

PENGARUH *AUDITORY VISUAL THERAPY (AVT)* TERHADAP PERKEMBANGAN BAHASA ANAK GANGGUAN PENDENGARAN USIA SEKOLAH (6-12 TAHUN) DI SLB DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

Ni Ketut Mendri¹, Atik Badi'ah², Yustiana Olfah³

^{1,2,3}Dosen Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta Jurusan Keperawatan

ABSTRAK

Latar Belakang : Gangguan pendengaran yang terjadi pada anak perlu untuk dilakukan deteksi seawal mungkin mengingat peranan pendengaran dalam proses perkembangan bicara sangatlah penting. Fungsi pendengaran dan juga perkembangan bicara sudah termasuk ke dalam program evaluasi perkembangan anak secara umum yang biasa dilakukan mulai dari tingkatan Posyandu oleh profesi di bidang kesehatan khususnya profesi perawat. Perkembangan bahasa anak tunarungu pada awalnya tidak berbeda dengan perkembangan bahasa anak normal karena bahasa sangat dipengaruhi oleh pendengarannya sehingga perkembangannya terhambat. Pada awalnya perkembangan bahasa anak tuna rungu tidak berbeda dengan anak normal, pada usia awal bayi akan menangis jika lapar, haus, buang air besar, buang air kecil, atau sakit. **Tujuan :** Diketuainya pengaruh *Auditory Visual Therapy (AVT)* terhadap perkembangan bahasa anak gangguan pendengaran usia sekolah (6-12 Tahun) di SLB Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). **Metode :** Jenis penelitian *Quasi eksperiment* dengan rancangan "Pre test Post test with Control Group Design". Rancangan ini ada kelompok pembandingan (kontrol), observasi dilakukan dua kali. Observasi pertama untuk mengetahui perkembangan bahasa anak gangguan pendengaran usia sekolah (6-12 tahun) sebelum diberikan *Auditory Visual Therapy (AVT)* dan observasi kedua sesudah diberikan *Auditory Visual Therapy (AVT)*. Pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling* dengan kriteria anak gangguan pendengaran usia sekolah (6-12 tahun) di SLB Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Data hasil pemeriksaan dianalisis secara diskriptif dan secara analitik dengan bantuan program SPSS *for windows* versi 16.0 menggunakan uji *pair t-test*, *wilcoxon*, *mann whitney* dan uji beda *delta* dengan taraf signifikan 0,05. **Hasil :** Perkembangan bahasa anak dengan gangguan pendengaran pada kelompok eksperimen kategori kurang dan pada kelompok kontrol kategori kurang. Nilai *pre test* dan *post test* dengan p (*sig*) $0,000 < 0,05$ berarti ada perbedaan antara *pre test* dan *post test* pada kelompok eksperimen. Nilai *pre test* dan *post test* dengan p (*sig*) $0,001 < 0,05$ berarti ada perbedaan antara kelompok eksperimen *pre test* dan *post test*. Hasil uji beda *delta* pada kelompok eksperimen dan kontrol p (*sig*), 0,05. **Kesimpulan :** Ada peningkatan pengaruh pemberian *Auditory Visual Therapy (AVT)* Terhadap Perkembangan Bahasa Anak Gangguan Pendengaran Usia Sekolah (6-12 Tahun) di SLB Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dengan nilai p (*sig*) $< 0,05$ berarti H_0 diterima dan H_0 ditolak.

Kata Kunci :

Auditory Visual Therapy (AVT), perkembangan bahasa, anak gangguan pendengaran, usia sekolah

ABSTRACT

Background: Hearing loss in children should be detected as early as possible because hearing plays a very important role in the speech development. The functions of hearing and speech development have been included in the evaluation program of children development which commonly conducted in the *Posyandu* (Integrated Health Post) by the health practitioners, particularly the nurses. The language development of deaf children in the initial stage is not different from the language development of normal children. However, because language is strongly influenced by hearing ability, thus in a later stage, the language development of deaf children is impaired by their hearing problems. In the beginning, the language develop-

ment of the deaf children is not different from the normal children, in which babies will cry when they are hungry, thirsty, defecate and urinate, or when they are in pain. **Objective:** To determine the effect of auditory visual therapy (AVT) on the language development of children with hearing problems, school aged (6 – 12 years) in the School for Special Needs, Yogyakarta. **Method:** This study was a quasi-experiment research with pre-test and post-test control group design and observation on the respondents was conducted twice during the study. The first observation was conducted to find out the language development of children with hearing problems, school aged (6-12 years), before they were treated with ATV and second observation was conducted after they were treated with ATV. Sample were selected through purposive sampling in which the criteria was children with hearing problems aged 6-12 in the School for Special Needs Yogyakarta. The data were analyzed by using statistical test – the *pair t-test*, *Wilcoxon*, *Mann Whitney* and *delta* with the significant value was set on 0.05. **Result:** The language development of children with hearing problems in both the experiment and control group was poor. The value of pre-test and post-test ($p = 0.000 < 0.05$) showed there was a difference between the pre-test and post-test in the experiment group. The result of *delta* test showed the difference in the experiment and control group was 0.05. **Conclusion:** There is an improvement in the effect of ATV on language development of children with hearing problems, school aged (6-12 years) in the School for Special Needs, Yogyakarta ($p < 0.05$).

Keywords: *Auditory Visual Therapy (AVT)*, language development, school age

PENDAHULUAN

Gangguan pendengaran pada anak atau tunarungu adalah istilah yang menunjuk pada kondisi ketidakfungsian organ pendengaran atau telinga seorang anak. Kondisi ini menyebabkan mereka mengalami hambatan atau keterbatasan dalam merespon bunyi-bunyi yang ada di sekitarnya. Tunarungu terdiri atas beberapa tingkatan kemampuan mendengar yaitu ada yang khusus dan umum. Pada anak yang menderita tunarungu dimana menunjukkan suatu kondisi ketidakfungsian organ pendengaran atau telinga seorang anak. Kondisi ini menyebabkan mereka memiliki karakteristik yang khas, berbeda dengan anak normal pada umumnya.

Gangguan pendengaran atau tunarungu adalah kehilangan kemampuan mendengar pada tingkat 70 dB atau lebih sehingga ia tidak dapat mengerti pembicaraan orang lain melalui pendengarannya sendiri, tanpa menggunakan alat bantu mendengar. Kehilangan pendengaran adalah terganggunya penangkapan suara yang dapat diukur dengan ukuran *desiBell (dB)* yang dinyatakan dengan bentuk angka. Hakikatnya anak tunarungu adalah anak yang mengalami kondisi kekurangan atau kehilangan fungsi pendengaran yang disebabkan oleh kerusakan atau ketidakberfungsian organ-organ

pendengaran.

