

SKRIPSI

EFEKTIFITAS TERAPI ARTIKULASI TERHADAP PENINGKATAN KEMAMPUAN BICARA ANAK TUNARUNGU DI SDLB-B SINAR HARAPAN PROBOLINGGO

PRA EKSPERIMENTAL (*ONE GROUP PRE TEST-POST TEST*)

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



Oleh :

SEPTARINA ADIATI

NIM : 010310631 B

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2007**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 27 Juli 2007

Yang menyatakan,



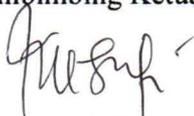
Septarina Adiati
NIM. 010310631B

LEMBAR PERSETUJUAN

**SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 27 JULI 2007**

Oleh

Pembimbing Ketua



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes
NIP. 132 295 670

Pembimbing

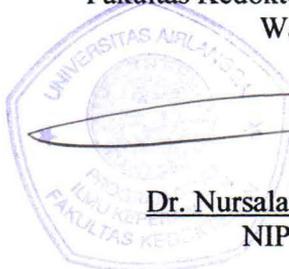
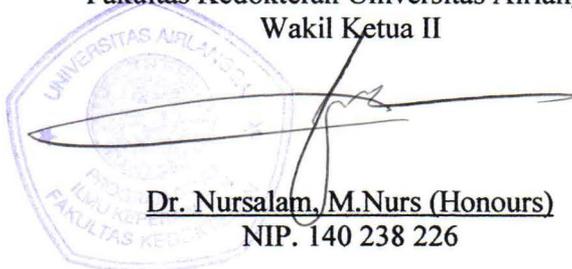


Ira Suarilah, S.Kp.
NIK. 139 040 673

Mengetahui :

**a.n Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga**

Wakil Ketua II



Dr. Nursalam, M.Nurs (Honours)
NIP. 140 238 226

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan tim penguji sidang skripsi pada
Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran
Universitas Airlangga Surabaya

Tanggal 2 Agustus 2007

PANITIA PENGUJI

Ketua : Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes



Anggota : Nuzul Qur'aniati, S.Kep.,Ns



Ira Suarilah, S.Kp.



Mengetahui :
a.n Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Wakil Ketua II




Dr. Nursalam, M.Nurs (Honours)
NIP. 140 238 226

MOTTO

Hidup adalah suatu kesempatan, ambillah manfaatnya.

Hidup adalah suatu keindahan, kagumilah.

Hidup adalah suatu kebahagiaan, rasakanlah.

Hidup adalah suatu impian, capailah.

Hidup adalah suatu tantangan, hadapilah.

Hidup adalah suatu tugas, selesaikanlah.

Hidup adalah suatu permainan, bermainlah.

Hidup adalah perjuangan, berjuanglah.

Hidup terlalu berharga, jangan menghancurkannya.

Hidup adalah hidup, berjuanglah untuknya.

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Efektifitas Terapi Artikulasi Terhadap Peningkatan Kemampuan Bicara Anak Tunarungu di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr, SpP(K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk menjadi mahasiswa pada Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Prof. H. Eddy Soewandoyo, dr. SpPD, KTI, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
3. Dr. Nursalam M.Nurs (Hons), selaku Wakil Ketua II Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga dan penanggung jawab skripsi yang juga memberikan bimbingan dan arahan.
4. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes., selaku Pembimbing Ketua yang telah memberikan bimbingan, arahan dan saran selama pengerjaan skripsi ini sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
5. Ira Suarilah, S.Kp., selaku pembimbing I yang telah memberikan arahan dan saran-saran dalam penyusunan skripsi ini, baik tentang isi skripsi, penggunaan kata, tata cara penulisan dan cara penyusunan kalimat sehingga skripsi ini tersusun dengan baik dan mudah dipahami saat membacanya.
6. Sri Sumiati, S.Pd., selaku Kepala SDLB Sinar Harapan Probolinggo yang telah memberikan ijin dan fasilitas dalam pelaksanaan kegiatan penelitian ini.
7. Siti Maisyaroh, selaku wali kelas 1-3 yang telah memberikan bantuan dalam pelaksanaan penelitian di kelas 1-3, mengajarkan bahasa isyarat dan

