hal ini sesuai dengan pendapat Wuang et al., (2008) dalam Jeoung (2018) bahwa anak-anak dengan Intellectual Disability memiliki gangguan keterampilan sensorimotor, hal ini berkontribusi pada defisit perilaku adaptif anak dan dapat memengaruhi kemampuan mereka untuk terlibat dalam kegiatan di rumah, pendidikan, dan sosial.

Klien memiliki masalah dengan kemampuan kognitif bagian atensi, yaitu saat klien diberikan instruksi memang terlihat bahwa klien memperhatikan dengan baik, namun menimbang dari hasil wawancara dari ibu klien yang mengatakan klien tidak bisa fokus dalam belajar serta dari hasil observasi penulis terhadap respon klien ketika diberi tugas/instruksi yaitu klien terlihat asal-asalan dan tidak konsisten. Memori auditori bermasalah terlihat pada klien tidak bisa mengingat urutan digit 3 angka yang penulis sebutkan, memori visual bermasalah terlihat pada klien tidak mampu meniru urutan balok berwarna yang penulis contohkan. Ada masalah pada pemecahan masalah yaitu sesuai Developmental Milestone (Rebecca., J. 2016) pada saat penulis meminta klien untuk berhitung angka 1-20, menghitung penjumlahan dan pengurangan sederhana klien belum mampu. Masalah pada interaksi sosial yaitu klien belum mampu atau enggan berinteraksi dengan teman sebayanya dan orang baru. Perilaku abnormal klien tidak tertarik bermain dengan teman sebayanya dan lebih suka bermain sendiri. Masalah sosial emosional yaitu sesuai dengan Developmental Milestone (Rebecca., J. 2016) klien tidak memiliki teman dekat sama jenis kelamin. Kemampuan merawat diri bermasalah yaitu klien belum mampu mengikat tali sepatu, mengingat barang miliknya. Dari kesimpulan pada gejala-gejala yang dialami klien di atas, dapat penulis diagnosa bahwa klien mengalami Intellectual Disability.

Intellectual Disability adalah istilah yang digunakan ketika seorang memiliki keterbatasan tertentu dalam fungsi mental dan keterampilan seperti berkomunikasi, merawat dirinya sendiri, dan keterampilan sosial. Keterbatasan ini akan menyebabkan seorang anak belajar dan berkembang lebih lambat dari anak pada umumnya. (Yulidar, 2022). Pendapat lain yaitu Intellectual Disability adalah suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya hendaya keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial (Rusi Maslim, dalam buku saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-V). Menurut penulis, pendapat ini sesuai dengan sindrom klien yaitu klien sulit dalam berkomunikasi karena ada gangguan bahasa reseptif dan ekspresif, dan gangguan artikulasi. Klien kesulitan merawat dirinya seperti dirinya yaitu belum mampu mengikat tali sepatu dan mengingat barang miliknya. Dan keterampilan sosial klien yang terganggu seperti interaksi sosial klien yang enggan berinteraksi dengan teman sebayanya dan dengan orang baru, lebih suka bermain sendiri, dan klien tidak memiliki teman dekat sama jenis kelamin. Sehingga keterampilan yang seharusnya sudah dimiliki anak seusia klien, klien belum mencapai pada tahapan tersebut sehingga keterampilan klien mengalami keterlambatan.

Intellectual Disability merupakan kelainan yang mengacu pada fungsi intelektual umum yang disertai dengan ketidakmampuan atau kekurangan perilaku adaptif dan biasanya sudah dapat diamati kemunculannya pada masa perkembangan. (American Association of Mental Deficiency, AAMD). Hal ini sesuai dengan sindrom klien yaitu klien kesulitan dalam pemecahan masalah yaitu pada saat penulis meminta klien untuk berhitung angka 1-20, menghitung penjumlahan dan pengurangan sederhana klien belum mampu. Perilaku adaptif klien terganggu terlihat pada terdapat

gangguan sosial pada klien yaitu enggan bermain dengan sebaya, dan sulit beradaptasi dengan orang baru.