Gangguan pendengaran yang terjadi pada anak perlu untuk dilakukan deteksi seawal mungkin mengingat peranan pendengaran dalam proses perkembangan bicara sangatlah penting. Fungsi pendengaran dan juga perkembangan bicara sudah termasuk ke dalam program evaluasi perkembangan anak secara umum yang biasa dilakukan mulai dari tingkatan Posyandu oleh profesi di bidang kesehatan khususnya profesi perawat.

Ada 360 juta orang di dunia menderita gangguan pendengaran atau tunarungu sebanyak 5,3% dari populasi. Sebanyak 32 juta (9%) di antaranya adalah anak-anak. Pada tahun 2015 insiden anak dengan gangguan pendengaran atau tunarungu di Indonesia sebanyak 45 juta (16,8 %) dari jumlah penduduk yang ada.

Perkembangan bahasa anak tunarungu pada awalnya tidak berbeda dengan perkembangan bahasa anak normal karena bahasa sangat dipengaruhi oleh pendengarannya sehingga perkembangannya terhambat. Pada awalnya perkembangan bahasa anak tunarungu tidak berbeda dengan anak normal, pada usia awal bayi akan menangis jika lapar, haus, buang air besar, buang air kecil, atau sakit. Pada masa meraban anak tunarungu membuat bunyi

konsonan maupun vokal. Bayi ingin membuat kontak dengan orang lain melalui suara, tetapi karena suara yang dibuatnya tidak dapat didengarnya, begitu pula bayi tidak dapat merespon suara yang dikeluarkan orang tua maupun saudaranya. Akibatnya, anak tuna rungu kurang termotivasi dan kurang senang untuk bermain dengan bunyi tersebut. Akhirnya perkembangan bahasanya terhenti pada masa meraban ini. Dengan demikian akibat tidak ada masukan bunyi suara atau pesan yang diterima oleh anak tuna rungu maka organ bicaranya tidak terlatih untuk mengungkapkan kata-kata (Wongs, 2013).

Keterbatasan bahasa atau kecakapan bahasa anak dibedakan atas perolehan bahasa dari lingkungan keluarganya, yaitu apakah orang tuanya tunarungu atau mendengar sehingga mempengaruhi penggunaan bahasa untuk berkomunikasi, apakah menggunakan bahasa isyarat atau berbicara. Kecakapan berbahasa lebih banyak menggunakan bahasa isyarat yang dipelajari melalui kontak dengan teman sebayanya dan akhirnya berkembang menjadi bahasa isyarat formal dirinya secara nyata. Bahasa tulisnya menggunakan kalimat yang pendek-pendek.

Anak tunarungu mengalami kesulitan dalam menyusun bentuk dan struktur kalimat. Anak tunarungu mengalami keterbatasan dalam mengerti tanda-tanda baca, seperti : kalimat berita, perintah, dan tanya. Kemampuan bahasa tulis, apabila diadakan evaluasi maka kebanyakan dari anak tunarungu tidak memiliki perbendaharaan kata yang cukup untuk kepentingan akademis yang lebih tinggi. Perolehan bahasa anak normal berawal dari adanya pengalaman atau situasi bersama antara bayi dengan ibunya dan orang yang ada di sekitarnya. Anak tidak diajarkan kata-kata kemudian diberitahukan artinya, melainkan melalui pengalamannya ia belajar menghubungkannya antara pengalaman dan lambang bahasa yang diperoleh melalui pendengarannya. Proses ini merupakan dasar dari berkembangnya bahasa batin (*inner language*). Setelah itu, anak mulai memahami hubungan antara lambang bahasa dengan benda atau kejadian yang dialaminya dan terbentuklah bahasa reseptif anak. Setelah

bahasa reseptif mulai terbentuk, anak mulai mengungkapkan diri melalui kata-kata sebagai awal kemampuan bahasa ekspresif.

Semua kemampuan ini berkembang melalui pendengaran. Setelah anak memasuki usia sekolah, penglihatan berperan dalam perkembangan bahasanya, yaitu kemampuan membaca (bahasa reseptif melalui penglihatan) dan menulis bahasa ekspresif (melalui penglihatan). Perolehan bahasa pada anak tunarungu dimulai dari pengalaman melalui penglihatan dengan membaca ujaran. Memahami ujaran ini sebagai unsur atau dasar dari bahasa batinnya. Jadi bahasa batin anak tunarungu terdiri dari kata-kata sebagaimana tampil pada gerak dan corak bibir sebagai pengganti bunyi bahasa berupa vokal, konsonan, dan intonasi pada anak mendengar. Seperti anak mendengar, pada anak tunarungu kemampuan bahasa reseptif (bicara) baru dapat dituntut setelah terjadi perkembangan bahasa reseptif yang berkembang lebih dahulu.

Pengalaman atau situasi bersama dengan orang tua khususnya ibu merupakan persyaratan pertama untuk pengembangan bahasa anak. Dapat dikatakan bahwa masukan bahasa dalam jumlah besar merupakan suatu prasyarat sebelum anak tunarungu dituntut mengekspresikan diri melalui bicara (Bunawan dan Yuwati, 2000). Besar atau kecilnya hambatan perkembangan bahasa dan ujaran anak tunarungu tergantung pada karakteristik kehilangan pendengarannya. Hambatan tersebut dapat mengakibatkan kesulitan dalam belajar di sekolah dan dalam berkomunikasi dengan orang yang dapat mendengar/berbicara sehingga berdampak pada perkembangan sosial dan keragaman pengalamannya.

Sebagian besar perkembangan sosial masyarakat didasarkan atas komunikasi lisan, begitu pula perkembangan komunikasi itu sendiri, sehingga gangguan dalam proses ini (seperti terjadinya gangguan pendengaran), akan menimbulkan masalah. Dampak yang paling serius dari ketunarunguan yang terjadi pada masa prabahasa terhadap perkembangan individu adalah dalam perkembangan bahasa lisan dan akibatnya dalam kemampuannya untuk belajar secara normal di sekolah yang

sebagian besar didasarkan atas pembicaraan guru, membaca dan menulis.

Anak dengan gangguan pendengaran atau tuna rungu dapat dikurangi dengan memanfaatkan sisa pendengaran dan menggunakan alat bantu dengar meskipun hasilnya tidak sempurna. Selain itu anak tuna rungu juga perlu mendapatkan terapi wicara untuk memperbaiki gangguan berbahasa sehingga anak tuna rungu bisa menjadi produktif dan dapat memperbaiki kualitas hidupnya. Terapi wicara diberikan kepada mereka anak tuna rungu atau mereka yang mengalami gangguan komunikasi termasuk dalam gangguan berbicara, berbahasa serta gangguan menelan. Terapi wicara juga dapat bermanfaat untuk membangun kembali kognisi serta produktifitas anak tuna rungu. Pentingnya terapi wicara dengan metode *Auditory Visual Therapy (AVT)* sangat diperlukan untuk menstimulasi perkembangan bahasa anak dengan gangguan pendengaran atau tuna rungu sehingga anak dapat berbicara mulai dari latihan mengenal huruf vokal contohnya a, i, u, e, o dan huruf konsonan antara lain b, c, d dan seterusnya sehingga anak diharapkan dapat menyusun kata dan merangkai kata dalam kalimat.