- membantu saya untuk berkomunikasi dengan anak tunarungu selama pelaksanaan sehingga penelitian dapat berjalan dengan lancar.
8. Endang Sulistyowati, selaku wali kelas 4-6 yang telah membantu dalam memberikan pinjaman buku-buku tentang anak tunarungu, mengajarkan saya bagaimana cara mengajar anak tunarungu dan melakukan terapi artikulasi yang benar, mengajarkan saya cara berkomunikasi dengan anak tunarungu dan membantu pelaksanaan penelitian di kelas 4-6 sehingga penelitian di kelas 4-6 dapat berjalan dengan lancar.
 9. Adik-adik di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo yang telah mengikuti terapi artikulasi dan telah memberikan saya pelajaran bahwa setiap orang memiliki kekurangan tetapi kekurangan tersebut jangan membuat kita menjadi semakin kecil diantara orang disekitar kita, kita harus menunjukkan kepada orang lain dengan kekurangan tersebut kita dapat maju dengan kelebihan yang dimiliki.
 10. Ibu, Djoharin Lestari di Probolinggo yang telah berjuang dan berusaha dengan keras memenuhi semua kebutuhan saya dalam pelaksanaan skripsi ini, memberikan dukungan dan bersedia mendengarkan keluh kesah saya serta yang selalu mendoakan saya sampai terselesaikannya skripsi ini.
 11. Ayahanda, Adi Sutanto (alm) yang sudah mengajar, mendidik dan memberikan teladan kepada saya mulai kecil untuk menjadi anak yang mandiri dan berani dalam menjalani hidup sehingga saya masih dapat berdiri sampai sekarang meskipun banyak kesulitan yang saya hadapi.
 12. Saudara-saudaraku, kakakku Tanti Yulia Lestari dan adikku Maya Rinada Kristanti di Probolinggo yang selalu mendukung, membantu dan menghibur saya saat merasa bingung dan sedih karena kesulitan dalam menyelesaikan penelitian dan skripsi ini.
 13. Sahabatku 'Karmenita' Erwin, Ana, Wiwin, Tika, Roheni dan Nomi, yang selalu mendengarkan curahan hati saya selama pengerjaan skripsi dan membantu saya dalam penyelesaian skripsi ini.
 14. Teman-teman PSIK A3 yang telah memberikan bantuan dan motivasi sehingga skripsi ini bisa terselesaikan.
 15. Semua pihak yang telah membantu terselesaikannya skripsi ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Kami menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan baik isi maupun penulisannya. Semoga hasil penelitian ini nantinya dapat bermanfaat bagi peneliti khususnya dan bagi pembaca pada umumnya.

Surabaya, 27 Juli 2007

Penulis

Septarina Adiati

ABSTRACT

THE EFFECTIVENESS OF ARTICULATION THERAPY TOWARD THE INCREASING OF THE DEAF-MUTE CHILDREN SPEAKING ABILITY IN SDLB-B SINAR HARAPAN PROBOLINGGO

PRE-EXPERIMENTAL

By: **Septarina A.**

Speaking means communication. This communication make deaf-mute children is very important to all human being, including for the deaf-mute children. In activate their actualization and socialization with all the society surround them. Generally the deaf-mute children have ability in speaking but they seldom use it. Because of that the organ for speaking in their body becomes clumsy.

The purpose of this research is to explain the effectiveness of articulation therapy toward the increasing of the deaf-mute children speaking ability in *SDLB-B Sinar Harapan* Probolinggo.

The design used in doing this research is pre-experimental (one group pre-test—post-test). The population used is the deaf-mute children in the 1st to 5th degrees of *SDLB-B Sinar Harapan*, Probolinggo who have speaking molestation. The numbers of the samples investigated are 12 inclusion-appropriated children. The independent variable used in this research is articulation therapy, while the dependent variable used is the increasing of speaking ability for the deaf-mute children. The data collected from observational sheet before and after the treatment is done. Then the data is analyzed by using *Wilcoxon Signed Rank Test* with its significance degree is $\leq 0,05$.