Intellectual Disability merupakan keterbelakangan mental yang ditandai dengan adanya keterbatasan dalam fungsi intelektual dan adaptif perilaku seperti yang dinyatakan dalam kemampuan konseptual, sosial, dan kemampuan dalam adaptif. Keterlambatan ini terjadi sebelum di usia 18 tahun. (The American Association on Mental Retardation, AAMR; Luckasson, Borthwick-Duffy, Buntinx, Coulter, Craig, Reeve, Schalock, Snell, Spitalnik, Spereat & Tasse, 2002). Pendapat lain juga mengatakan bahwa Intellectual Disability merupakan keadaan seorang anak yang mempunyai fungsi intelektual yang terbatas yang berakibat pada pembelajarannya. Fungsi intelektual yang terbatas menyebabkan siswa terlambat dalam pembelajarannya khususnya tantangan tugas-tugas yang kompleks dan abstrak. Beberapa aspek kemampuan adaptif anak Intellectual Disability menjadi penyumbang terhambatnya anak atau penyebab kesulitan dalam proses belajar di dalam kelas. Kemampuan adaptif tersebut antara lain kemampuan menolong diri sendiri, keterampilan gerak, komunikasi, keterampilan sosial, fungsi kognitif, memelihara kesehatan, keterampilan domestik, keterampilan vokasional dan orientasi lingkungan. Beberapa aspek kemampuan adaptif anak Intellectual Disability menjadi penyumbang terhambatnya anak atau penyebab kesulitan dalam proses belajar mengajar di dalam kelas. Aspek tersebut antara lain kemampuan kognitif, komunikasi, keterampilan sosial dan keterampilan geraknya. Terhambatnya aspek diatas akan mempengaruhi kemampuan anak dalam proses belajar mengajarnya yang berakibat pada kesulitan belajar anak di dalam kelas (Voughn dalam Budiarti dan Dewi, 2017).

Seorang anak dengan Intellectual Disability dapat muncul pada awalnya dengan keterlambatan bahasa reseptif dan ekspresif, adaptif (misalnya, toileting, berpakaian), defisit motorik halus, kesulitan dalam memecahkan masalah, ketidakdewasaan sosial, dan kesulitan perilaku. (Purugganan, O., 2018) Hal ini selaras dengan hasil observasi, wawancara, dan tes yang penulis lakukan. Berdasarkan definisi dan ciri-ciri di atas diketahui bahwa Intellectual disability atau bisa juga disebut dengan Mental Retardasi mempengaruhi fungsi intelektual, termasuk mempengaruhi kemampuan bahasa dan bicara. Menurut penulis, gangguan bahasa dan bicara yang disebabkan karena keterbatasan intelektual dalam ilmu Terapi Wicara disebut dengan Dislogia. Menurut Yulidar (2023), Dislogia merupakan kelainan bicara yang disebabkan karena adanya keterbelakangan mental, atau hambatan dalam intelektual yang intelegensi di bawah rata-rata, yang batas normalnya IQ (intelligence quotient) sebesar 90. Anak yang memiliki kelainan atau kegagalan produksi artikulasi bisa disebabkan karena adanya kelainan berupa keterbelakangan mental artinya mengalami retardasi mental yang memiliki gangguan dalam bahasa dan bicara disebut dengan istilah dislogia. Dalam diagnosis terapi wicara, Intellectual Disability atau yang disebut juga sebagai mental retardasi tergolong kepada Dislogia. Permenkes RI No. 81 Tahun 2014 menyatakan, dislogia adalah gangguan wicara yang disebabkan adanya Mental Retardasi yang terjadi dalam masa perkembangan yang disebabkan karena adanya kerusakan otak, genetik, dan psikososial.