Metode *Auditory Visual Therapy (AVT)* seharusnya masuk dalam kurikulum pembelajaran di Sekolah Luar Biasa (SLB) bagian B (tuna rungu) dan wajib dilakukan untuk memberikan stimulasi bahasa dan rangsangan *tactile* atau raba pada anak tuna rungu, namun sampai saat ini metode *Auditory Visual Therapy (AVT)* belum dilakukan oleh guru secara maksimal sehingga perkembangan bahasa anak tuna rungu tidak optimal.

Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan Nopember 2015 dari empat Sekolah Luar Biasa (SLB) di Yogyakarta penulis melakukan observasi selama pembelajaran ditemukan bahwa pembelajaran di SLB ditemukan tiga sekolah (75 %) dari empat SLB menggunakan bahasa isyarat, belum dilatih menggunakan metode *Auditory Visual Therapy (AVT)*.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang "Pengaruh *Auditory Visual Therapy (AVT)* Terhadap Perkembangan Bahasa Anak

Gangguan Pendengaran Usia Sekolah (6-12 Tahun) di SLB Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh *Auditory Visual Therapy (AVT)* Terhadap Perkembangan Bahasa Anak Gangguan Pendengaran Usia Sekolah (6-12 Tahun) di SLB Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian *Quasi eksperiment* dengan rancangan *pre test-post test with control group design*. Adapun rancangan penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :

Pre test	Perlakuan	Post test
O ₁	X	O ₂
O ₃	-	O ₄

Keterangan:

X : Perlakuan dengan *Auditory Visual Therapy (AVT)*

O₁ : *Pre test* Perkembangan Bahasa Anak Gangguan Pendengaran Usia Sekolah (6-12 Tahun) pada kelompok perlakuan

O₂ : *Post test* Perkembangan Bahasa Anak Gangguan Pendengaran Usia Sekolah (6-12 Tahun) pada kelompok perlakuan

O₃ : *Pre test* Perkembangan Bahasa Anak Gangguan Pendengaran Usia Sekolah (6-12 Tahun) pada kelompok kontrol

O₄ : *Post test* Perkembangan Bahasa Anak Gangguan Pendengaran Usia Sekolah (6-12 Tahun) pada kelompok kontrol

Penelitian dilaksanakan di 4 tempat SLB di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) yaitu SLB N Pembina, SLB Negeri I Bantul di Kalibayem, SLB Karnnamanohara dan SLB Rela Bakti I Gamping Sleman Yogyakarta pada bulan Mei sampai Juli Tahun 2016 (lama intervensi selama 3 bulan).

Populasi adalah semua anak gangguan pendengaran yang ada di SLB Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY).

Populasi dalam penelitian ini yang menjadi responden dua kelompok anak gangguan pendengaran usia sekolah (6-12

tahun) di SLB DIY, sebanyak 37 pada masing-masing kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Teknik penarikan sampel pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. Alat Ukur Atau Instrumen Pengumpulan Data dengan menggunakan peralatan buku saku untuk *Auditory Visual therapy (AVT)*. Peralatan untuk penelitian :lembar observasi perkembangan bahasa anak dengan gangguan pendengaran. Instrumen pengumpulan data berupa lembar observasi dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Buku saku *AVT* dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan cara uji pakar/*Expert* kepada 2 orang ahli yaitu Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes (pakar penanganan anak berkebutuhan khusus/ABK) dan Tantan Rushendi, S.Pd (Kepala Sekolah SLB Karnnamanohara dan pakar penanganan anak tuna rungu).

Mengambil sampel sesuai dengan kriteria yang ditetapkan yaitu anak dengan gangguan pendengaran usia sekolah (6-12

tahun), di SLB Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), dalam keadaan sehat dan bersedia dijadikan sebagai responden. Menentukan kelompok perlakuan diberikan *pre test*, kemudian diberikan *Auditory Visual Therapy/AVT* selanjutnya dilakukan *post test* dengan menggunakan lembar observasi yang sama dengan *pretest*.

Menentukan kelompok kontrol diberikan *pre test*, selanjutnya dilakukan *post test* dengan menggunakan lembar observasi yang sama dengan *pretest*.

Kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol dibandingkan perkembangan bahasa sebelum dan sesudah diberikan *Auditory Visual Therapy/AVT*. Pemberian Intervensi atau perlakuan *Auditory Visual Therapy/AVT (X)* pada kelompok perlakuan.

Data hasil pemeriksaan akan dianalisis secara diskriptif dan secara analitik dengan bantuan program SPSS for windows versi 16.0 menggunakan uji *pairt-test*, *Wilcoxon*, *mann whitney* dan uji beda *delta* dengan taraf signifikan 0,05.

HASIL

1. Lokasi dan distribusi responden berdasarkan tempat penelitiandi Sekolah Luar Biasa (SLB) Propinsi DIY

Tabel 1. Lokasi dan distribusi responden berdasarkan tempat penelitian di Sekolah Luar Biasa (SLB) Propinsi DIY

No	Lokasi	Kelompok Eksperimen		Kelompok Kontrol	
		Frekuensi (f)	Prosentase (%)	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Sekolah Luar Biasa Karnnamanohara	25	67,6	25	67,6
2.	Sekolah Luar Biasa Negeri I Bantul di Kalibayem	7	18,9	7	18,9
3.	Sekolah Luar Biasa Rela Bakti I Sleman	2	5,4	2	5,4
4.	Sekolah Luar Biasa Negeri Pembina	3	8,1	3	8,1
Total		37	100	37	100

Sumber: Analisis data primer

Dari Tabel 1 di atas dapat dilihat bahwa jumlah responden terbanyak adalah di Sekolah Luar Biasa Karnnamanohara sebanyak 25 responden (67,6 %). Responden yang paling sedikit di sekolah luar biasa Rela Bakti sebanyak 2 responden (5,4%).