The result of this study shows a significant effectiveness of articulation therapy toward the increasing of the deaf-mute children speaking ability, ($p=0,004$).

In conclusion, the research can be sum up that the articulation therapy is very effective to be applied in increasing the deaf-mute children speaking ability. Yet, the result of this research is also influenced by psychological and environmental factors of the deaf-mute children.

Keywords: deaf-mute children, speaking ability, articulation therapy.

DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan.....	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Abstract.....	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4.1 Tujuan umum.....	4
1.4.2 Tujuan khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Teoritis.....	4
1.4.2 Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Tunarungu.....	6
2.1.1 Pengertian tunarungu.....	6
2.1.2 Klasifikasi tunarungu.....	7
2.1.3 Etiologi tunarungu.....	8
2.1.4 Pemeriksaan anak tunarungu.....	10
2.1.5 Penatalaksanaan pada anak tunarungu.....	12
2.1.6 Dampak tunarungu bagi anak.....	14
2.2 Konsep Bicara.....	15
2.2.1 Pengertian bicara.....	15
2.2.2 Mekanisme bicara.....	16
2.2.3 Organ bicara.....	19
2.2.4 Kelainan bicara.....	20
2.2.5 Kemampuan bicara pada anak tunarungu.....	21
2.2.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan bicara anak tunarungu.....	23
2.3 Konsep SLB (Sekolah Luar Biasa).....	24
2.3.1 Pengertian Sekolah Luar Biasa (SLB).....	24
2.3.2 Penggolongan Sekolah Luar Biasa (SLB).....	25
2.3.3 Program pendidikan di Sekolah Luar Biasa B (SLB-B).....	26
2.3.4 Program pendidikan khusus di Sekolah Dasar Luar Biasa	

B (SDLB-B).....	27
2.4 Konsep Terapi Artikulasi.....	28
2.4.1 Pengertian artikulasi.....	28
2.4.2 Perkembangan artikulasi.....	28
2.4.3 Mekanisme terapi artikulasi.....	30
2.4.4 Manfaat terapi artikulasi.....	31
2.5 Kemampuan Bicara Anak Tunarungu dan Terapi Artikulasi.....	32
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	34
3.2 Hipotesis.....	36
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	37
4.2 Kerangka Kerja Penelitian.....	39
4.3 Populasi, Sampel dan Sampling.....	40
4.3.1 Populasi.....	40
4.3.2 Sampel.....	40
4.3.3 Sampling.....	41
4.4 Variabel Penelitian.....	41
4.4.1 Variabel independen.....	41
4.4.2 Variabel dependen.....	42
4.5 Definisi Operasional.....	42
4.6 Pengumpulan Data.....	47
4.6.1 Instrumen penelitian.....	47
4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian.....	47
4.6.3 Prosedur pengumpulan dan pengambilan data.....	48
4.6.4 Analisis data.....	49
4.7 Masalah Etika.....	49
4.7.1 Surat persetujuan (<i>Informed consent</i>).....	49
4.7.2 Tanpa nama (<i>Anonimity</i>).....	50
4.7.3 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>).....	50
4.8 Keterbatasan Penelitian.....	50
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1 Hasil Penelitian.....	51
5.1.1 Gambaran lokasi penelitian.....	51
5.1.2 Data umum.....	52
5.1.3 Data khusus.....	56
5.2 Pembahasan.....	58
5.2.1 Kemampuan bicara anak tunarungu sebelum dan sesudah dilakukan terapi artikulasi.....	58
5.2.2 Efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu.....	63
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Simpulan.....	67