Kesimpulan

Berdasarkan kegiatan terapi yang di lakukan dapat ditemukan beberapa kesimpulan yaitu, berdasarkan tujuan jangka pendek yang penulis tetapkan didapatkan hasil evaluasi klien pada pre-test yaitu skor menamai klien yaitu 0 dan untuk post-test didapatkan hasil skor menamai klien yaitu 0. Berdasarkan pada kriteria respon dan keberhasilan dinyatakan bahwa metode Drill Play pada klien suspect Intellectual Disability berhasil karena adanya peningkatan skor, yaitu adanya penambahan 1 skor. Maka dapat disimpulkan bahwa metode Drill Play efektif untuk meningkatkan bahasa ekspresif dalam menamai tingkat kata klien suspect Intellectual Disability. Ditemukan adanya peningkatan kemampuan klien dilihat dari faktor internal yang mempengaruhi hasil skor

klien yaitu kondisi klien saat terapi, evaluasi harian dan post-test. Klien tidak konsisten dan klien sulit fokus dalam belajar dan terkadang asal menjawab. Dan juga dipengaruhi oleh prognosa dan diagnosa yang dimiliki klien. Kemudian terdapat faktor eksternal yang mempengaruhi hasil skor pada klien yaitu waktu terapi yang hanya 6 sesi dalam 1 bulan, gangguan dari orang lain saat terapi. Penulis juga mengevaluasi peningkatan skor klien juga dipengaruhi faktor internal yaitu klien bersemangat saat melakukan terapi. Klien tidak memiliki gangguan perilaku yang parah seperti tantrum dan lain-lain. Sedangkan faktor eksternal yang mempengaruhi peningkatan dalam metode terapi yaitu pelaksanaan terapi di rumah sakit sehingga kondisi tempat terapi sangat memadai karena ada ruangan terapi yang kondusif. Kondisi dari anggota keluarga klien yaitu ibu dan ayah klien yang kooperatif dapat mendukung klien ketika terapi dilakukan. Pada saat pelaksanaan terapi, penulis memiliki kekurangan dalam hal pemberian reinforcement yang kurang terstruktur dan pemberian prompt yang terkadang tidak sesuai dengan urutan, sehingga adanya langkah- langkah terapi awal ada yang kurang sesuai/lengkap.

Daftar Rujukan

- Adams, S., & Baker, L. (2023). Supporting communication development in children with special needs. Routledge.
- Amalia, W., & Satiti, I. A. D. (2020). Kenali dan Cegah Keterlambatan Bicara (Speech Delay) pada Anak Usia Dini di Paud Maju Mapan Desa Bendosari, Kecamatan Pujon, Kabupaten Malang. JAPI (Jurnal Akses Pengabdian Indonesia), Volume 5, Nomor 1, Juni 2020, e-ISSN 2548-3463
- Bandi., D. (2006). Pembelajaran Anak Tuna Grahita: Suatu Pengantar Dalam Pendidikan Inklusi. Bandung: PT Rafika Aditama
- Binuko, K. P. E., Ugantoro, T. (2022) Berat Lahir Bayi Lahir Sangat Rendah dengan Asfiksia Sedang. Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Brown, C., & Smith, J. (2021). Language development in children with intellectual disabilities: Current perspectives. *Journal of Developmental Disorders*, 15(2), 112-125.
- Budiarti, M dan Dewi, C. (2017). Analisis Kesulitan Belajar Siswa Menta Retardation di SDN Kedungputri 2 (Studi Kasus di SDN Kedungputri 2, Paron Kabupaten Ngawi). MUADDIB: Studi Kependidikan dan Keislaman. 7(2). 132-143
- Center : New York, NY
- Chen, H., & Li, Q. (2022). The impact of play-based interventions on language acquisition in young children. *Early Childhood Research Quarterly*, 58, 201-210.
- Clark, M., & White, K. (2021). Enhancing social communication in children with developmental delays through targeted interventions. *Child Development Perspectives*, 15(4), 220-227.
- Dumalang, dkk (2022). Analisa Perbandingan Pengukuran Tekanan Darah antara Posisi Tidur dan Posisi Duduk pada Lansia. *Jurnal Biomedik Fakultas Kedokteran Unviersitas Sam Ratulangi Manado, Indonesia*.
- Garcia, R., & Perez, M. (2020). Repetitive drills and their effectiveness in vocabulary acquisition for children with language impairments. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 22(3), 267-275.
- Gonzales, A., & Wong, P. (2023). Efficacy of drill-play interventions for expressive language in children with suspected intellectual disability: A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(5), 612-620.
- Johnson, L., & Lee, D. (2020). Expressive language skills: Foundations for effective communication in early childhood. *Communication Disorders Quarterly*, 41(2), 78-89.
- Kadim, M. 2000. Retardasi Mental. *Sari Pediatri*. 2(3). 170 – 177