2. Karakteristik responden anak berdasarkan umur, jenis kelamin, kelas dan urutan lahir pada anak dengan gangguan pendengaran di Sekolah Luar Biasa (SLB) Propinsi DIY

Tabel 2. Karakteristik responden anak berdasarkan umur, jenis kelamin, kelas dan urutan lahir pada anak dengan gangguan pendengaran di Sekolah Luar Biasa(SLB) Propinsi DIY

No	Karakteristik Responden	Kelompok Eksperimen		Kelompok Kontrol	
		Frekuensi (f)	Prosentase (%)	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Umur (tahun)				
	a. 6-8	13	35,1	13	35,1
	b. >8-10	14	37,8	14	37,8
	c. >10-12	10	27,1	10	27,1
2.	Jenis Kelamin				
	a. Laki-laki	24	64,9	18	48,6
	b. Perempuan	13	35,1	19	51,4
3.	Kelas				
	a. Taman	11	29,7	14	37,8
	b. Dasar	26	70,3	23	62,2
4.	Urutan Anak ke				
	a. Satu	14	37,8	7	18,9
	b. Dua	15	40,6	18	48,7
	c. Tiga	7	18,9	11	29,7
	d. Empat	1	2,7	1	2,7
	Total	37	100	37	100

Sumber: Analisis data primer

Dari Tabel 2 di atas dapat dilihat bahwa umur pada kelompok eksperimen dan kontrol sebagian besar >8-10 tahun sebanyak 14 (37,8 %). Jenis kelamin pada kelompok eksperimen sebagian besar /laki-laki sebanyak 24 anak (64,9 %). Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar ber jenis kelamin perempuan sebanyak 19 responden (51,4 %). Tingkatan kelas pada kelompok

eksperimen sebagian besar kelas Dasar sebanyak 26 responden (70,3 %) dan pada kelompok kontrol sebagian besar kelas Dasar sebanyak 23 responden (62,2 %). Urutan anak pada kelompok eksperimen sebagian besar urutan ke dua sebanyak 15 responden (40,6 %) dan pada kelompok kontrol sebagian besar urutan kedua sebanyak 18 responden (48,7 %).

3. Perkembangan bahasa anak dengan gangguan pendengaran pada kelompok eksperimen dan kontrol sebelum dan setelah diberikan *Auditory Visual Therapy (AVT)* pada anak dengan gangguan pendengaran di Sekolah Luar Biasa (SLB) Propinsi DIY

Tabel 3. Perkembangan bahasa anak dengan gangguan pendengaran pada kelompok eksperimen dan kontrol sebelum dan setelah diberikan *Auditory Visual Therapy (AVT)* pada anak dengan gangguan pendengaran di Sekolah Luar Biasa (SLB) Propinsi DIY

No	Kategori perkembangan n	Kelompok Eksperimen				Kelompok Kontrol			
		Pre Test		Post Test		Pre Test		Post Test	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1.	Baik	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	Cukup	2	5,4	17	45,9	1	2,7	1	2,7
3.	Kurang	35	94,6	20	54,1	36	97,3	3	97,3
Total		37	100	37	100	37	100	3	100
								6	7

Pada Tabel 3 di atas dapat dilihat bahwa perkembangan bahasa anak dengan gangguan pendengaran pada kelompok eksperimen sebelum diberikan AVT sebagian besar kategori kurang 35 responden (94 %) dan setelah diberikan AVT sebagian besar kategori kurang 20 responden (54,1 %) dan ada peningkatan sebelum diberikan perlakuan AVT kategori cukup sebanyak 2 responden (5,4 %) menjadi 17 responden (45,9 %). Pada kelompok kontrol sebelum dan setelah diberikan perlakuan AVT sebagian besar kurang sebanyak 36 responden (97,3 %).

4. Uji Normalitas

Uji normalitas diuji menggunakan *shapiro wilk* karena $n < 50$, dengan $p (sig) > 0,05$ berarti data berdistribusi normal dan $p (sig) < 0,05$ berdistribusi tidak normal.

Tabel 4. Uji normalitas kelompok eksperimen dan kelompok kontrol pre test dan post test pada anak dengan gangguan pendengaran di Sekolah Luar Biasa (SLB) Propinsi DIY

Variabel	Kelompok	p	Keterangan
Perkembangan Bahasa	Pre Eksperimen	0,063	Normal
	Kontrol	0,079	Normal
Bahasa	Pos Eksperimen	0,025	Tidak Normal
	Kontrol	0,134	Normal

Pada Tabel 4 di atas dapat dilihat bahwa kelompok kontrol pre test dengan $p (sig) 0,079$ dan post test nilai $p (sig) 0,134 > 0,05$, mempunyai data yang berdistribusi normal sehingga digunakan uji parametrik *paired t-test*. Pada kelompok eksperimen data post test dengan $p (sig) 0,025 < 0,05$ mempunyai data yang berdistribusi tidak normal sehingga digunakan uji non

parametrik turunan *paired t-test* yaitu *wilcoxon*.

5. Uji Bivariat

Tabel 5. Hasil uji analisa data perbedaan antara pre test dan post test pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol pada anak dengan gangguan pendengaran di Sekolah Luar Biasa (SLB) Propinsi DIY

Variabel	Kelompok	$p (sig)$	
Perkembangan Bahasa	Eksperimen	Pre test	0,000
		Post test	
	Kontrol	Pre test	0,001
		Post test	

Pada Tabel 5 di atas dapat dilihat bahwa pada kelompok eksperimen pre test dan post test dengan nilai $p (sig) 0,000 < 0,05$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak berarti ada perbedaan antara pre test dan post test pada kelompok eksperimen. Pada kelompok kontrol pre test dan post test dengan nilai $p (sig) 0,001 < 0,05$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak berarti ada perbedaan antara pre test dan post test pada kelompok kontrol.

Tabel 6. Hasil uji analisa data perbedaan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sebelum dan

setelah diberikan perlakuan *AVT* pada anak dengan gangguan pendengaran di Sekolah Luar Biasa (SLB) Propinsi DIY

Variabel		Kelompok	<i>p (sig)</i>
Perkembangan Bahasa	<i>Pre test</i>	Eksperimen	0,139
		Kontrol	
	<i>Post test</i>	Eksperimen	0,000
		Kontrol	

Pada Tabel 6 di atas dapat dilihat bahwa *pre test* pada kelompok eksperimen dan kontrol dengan nilai *p (sig)* $0,139 > 0,05$ maka H_a ditolak dan H_0 diterimaberarti tidak ada perbedaan *pre test* antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Sedangkan *post test* pada kelompok eksperimen dan kontrol dengan nilai *p (sig)* $0,000 < 0,05$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak berarti ada perbedaan antara *post test* pada kelompok eksperimen dan kontrol pada anak dengan gangguan pendengaran atau tuna rungu

Tabel 7. Hasil uji beda delta antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol pada anak dengan gangguan pendengaran di Sekolah Luar Biasa (SLB) Propinsi DIY

Variabel	Kelompok	<i>p (sig)</i>
Perkembangan Bahasa	Eksperimen	0,017
	Kontrol	0,000

Pada Tabel 7 di atas dapat dilihat bahwa uji beda delta pada kelompok eksperimen didapatkan nilai *p value (sig)* sebesar $0,017 < 0,05$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak berarti ada peningkatan perbedaan pada kelompok eksperimen dan uji beda delta pada kelompok kontrol didapatkan nilai *p value (sig)* sebesar $0,000 < 0,05$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak berarti ada peningkatan perbedaan pada kelompok kontrol pada anak dengan gangguan pendengaran atau tuna rungu.