6.2 Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA.....	69

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1 Skema Mekanisme Bicara (Setyono, 1998).....	16
Gambar 3.1 Kerangka konseptual efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu.....	34
Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu.....	39
Gambar 5.1 Distribusi responden (anak) berdasarkan jenis kelamin di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007.....	53
Gambar 5.2 Distribusi responden (anak) berdasarkan umur di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007...	53
Gambar 5.3 Distribusi responden (anak) berdasarkan jenjang kelas di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007.....	54
Gambar 5.4 Distribusi responden (anak) berdasarkan riwayat bimbingan belajar bicara di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007.....	54
Gambar 5.5 Distribusi responden (orang tua) berdasarkan pendidikan terakhir di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007.....	55
Gambar 5.6 Distribusi responden (orang tua) berdasarkan pekerjaan di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007.....	55
Gambar 5.7 Distribusi responden (orang tua) berdasarkan penghasilan di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007.....	56

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Perkembangan artikulasi pada anak menurut Templin (1978).....	29
Tabel 4.1 Definisi operasional variabel dependen dan independen efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo.....	43
Tabel 5.1 Distribusi kemampuan bicara anak tunarungu sebelum dan sesudah terapi artikulasi di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo.	57
Tabel 5.2 Distribusi rerata skor per item pada pre-test dan post-test anak tunarungu di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo.....	57
Tabel 5.3 Efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007.....	58

DAFTAR LAMPIRAN

	Hal
Lampiran 1 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian.....	72
Lampiran 2 Surat Keterangan Pelaksanaan Penelitian.....	73
Lampiran 3 Lembar Permohonan Menjadi Responden.....	74
Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	75
Lampiran 5 Lembar Pengumpulan Data.....	76
Lampiran 6 Satuan Acara Kegiatan Terapi Artikulasi Untuk Meningkatkan Kemampuan Bicara Pada Anak Tunarungu Di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo.....	78
Lampiran 7 Petunjuk Pelaksanaan Efektifitas Terapi Artikulasi Terhadap Peningkatan Kemampuan Bicara Anak Tunarungu Di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo.....	83
Lampiran 8 Lembar Kemampuan Bicara (Lisan).....	85
Lampiran 9 Lembar Observasi Efektifitas Terapi Artikulasi Terhadap Peningkatan Kemampuan Bicara Anak Tunarungu Di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo.....	87
Lampiran 10 Tabulasi Data Penelitian.....	89
Lampiran 11 Penilaian Pre Test.....	91
Lampiran 12 Penilaian Post Test.....	92
Lampiran 13 Hasil Analisa Data.....	93

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Komunikasi sangat penting bagi kebutuhan hidup manusia sehari-hari termasuk pada anak tunarungu. Pada anak tunarungu komunikasi tidak berjalan lancar seperti anak lain yang normal. Gangguan ini terjadi karena minimnya stimulus yang diterima anak tunarungu melalui pendengarannya dan minimnya data yang tersimpan didalam memori otak sehingga anak tunarungu tidak mampu untuk mengucapkan kembali kata-kata yang didengarnya. Keterbatasan stimulus tersebut dapat membuat anak tunarungu menjadi tunawicara. Ada 2 proses terjadinya bicara yaitu proses sensoris dan motoris. Aspek sensoris meliputi pendengaran berfungsi untuk memahami apa yang didengar dan aspek motoris yaitu mengatur laring, alat-alat untuk artikulasi, tindakan artikulasi dan laring yang bertanggung jawab untuk pengeluaran suara (Keisya, 2007). Oleh karena itu, penting dilakukan latihan bicara pada anak tunarungu untuk mencegah terjadinya tunawicara pada anak. Latihan bicara pada anak tunarungu terdiri dari *Lip reading* (*speech reading*), Latihan mendengar (*auditory training*), Bina Bicara dan Terapi Artikulasi. Latihan bicara yang dilakukan pada anak tunarungu di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo adalah terapi artikulasi. Terapi artikulasi bertujuan melatih anak tunarungu dalam pengucapan huruf vokal (hidup), huruf konsonan (mati), kata dan kalimat yang benar. Terapi artikulasi di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo dilakukan bersamaan dengan kegiatan belajar mengajar sekolah, tidak ada waktu secara khusus untuk melakukan terapi tersebut. Selain itu, pengajar di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo tidak semuanya menerapkan

terapi artikulasi dalam pengajaran, hal itu dikarenakan tidak semua pengajar mendapatkan pelatihan terapi artikulasi sehingga kesulitan dalam menerapkannya pada anak tunarungu dan juga disebabkan karena kurangnya pengetahuan pengajar bahwa anak tunarungu yang tidak mengalami tunawicara sebenarnya dapat berbicara tetapi memerlukan pelatihan bicara agar dapat berkomunikasi dengan orang lain yang tidak semuanya mengerti bahasa isyarat. Namun sampai saat ini, efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu masih belum jelas.