- Kaimmudin, dkk. (2018). Hubungan Usia Ibu saat Hamil dengan Kejadian Hipertensi di RSU GMIM Pancaran Kasih Manado. E-journal Keperawatan (e-Kp) Unviersitas Sam Ratulangi Manado, Volume 1 Nomor 6, Mei 2018.
- Kim, S., Park, H., & Lee, J. (2017). Effectiveness of drill-based therapy on expressive language in children with Down syndrome. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(8), 2250-2261.
- Kurniati, Erisa. (2017). Perkembangan Bahasa Pada Anak Dalam Psikologi Serta Implikasinya Dalam Pembelajaran. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, Volume 17, Nomor 3 (hlm. 48).
- Kurniawan, Y., dkk. (2023). Analisis Baterai Emergency pada Inkubator Bayi dengan Variasi Daya Lampu Pijar 25 Watt dan 50 Watt. *Jurnal Rekaya Energi (JRE) –Vol. 02, No. 02 (Tahun 2023)*, Hal. 11 –16.
- Lee, Y., & Park, S. (2016). Improving speech production and language skills in children with speech sound disorders through systematic drill practice. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 68(2), 95-103.
- Miller, A., & Davis, R. (2018). Integrating play into speech and language therapy for children with developmental delays. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 49(3), 601-610.
- Prawirohardjo, S. (2009). Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT. Bina Pustaka Purugganan, O. (2018). Department of Pediatrics. Columbia University Medical
- Rebecca J. Scharf, MD, MPH, Graham J. Scharf, MA, Annemarie Stroustrup, MD, MPH. (2016). Developmental Milestones. Division of Developmental Pediatrics, Center for Global Health, Department of Pediatrics, University of Virginia, Charlottesville, VA.
- Rodriguez, F., & Santos, L. (2015). The role of repetition in language intervention for children with communication disorders. *Journal of Communication Disorders*, 57, 10-20.
- Sirait, A. (2014). Prevalensi Hipertensi pada Kehamilan di Indonesia dan Berbagai Faktor yang Berhubungan (Riset Kesehatan Dasar 2007). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 15(2 Apr), 103–109. <https://doi.org/10.22435/bpsk.v15i2>
- Taruna, R. (2022). Asesmen dan Diagnosis Terapi Wicara (Prototipe Asesmen dan Diagnosis). STIKes Mercubaktijaya Padang.
- Taylor, J., & Wilson, G. (2024). Innovative approaches in speech therapy: Maximizing language outcomes in children with special needs. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 33(1), 123-135.
- Wang, L., Zhang, H., & Li, M. (2019). Social interaction and language development in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 94, 103496.
- Yulidar (2022). Buku Ajar Dislogia. Akademi Terapi Wicara Yayasan Bina Wicara Jakarta.
- Yulsyofriend, dkk. (2019). Dampak Gadget Terhadap Perkembangan Bahasa Anak Usia Dini. *G PAUD, FIP, Universitas Negeri Padang, Padang*, 25171. ISSN: 2580 – 4197 15(1), 1-15.