PEMBAHASAN

1. Perkembangan Bahasa anak gangguan pendengaran usia sekolah (6-12 tahun) sebelum dilakukan *Auditory Visual Therapy (AVT)* di SLB Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY).

Pada Tabel 3 di atas dapat dilihat bahwa perkembangan bahasa anak dengan gangguan pendengaran pada kelompok eksperimen sebelum diberikan *AVT* sebagian besar kategori kurang 35 responden (94 %) dan pada kelompok kontrol sebelum sebagian besar kurang sebanyak 36 responden (97,3 %). Pada kelompok kontrol tidak ada perubahan dengan hasil tetap dengan kategori kurang. Pada kelompok eksperimen dan kontrol sebelum diberikan *AVT* tidak ada responden dengan kategori baik. Pada saat *pre test* responden sulit mengenal gambar dan mengucapkan kata-kata yang panjang dan huruf konsonan, contoh kelengkeng, rambutan, flamboyan dan lain-lain. Dari 100 suku kata ada yang bisa mengucapkan Cuma 1 kata yaitu bola, itupun tidak jelas dan agak teriak. Hal ini disebabkan banyak faktor yang mempengaruhi anak tuna rungu dalam perkembangan bahasa.

Menurut Ratih dan Rini (2015) bahwa anak tunarungu merupakan anak yang mempunyai gangguan pada pendengarannya sehingga tidak dapat mendengar bunyi dengan sempurna atau bahkan tidak dapat mendengar sama sekali, tetapi dipercayai bahwa tidak ada satupun manusia yang tidak bisa mendengar sama sekali. Walaupun sangat sedikit, masih ada sisa-sisa pendengaran yang masih bisa dioptimalkan pada anak tunarungu tersebut. Anak tuna rungu atau gangguan pendengaran penyebabnya adalah anak sangat sedikit memiliki kosakata dalam sistem otak dan anak tidak terbiasa berbicara. Anak yang mengalami gangguan pendengaran memiliki tingkat intelegensi bervariasi dari yang rendah hingga jenius. Anak tunarungu yang memiliki intelegensi normal pada umumnya tingkat prestasinya di sekolah rendah. Hal ini disebabkan oleh perolehan informasi dan pemahaman bahasa lebih sedikit bila dibanding dengan anak mampu dengar. Anak tunarungu mendapatkan informasi dari indera yang masih berfungsi, seperti indera penglihatan, perabaan, pengecap

dan penciuman. Anak tunarungu kurang memiliki pemahaman informasi verbal. Hal ini menyebabkan anak sulit menerima materi yang bersifat abstrak, sehingga dibutuhkan media untuk memudahkan pemahaman suatu konsep pada anak tunarungu. Kemampuan penguasaan kosakata pada anak-anak yang mengalami gangguan pendengaran jelas berbeda karena keterbatasan fungsi pendengaran sehingga anak-anak tunarungu cenderung memiliki hambatan belajar atau berkomunikasi pada anak-anak tunarungu. Kecenderungan yang umum sebagai karakteristik anak tunarungu yaitu intelegensi anak tunarungu tidak berbeda dengan anak normal yaitu tinggi, rata-rata dan rendah; kemampuan anak tunarungu dalam berbahasa dan berbicara berbeda dengan anak normal pada umumnya karena kemampuan tersebut sangat erat kaitannya dengan kemampuan mendengar, dan ketunarunguan dapat menyebabkan keterasingan dengan lingkungan.

AVT mengajarkan anak untuk mengembangkan keterampilan *self monitoring*. Anak belajar untuk mendengarkan / suaranya sendiri serta orang lain selama percakapan alami sehingga meningkatkan kualitas suara alam. *AVT* merupakan satu set logis dan kritis terhadap prinsip. Orang tua, terapis, dan anak terlibat dalam kegiatan bermain yang mengajarkan anak untuk belajar *auditory verbal* dengan memperkuat sisa pendengaran agar seperti anak-anak dengan pendengaran normal.

Menurut Yuswanjaya dan Yuliyati (2015) didapatkan hasil analisis data dalam penelitian ini bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terhadap penggunaan media dalam pembelajaran di sekolah terlebih bagi anak berkebutuhan khusus. Media akan memperlancar proses belajar mengajar dalam kelas karena dapat membantu interaksi antara guru dan siswa secara jelas dan menyenangkan serta siswa dapat dengan mudah memahami materi yang disampaikan oleh guru sehingga tujuan pembelajaran akan tercapai.

Bagi anak tunarungu media pembelajaran sangatlah diperlukan terutama yang bersifat audio dan visual, seperti yang dikatakan oleh Somad dan Hernawati akibat kurang berfungsinya pendengaran, anak tunarungu mengalihkan pengamatannya kepada mata,

maka anak tunarungu disebut sebagai "*insane pemata*" (Somad dan Hernawati, 1996). Oleh karena itu penggunaan media yang bersifat visual sangat diperlukan untuk mengajar anak penderita tunarungu.

Menurut Wagino dan Rafikayati (2013) bahwa hasil dari *AVT* juga dipengaruhi sisa pendengaran yang dimiliki anak. Sisa pendengaran merupakan kemampuan dengar yang masih dimiliki anak tunarungu untuk mendengarkan bunyi. Jika bunyi yang diterima tidak utuh oleh anak (yang biasanya terjadi pada tunarungu sedang, berat dan sangat berat) tentunya komunikasi verbal tidak dapat berjalan dengan optimal. Kekurangan dengar ini dapat berdampak pada bahasa ekspresif anak. Misalnya bunyi anak tidak bisa mendeteksi bunyi "s" karena memang bunyi "s" sendiri berada pada intensitas 40 dB, akibatnya setiap kata yang mengandung huruf "s" anak tidak bisa misalnya "susu" menjadi "uu", atau pada kata "bisa" menjadi "bia". Dengan latihan mendengar yang komprehensif dan konsisten anak akan dapat mendengar semua bunyi percakapan. Penyusunan program juga harus memperhatikan kecacatan yang dimiliki anak selain ketunarunguan. Kecacatan yang sekaligus dimiliki anak bisa berupa (tuna daksa, tuna grahita, autis, tunanetra) hal-hal tersebut sangat mempengaruhi hasil. Jika anak memiliki *multi handicap* tentu hasilnya tidak boleh disamakan dengan anak yang hanya murni tunarungu. Misalnya saja anak memiliki kecerdasan di bawah rata-rata tentunya program yang diberikan tidak sebanyak anak dengan kognisi normal.