Jumlah penduduk Indonesia yang mengalami gangguan telinga, mulai ringan hingga berat tahun 2006 sebanyak 9,6 juta orang atau 4,6% penduduk Indonesia. Sementara anak yang mengalami gangguan telinga 77.280 anak atau 0,8% terlambat mendapatkan pertolongan (Subarto, 2007). Anak tunarungu yang bersekolah di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo sebanyak 30% dari keseluruhan anak SDLB-B dan SDLB-C Sinar Harapan Probolinggo. SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo terbagi menjadi 2 (dua) kelas, yaitu kelas 1-3 dan kelas 4-6. Rerata usia anak kelas 1-3 sampai bulan Juni 2007 adalah 7-13 tahun dan rerata usia anak kelas 4-6 sampai bulan Juni 2007 adalah 10-16 tahun. Jumlah anak tunarungu di kelas 1-3 sebanyak 10 orang sedangkan jumlah anak tunarungu di kelas 4-6 sebanyak 9 orang. Berdasarkan data tersebut diperoleh 95% anak tunarungu mengalami gangguan bicara. Oleh karena itu, anak tunarungu memerlukan penanganan agar tidak menjadi tunawicara dan komunikasi dengan masyarakat menjadi terhambat.

Kemampuan bicara pada anak tunarungu dipengaruhi oleh berbagai faktor yang erat kaitannya dengan proses bicara, yaitu proses sensoris dan proses

motoris. Selain proses ini kemampuan bicara anak tunarungu ditentukan oleh beberapa faktor, diantaranya faktor fisik, faktor psikis dan faktor lingkungan (Sadjaah, 1995). Kurang pendengaran cenderung menjadi penyebab terjadinya gangguan bicara. Anak tunarungu memiliki perbendaharaan kata yang sedikit karena anak tidak mampu meniru bunyi dengan baik, akibatnya komunikasi anak menjadi terbatas. Keterbatasan ini berdampak terhadap interaksi sosial anak dan dapat membuat anak tunarungu menjadi terisolasi dari masyarakat sehingga anak mengalami kesulitan dalam hal bersosialisasi dengan lingkungannya. Kesulitan ini dapat membuat anak menjadi kaku, mudah marah dan tidak mempunyai rasa sensitif terhadap orang lain.

Salah satu upaya yang dilakukan dalam meningkatkan kemampuan bicara anak tunarungu adalah terapi artikulasi. Terapi artikulasi dilakukan dengan cara melihat gerakan alat bicara yang benar dari pengajar dengan cara berhadapan, dalam segi penempatan artikulasi (titik artikulasi)/*Point of Articulation* dan dalam segi cara pengucapan (cara artikulasi)/*Manner of Articulation*, kemudian berusaha untuk menggerakkan alat bicaranya sendiri sebagaimana yang dilihatnya dalam pengajar. Selain itu, terapi artikulasi dapat dilakukan dengan menggunakan media cermin dimana dengan bantuan media cermin dapat melatih mengontrol alat bicara dalam pengucapan sehingga anak dapat melihat gerakan alat bicaranya dan dapat meniru gerakan alat bicara pengajar. Terapi artikulasi meliputi kegiatan latihan mengucapkan huruf vokal (hidup), huruf konsonan (mati), kata dan kalimat serta pengajar pun bisa mengontrol ucapan anak yang belum tepat. Upaya mengajarkan anak dalam menempatkan artikulasi dan cara artikulasi bunyi yang benar dapat membantu anak tunarungu menyampaikan kata-kata dengan benar