Auditory-Verbal Therapy (AVT) adalah untuk tuli dan sulit mendengar. Terapi ini membantu anak-anak untuk tumbuh dalam lingkungan belajar yang teratur, memungkinkan mereka untuk menjadi mandiri, berpartisipasi dan memberikan kontribusi dalam masyarakat. *AVT* adalah pendekatan orang tua yang berpusat dan mendorong penggunaan percakapan naturalistik serta penggunaan bahasa lisan untuk berkomunikasi. *AVT* adalah pendekatan yang menekankan penggunaan sisa pendengaran untuk membantu anak belajar mendengarkan, memproses bahasa verbal, dan berbicara. *AVT* Memaksimalkan penggunaan

pendengaran dibantu sisa anak untuk mendeteksi suara. Identifikasi sedini mungkin gangguan pendengaran dengan fitting langsung dengan amplifikasi, serta intervensi segera membantu untuk mengurangi tingkat keterlambatan bahasa umumnya terkait dengan gangguan pendengaran. *AVT* didasarkan pada orang tua mengajar, selama sesi individu anak mereka terapi untuk menekankan sisa pendengaran dan berinteraksi dengan anak mereka menggunakan pendekatan *auditory verbal AVT* mendorong anak-anak untuk mendengar dan berinteraksi dengan normal.

2. Perkembangan Bahasa anak gangguan pendengaran usia sekolah (6-12 tahun) setelah dilakukan *Auditory Visual Therapy (AVT)* di SLB Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY).

Pada Tabel 3 di atas dapat dilihat bahwa perkembangan bahasa anak dengan gangguan pendengaran pada kelompok eksperimen setelah diberikan *AVT* sebagian besar kategori kurang 20 responden (54,1 %) dan ada peningkatan sebelum diberikan perlakuan *AVT* kategori cukup sebanyak 2 responden (5,4 %) meningkat menjadi 17 responden (45,9 %). Pada kelompok kontrol setelah diberikan perlakuan *AVT* sebagian besar kurang sebanyak 36 responden (97,3 %). Pada kelompok kontrol tidak ada perubahan dengan hasil tetap dengan kategori kurang. Pada kelompok eksperimen dan kontrol sebelum dan setelah diberikan *AVT* tidak ada responden dengan kategori baik. Pada saat post test responden ada yang masih kesulitan mengenal gambar dan mengucapkan kata-kata yang panjang, contoh kelengkeng, rambutan, flamboyan dan lain-lain. Dari 100 suku kata ada yang bisa mengucapkan Cuma 1 kata yaitu bola, itupun tidak jelas dan agak teriak.

Menurut Wagino dan Rafikayati (2013) bahwa hasil dari AVT juga dipengaruhi sisa pendengaran yang dimiliki anak. Sisa pendengaran merupakan kemampuan dengar yang masih dimiliki anak tunarungu untuk mendengarkan bunyi. Jika bunyi yang diterima tidak utuh oleh anak (yang biasanya terjadi pada tunarungu sedang, berat dan sangat berat) tentunya komunikasi verbal tidak dapat berjalan dengan optimal.

Kekurangan dengar ini dapat berdampak pada bahasa ekspresif anak. Misalnya bunyi anak tidak bisa mendeteksi bunyi “s” karena memang bunyi “s” sendiri berada pada intensitas 40 dB, akibatnya setiap kata yang mengandung huruf “s” anak tidak bisa misalnya “susu” menjadi “uu”, atau pada kata “bisa” menjadi “bia”. Dengan latihan mendengar yang komprehensif dan konsisten anak akan dapat mendengar semua bunyi percakapan. Penyusunan program juga harus memperhatikan kecacatan yang dimiliki anak selain ketunarunguan. Kecacatan yang sekaligus dimiliki anak bisa berupa (tuna daksa, tuna grahita, autis, tunanetra) hal-hal tersebut sangat mempengaruhi hasil. Jika anak memiliki *multi handicap* tentu hasilnya tidak boleh disamakan dengan anak yang hanya murni tunarungu. Misalnya saja anak memiliki kecerdasan di bawah rata-rata tentunya program yang diberikan tidak sebanyak anak dengan kognisi norma.

3. Pengaruh *Auditory Visual Therapy (AVT)* Terhadap Perkembangan Bahasa Anak Gangguan Pendengaran Usia Sekolah (6-12 Tahun) di SLB Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY)

Pada Tabel 5 di atas dapat dilihat bahwa pada kelompok eksperimen *pre test* dan *post test* dengan nilai p (*sig*) $0,000 < 0,05$ dengan tingkat kesalahan 5% maka H_a diterima dan H_0 ditolak berarti ada perbedaan antara *pre test* dan *post test* pada kelompok eksperimen. Pada kelompok kontrol *pre test* dan *post test* dengan nilai p (*sig*) $0,001 < 0,05$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak berarti ada perbedaan antara *pre test* dan *post test* pada kelompok kontrol. Pada Tabel 4.6 di atas dapat dilihat bahwa *pre test* pada kelompok eksperimen dan kontrol dengan nilai p (*sig*) $0,139 > 0,05$ maka H_a ditolak dan H_0 ditolak berarti tidak ada perbedaan *pre test* antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Sedangkan *post test* pada kelompok eksperimen dan kontrol dengan nilai p (*sig*) $0,000 < 0,05$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak berarti ada perbedaan antara *post test* pada kelompok eksperimen dan kontrol.

Pada Tabel 7 di atas dapat dilihat bahwa uji beda delta pada kelompok eksperimen didapatkan nilai p (*sig*) sebesar $0,017 < 0,05$ maka H_a diterima dan

H_0 ditolak berarti ada peningkatan perbedaan padakelompok eksperimen dan uji beda delta pada kelompok kontrol didapatkan nilai p value (sig) sebesar $0,000 < 0,05$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak berarti ada peningkatan perbedaan padakelompok kontrol pada anak dengan gangguan pendengaran atau tuna rungu.

Hal ini sesuai dengan Ratih dan Rini (2015) dengan hasil $p = 0,000$ ($p < 0,01$) yang berarti "Ada pengaruh penggunaan media audio visual tebak kata terhadap perkembangan kosakata anak tunarungu kelas 1 di SDLB-B Shanti Kosala Mastrip Nganjuk". Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan sebelum diberikan *treatment* menggunakan media audio visual tebak kata perbendaharaan kosakata yang dimiliki anak sangatlah rendah. Melalui proses terapi AVT dapat diketahui bahwa kosakata anak sudah mencakup hampir seluruh kelas kata yang ada.