sehingga dapat dipahami oleh orang lain. Oleh karena itu, dilakukan penelitian untuk melihat efektifitas dilakukan terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi kemampuan bicara anak tunarungu sebelum dilakukan terapi artikulasi
2. Mengidentifikasi kemampuan bicara anak tunarungu sesudah dilakukan terapi artikulasi
3. Menganalisis efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Diketahuinya efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara pada anak tunarungu diharapkan bermanfaat untuk menambah

ilmu pengetahuan dalam bidang pendidikan dan keperawatan untuk mencegah terjadinya tunawicara pada anak tunarungu dan dapat dijadikan sebagai salah satu cara untuk melatih anak tunarungu dalam berbicara.

1.4.2 Praktis

1. Hasil yang disajikan penelitian ini dapat digunakan sebagai wacana bagi para perawat yang bekerja sebagai terapi bicara (*speech therapist*) untuk melakukan terapi artikulasi pada anak tunarungu yang mengalami gangguan bicara dalam meningkatkan kemampuan bicara anak.
2. Bagi guru dapat menjadi motivasi untuk melakukan terapi artikulasi secara intensif dan berkelanjutan pada anak tunarungu.
3. Wacana bagi pengelola SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo untuk memotivasi pengajar agar lebih meningkatkan pelaksanaan terapi artikulasi secara rutin dan memberikan kesempatan kepada pengajar untuk mengikuti pelatihan terapi artikulasi.
4. Mensosialisasikan pelaksanaan terapi artikulasi pada anak tunarungu agar berlatih secara intensif.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka berisi tentang konsep tunarungu, bicara, SLB (Sekolah Luar Biasa), terapi artikulasi dan penjelasan tentang kemampuan bicara anak tunarungu dan terapi artikulasi.

2.1 Konsep Tunarungu

2.1.1 Pengertian tunarungu

Istilah tunarungu diambil dari kata “Tuna” dan “Rungu”. Tuna artinya kurang dan Rungu artinya pendengaran. Orang atau anak dikatakan tunarungu apabila ia tidak mampu mendengar atau kurang mampu mendengar suara (Somad, 1995).

Menurut Moores yang dikutip dalam Direktorat Pembinaan Sekolah Luar Biasa (2007), definisi ketunarunguan ada dua kelompok :

1. Seorang dikatakan tuli (*deaf*) apabila kehilangan kemampuan mendengar pada tingkat 70 dB atau lebih sehingga ia tidak dapat mengerti pembicaraan orang lain melalui pendengarannya baik dengan ataupun tanpa alat bantu mendengar.
2. Seorang dikatakan kurang dengar (*hard of hearing*) bila kehilangan pendengaran pada 35 dB sehingga ia mengalami kesulitan untuk memahami pembicaraan orang lain melalui pendengarannya baik tanpa maupun dengan alat bantu dengar.

Sedangkan Heward & Orlansky yang dikutip dalam Direktorat Pembinaan Sekolah Luar Biasa (2007) memberikan batasan ketunarunguan sebagai berikut :

1. Tuli (*deaf*) diartikan sebagai kerusakan yang menghambat seseorang untuk menerima rangsangan semua jenis bunyi dan sebagai suatu kondisi dimana suara-suara yang dapat dipahami, termasuk suara pembicaraan tidak mempunyai arti dan maksud-maksud kehidupan sehari-hari. Orang tuli tidak dapat menggunakan pendengarannya untuk dapat mengartikan pembicaraan, walaupun sebagian pembicaraan dapat diterima, baik tanpa maupun dengan alat bantu mendengar.
2. Kurang dengar (*hard of hearing*) adalah seseorang kehilangan pendengarannya secara nyata yang memerlukan penyesuaian-penyesuaian khusus, baik tuli maupun kurang mendengar dikatakan sebagai gangguan pendengaran (*hearing impaired*).