Menurut Wagino dan Rafikayanti (2013) bahwa pelaksanaan AVT pada anak yang baru, terapi dilakukan 2-3 kali seminggu. Dalam pelaksanaan terapi, perlunya pendampingan orangtua karena filosofi AVT adalah orang tua yang berperan dalam menerapi anak. Terapis hanya sebagai fasilitator saja yang kemudian diaplikasikan orang tua di rumah. Peran orang tua sangatlah penting karena waktu anak kebanyakan dihabiskan dengan orang tua bukannya dengan terapis yang hanya 1 jam saja. Tanpa peran orang tua hasil yang didapat pun menjadi kurang maksimal. Orang tua harus konsisten dalam menerapkan AVT, jangan sampai saat terapi mengaplikasikan dengan cara AVT tetapi ketika di rumah masih diajarkan *lip reading* atau bahasa isyarat, karena hal ini dapat mempengaruhi keberhasilan anak. Jika orang tua berhalangan datang, harus digantikan orang yang dekat dengan anak misalnya nenek, pengasuh dan lain-lain. Orang tua harus konsisten dalam menerapkan AVT, jangan sampai saat terapi mengaplikasikan dengan cara AVT tetapi ketika di rumah masih diajarkan *lip reading* atau bahasa isyarat, karena hal ini dapat mempengaruhi keberhasilan anak. Jika orangtua berhalangan datang, harus digantikan orang yang dekat dengan anak

misalnya nenek, pengasuh dll. Banyak faktor yang mempengaruhi keberhasilan AVT. Faktor-faktor tersebut antara lain : (1) *Usia Pemakaian Cochlear Implant*. Dalam rangka memanfaatkan "*critical periode*" dari neurologis dan perkembangan bahasa, identifikasi gangguan pendengaran, penggunaan amplifikasi yang tepat dan teknologi kedokteran dan stimulasi pendengaran harus dilakukan sedini mungkin. Semakin dini anak mendapat stimulasi pendengaran melalui *cochlear implant* maka anak akan memiliki potensi lebih besar untuk mendekati kemampuan berbahasa anak mendengar pada umumnya. Hasil yang dicapai pun akan berbeda antara anak yang menggunakan *cochlear implant* diusia dini dan di usia yang lebih muda. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa anak-anak yang melakukan implantasi koklea lebih dini menunjukkan perkembangan bahasa lebih cepat dibandingkan anak-anak yang di implant pada usia lebih dewasa. Selain itu, implant di usia dini juga memiliki keuntungan dalam peningkatan pengalaman pendengaran dan bahasa lisan selama periode perkembangan emas; (2) *Kecerdasan Anak*. Kecerdasan merupakan faktor yang juga mempengaruhi keberhasilan AVT karena jika kecerdasan anak bagus (rata-rata atau bahkan lebih) materi akan mudah ditangkap anak sehingga program bisa tercapai bahkan sebelum waktu yang ditentukan. Kognisi merupakan bidang yang luas meliputi semua keterampilan akademik yang berhubungan dengan wilayah persepsi. Kognisi paling sedikit terdiri dari 5 proses, yaitu : persepsi, memori, pemunculan ide-ide, evaluasi dan penalaran. Anak dengan kognisi (kecerdasan) rendah akan mengalami hambatan dalam bahasa, persepsi, konsentrasi, memori, pemunculan ide-ide, evaluasi dan penalaran sehingga materi yang diberikan harus disesuaikan dengan kemampuan anak. Jika pun diberikan target seperti anak normal hasilnya tidak akan setara dengan anak normal. (3) *Kesehatan Anak Secara Umum*; Kesehatan anak juga berpengaruh terhadap hasil yang diharapkan. Jika anak dalam keadaan sakit materi yang diberikan kemungkinan besar tidak dapat ditangkap anak dengan tidak maksimal. Hal itu

dikarenakan jika anak dalam kondisi sakit akan berpengaruh terhadap daya dan keagairahan belajar, kemampuan menangkap, menyimpan dan menggunakan pengetahuan yang dipelajari (Yusuf, 2005). (4) *Kecacatan Lain yang Dimiliki Anak*; Kecacatan yang dimiliki anak juga mempengaruhi hasil AVT, anak yang hanya murni tunarungu tentunya akan berbeda dengan anak multi handicap. (5) *Partisipasi Orang Tua*; Dalam pelaksanaan AVT orang tua adalah sebagai pelaku utama. Peran orang tua adalah yang paling penting dalam pelaksanaan AVT. (6) *Karakteristik Anak*; Setiap anak memiliki karakteristik sendiri-sendiri, ada yang pemalu ada yang mudah marah. Terapis harus cermat dalam memahami karakteristik anak karena dengan memahami karakteristik anak, pembelajaran akan bisa berlangsung lebih optimal karena proses pembelajaran sesuai dengan anak.

Berdasarkan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan AVT, dapat disimpulkan bahwa hasil yang akan dicapai tiap individu akan berbeda. Hasil akhirnya dikembalikan pada potensi anak, fasilitas dan peran serta orang dalam melaksanakan AVT pada anak. Dalam pelaksanaannya, AVT harus dilaksanakan orang tua dan bekerja sama dengan berbagai bidang keilmuan yang mendukung keberhasilan rehabilitasi. Orang tua sebagai pelaku utama dan audiolog, terapis, dan guru hanya sebagai konselor. Peran orang tua adalah yang paling penting dalam pelaksanaan AVT. Hal ini sesuai dengan Sunardi dan Sunaryo (2007) diasumsikan bahwa orang tua adalah lingkungan terdekat dengan anak, paling mengetahui kebutuhan khususnya dan paling berpengaruh, dan paling bertanggung jawab terhadap anaknya, sedangkan fungsi tenaga ahli hanya sebagai konsultan atau salah satu "social support" bagi keberhasilan anaknya. Ahli-ahli yang terlibat dalam AVT adalah sebagai berikut; (1) Intervensi medis sebagai orang yang dapat menangkap kondisi kelainan anak, meliputi : (tes pendengaran), penyediaan (CI) sebagai media untuk meningkatkan kemampuan mendengar dan mapping, (2) Terapi, sebagai tempat rehabilitasi dan juga tempat orang tua untuk mendapatkan informasi tentang AVT yang kemudian dapat diaplikasikan orang tua

di rumah, (c) Intervensi pendidikan, sebagai tempat anak belajar selayaknya anak-anak seusianya tentunya sesuai dengan kebutuhan, kemampuan dan gaya belajar anak. Dukungan sistem baik internal maupun eksternal memperkuat pelaksanaan AVT. Hal ini dikarenakan pelaksanaan AVT akan lebih optimal jika kerja sama dilakukan oleh berbagai pihak seperti keluarga, medis, audiolog, terapis, peralatan dan intervensi pendidikan. Dalam pelaksanaan AVT, tim yang terlibat antara lain anak dan keluarga, terapis AVT, audiolog, dokter THT, dokter keluarga, terapis okupasi, pekerja sosial, fisioterapist, ahli genetik, psikolog, guru dan ahli gangguan bicara dan bahasa. Semua ahli tersebut bekerja sama dengan orang tua dan berkolaborasi secara bersama-sama sesuai bidangnya dalam menangani anak tunarungu. Orang tua adalah fokus dalam peningkatan perkembangan komunikasi, kognitif, sosial, emosional dan motorik anak dan dalam pelaksanaannya dibutuhkan kerja sama/kolaborasi antara orang tua dan tenaga ahli dalam memfasilitasi perkembangan anak. Dukungan orang tua, tenaga medis, tenaga rehabilitasi dan pendidikan sangatlah penting demi perkembangan anak. Dalam pelaksanaannya orang tua tetap menjadi pemain utama dan para ahli hanya sebagai pemain pendukung, jadi keberhasilan anak tergantung peran serta orang tua dalam menangani anak dengan gangguan pendengaran atau tuna rungu.

4. Keterbatasan Penelitian

Pada saat penelitian berlangsung waktu bersamaan dengan hari libur sekolah, jadwal pelajaran yang padat, keterbatasan yang dimiliki anak tuna rungu dan anak kurang konsentrasi sehingga untuk dapat mengikuti arahan dari peneliti belum bisa optimal.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Perkembangan Bahasa anak gangguan pendengaran usia sekolah (6-12 tahun) sebelum dilakukan *Auditory Visual Therapy (AVT)* di SLB Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) pada kategori kurang dan setelah dilakukan *Auditory Visual Therapy (AVT)* di SLB Daerah Istimewa Yogyakarta

(DIY) pada kategori cukup. Terdapat peningkatan pengaruh pemberian *Auditory Visual Therapy (AVT)* Terhadap Perkembangan Bahasa Anak Gangguan Pendengaran Usia Sekolah (6-12 Tahun) di SLB Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dengan nilai p (sig) < 0,05 berarti H_a diterima dan H_o ditolak.

Saran

1. Bagi Ilmu Keperawatan Anak

AVT berupa buku saku dapat digunakan sebagai model menstimulasi perkembangan bahasa anak dengan gangguan pendengaran atau tuna rungu di Sekolah Luar Biasa (SLB) dan bisa dimasukkan dalam kurikulum di SLB serta dimasukkan dalam mata kuliah keperawatan anak.

2. Bagi keluarga dan orangtua anak gangguan pendengaran di SLB di Propinsi DIY.

Buku saku AVT sebagai pedoman keluarga yang memiliki anak gangguan pendengaran (tuna rungu) dalam memberikan stimulasi bahasa selama di rumah dan ditengah-tengah keluarga.

3. Bagi guru di Sekolah Luar Biasa (SLB) Propinsi DIY

Pemberian AVT sangat baik untuk meningkatkan perkembangan bahasa anak dengan gangguan pendengaran, sehingga diharapkan pemberian AVT dimasukkan dalam kurikulum muatan lokal dan diterapkan dalam proses belajar mengajar di kelas.

4. Bagi perawat di Puskesmas sekitar SLB

Buku saku AVT dapat digunakan sebagai implementasi dan replikasi model stimulasi bahasa dengan *Auditory Visual Therapy (AVT)* dalam pendampingan orangtua dan keluarga pada anak dengan gangguan pendengaran atau tuna rungu.

KEPUSTAKAAN

Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek Edisi Revisi VI*. Jakarta: PT Asdi Mahasatya.

Azizah, (2008). Model Pembelajaran Kooperatif Tipe Think Pair Share Untuk Aktifitas Siswa Dan Hasil Belajar Matematika Anak Tuna Rungu, *Jurnal Pendidikan Luar Biasa*, April 2008, Volume 4, Nomor 1.

Bunawan dan Yuwati, (2000). *Penguasaan Bahasa Pada Anak Tunarungu*. Jakarta: Yayasan Santi Rama.

Dharma, K.K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta : CV. Trans Info Media.

Dermawan, Deden, (2012), *Buku Ajar Keperawatan Komunitas*, Yogyakarta, Gosyen Publishing

Effendy, (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas-Teori dan Praktek Dalam Keperawatan*, Jakarta, Salemba Medika

Englewood Gallagher and Kirk S, (1983). *Educating Exceptional Children*, Fourth Edition USA: Houghton Mifflin Company

Hernawati. T, (2007). Pengembangan Kemampuan Berbahasa Dan Berbicara Anak Tuna Rungu, *Journal JASSI anakku*. Volume 7, Nomor 1 Juni 2007 hlm 101-110

Hermanto, (2011). Penguasaan kosakata anak Tuna Rungu Dalam Pembelajaran Membaca Melalui Metoda Maternal, *Jurnal Majalah Ilmiah Pembelajaran*, No 2 Volume 7. Oktober 2011, hal 121)

Maulana, H. D. J. (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.

Machfoedz, I. (2006). *Pendidikan Kesehatan Bagian Dari Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Fitramaya.

Notoatmodjo, (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan Ed. Rev.* Jakarta: Rineka Cipta

Ratih dan Rini, (2015), Pengaruh Auditori Verbal Therapy Terhadap Kemampuan Penguasaan Kosa Kata Pada Anak Yang Mengalami Gangguan Pendengaran, *Persona, Jurnal Psikologi Indonesia*, Januari 2015, Vol 4, No 1, hal 77-86

Sugiyono. (2007). *Statistik Untuk Penelitian Cetakan Ke 9*. Bandung: Alfabeta

Suliha, dkk. (2002). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Sunardi (2005), *Kecenderungan Dalam Pendidikan Luar Biasa*, Jakarta: Depdikbud

Wagino dan Rafikayanti, (2013). Pelaksanaan Auditori Verbal Therapy (AVT) Dalam Mengembangkan Keterampilan

Berbahasa Anak Tuna Rungu, *Jurnal Pendidikan Luar Biasa*, April 2013, Volume 9, Nomor 1

Wong's ,(2013). *Essentials of Pediatric Nursing*, St Louis

Yuniati, (2011). Pengembangan Perangkat Lunak Pembelajaran Bahasa Isyarat Bagi Penderita Tuna Rungu Wicara. *Jurnal Fakultas Ilmu Komputer, Universitas Sriwijaya*, ISSN/e-ISSN: 1907-4093/2087-9814, Vol 6, No 1 (2011).

Yuswanjaya dan Yuliyati, (2015), *Pengaruh Media Audio Visual Tebak Kata Terhadap Perkembangan Kosakata Anak Tuna Rungu Kelas 1 di SDLB-B Nganjuk*, PLB Universitas Negeri Surabaya