Jadi, tunarungu adalah seseorang yang mengalami kekurangan atau kehilangan kemampuan mendengar baik sebagian atau seluruhnya yang diakibatkan karena tidak berfungsinya sebagian atau seluruh alat pendengaran, sehingga ia tidak dapat menggunakan alat pendengarannya dalam kehidupan sehari-hari yang membawa dampak terhadap kehidupannya secara kompleks (Somad, 1995).

2.1.2 Klasifikasi tunarungu

Direktorat Pembinaan Sekolah Luar Biasa (2007), mengklasifikasi tunarungu menjadi 2 (dua) bagian, yaitu :

1. Berdasarkan tingkat kerusakan/kehilangan kemampuan mendengar percakapan/bicara orang digolongkan dalam 5 kelompok, yaitu :

- a. Sangat ringan 27 – 40 dB
 - b. Ringan 41 – 55 dB
 - c. Sedang 56 – 70 dB
 - d. Berat 71 – 90 dB
 - e. Ekstrim (Tuli) 91 dB keatas
2. Berdasarkan tempat terjadinya kerusakan, dapat dibedakan atas :
- a. Tuli Konduktif adalah kerusakan pada bagian telinga luar dan tengah, sehingga menghalangi penghantaran suara yang masuk kedalam telinga.
 - b. Tuli Sensoris adalah kerusakan telinga bagian dalam dan jalur saraf pendengaran di otak.
 - c. Tuli Campuran (*Mixed*) adalah tuli campuran dari kedua unsur konduktif dan sensoris

2.1.3 Etiologi tunarungu

Tiga lokasi dari penyebab kekurangan pendengaran ialah di telinga luar, di telinga tengah dan di telinga dalam (Dullah, 2007).

1. Penyebab kekurangan pendengaran di telinga luar ialah :
 - a. Sumbatan cerumen (*impacted cerumen*).
 - b. *Otomikosis*.
 - c. Pembengkakan yang hebat dari saluran telinga luar.
 - d. Sumbatan oleh benda asing.
 - e. *Atresia* atau saluran telinga luar bentuk membran yang bersifat kongenital atau *acquisita*.

2. Penyebab kekurangan pendengaran di telinga tengah ialah :
 - a. Membran timpani yang abnormal, misalnya penebalan yang hebat, retraksi, skarifikasi atau perforasi.
 - b. Kekakuan tulang-tulang pendengaran atau perubahan apapun di telinga tengah yang menyebabkan mobilitas tulang-tulang pendengaran terganggu.
 - c. Sekresi, granulasi atau polip yang diakibatkan oleh otitis media yang kronik
 - d. Kelainan kongenital yang berupa tidak terbentuknya satu atau lebih dari tulang pendengaran.
 - e. Perubahan-perubahan patologik dari kapsul labyrinth yang menyebabkan stapes, kaku. Kelainan ini dikenal dengan nama *otosclerosis*.
3. Penyebab kekurangan pendengaran di telinga dalam ialah kelainan-kelainan disini akan menimbulkan kekurangan pendengaran jenis sensori-neural. Kelainan dapat menyerang perilymph, endolymph, sel-sel rambut dari alat Corti, saraf ke-8, atau jalan saraf-saraf pusat di otak. Faktor-faktor etiologiknya adalah sebagai berikut :
 - a. *Presbycusis*, yaitu kekurangan pendengaran yang berhubungan dengan bertambahnya umur atau proses ketuaan. Disini ditemukan atropi dari alat Corti pada lingkaran basal, atropi ganglion spiralis.
 - b. Trauma akustik akibat suara bising, ledakan eksplosif atau pukulan pada kepala dan telinga.
 - c. Toksin, akibat parotitis dapat terjadi kekurangan pendengaran unilateral pada anak-anak. Ini diakibatkan masuknya virus kedalam sistem

endolymph, yang kemudian menyebabkan degenerasi sel-sel sensorik. Pada meningo-encephalitis dan meningitis, infeksi dapat mengenai saraf auditoris, dan secara hematogen mencapai labyrinth dan sarung-sarung saraf.

- d. Obat-obatan, diantaranya Kina, streptomycin dihydrostreptomycin, neomycin kanamycin salisilat, dsb.
- e. *Scarlet fever* dan rubella, pada penyakit ini virus dapat masuk kedalam stria vascularis dan menyebabkan degenerasi membran tectorial serta sel-sel rambut alat Corti.
- f. *Syphilis*, menyebabkan degenerasi cochlea dan alat-alat vestibuler.
- g. Kelainan-kelainan vaskuler, misalnya pada *Meniere's disease*.
- h. Tumor. Jenis yang tersering ialah spurinoma, suatu tumor yang menyerang saraf ke 8.
- i. *Multiple sclerosis*.

2.1.4 Pemeriksaan anak tunarungu

Pemeriksaan dini sangat penting pada anak jika anak tidak memberikan respon terhadap suara. Pemeriksaan yang dilakukan pada anak yang mengalami gangguan pendengaran diantaranya dengan melakukan uji pendengaran (Insley, 2003).

1. Anak usia 0-6 bulan

Uji pendengaran untuk usia 0-6 bulan dilakukan dengan menggunakan *Brainstem Evoked Response Audiometry*. Uji ini dilakukan melalui kawat elektroda yang dipasangkan pada kulit kepala bayi atau anak, potensial gelombang listrik atau otak dalam sistem auditorius ditransmisikan pada komputer untuk dianalisis.

Selain itu, uji pendengaran yang dapat dilakukan pada anak usia 0-6 bulan adalah dengan *Otoacoustic Emissions*. Uji ini dilakukan dengan memberikan serangkaian bunyi klik pada telinga melalui alat yang dipasangkan dengan sebuah ujung timpanometri yang dimasukkan dengan tepat kedalam kanal auditorius eksternal.

2. Anak usia 6-18 bulan

Anak dengan usia 6-18 bulan dilakukan uji pendengaran dengan menggunakan uji pengalihan perhatian. Uji ini dilakukan dengan cara bayi duduk di pangkuan ibu menghadap ke depan dan dipegangi. Seorang penguji menarik perhatian bayi di depannya. Penguji lainnya memberikan rangsangan suara dengan sumbu horizontal dan sudut 30-45° di belakang telinga, jangan terlihat bayi.

3. Anak usia 6 bulan-3 tahun

Uji pendengaran untuk anak usia 6 bulan-3 tahun dengan menggunakan *Visual Reinforcement Audiometry*. Cara melakukan uji ini adalah dengan memperhatikan gerakan kepala anak ke arah bunyi yang diperkuat oleh suatu rangsangan visual, seperti cahaya atau boneka yang bergerak. Suara digunakan untuk menarik perhatian sehingga anak menoleh ke arah suara untuk mencari perangsang visual.

4. Anak usia 18 bulan-30 bulan

Anak usia 18 bulan-30 bulan dilakukan uji pendengaran dengan uji kerjasama. Anak diminta untuk memberikan respon terhadap perintah yang sederhana, misalnya "berikan ini kepada ibumu". Penguji diam dan mencatat tingkat pendengaran minimal yang diperlukan untuk mendapatkan respons yang benar.

5. Anak usia 30 bulan-5 tahun

Anak usia 30 bulan-5 tahun dilakukan uji pendengaran dengan *Conditional Play Audiometry*. Uji ini dilakukan dengan cara anak dikondisikan untuk menunggu

rangsangan suara, kemudian respons dalam bentuk aktivitas bermain, seperti meletakkan pasak pada papan.

Selain itu, pada anak usia 30 bulan-5 tahun juga dapat dilakukan uji pendengaran dengan uji membedakan mainan. Pada tes ini terdapat 7 pasang mainan yang terdiri atas 14 mainan. Setiap pasang adalah benda yang namanya bersuku kata satu dengan kemiripan akustik yang maksimal, misal buku/paku. Anak diminta menunjukkan pada mainan sesuai permintaan penguji. Tingkat suara paling minimal ketika anak dapat mengidentifikasi secara benar sebanyak empat kali dari lima permintaan.

6. Anak usia 6 tahun-dewasa

Anak dengan usia 6 tahun-dewasa dilakukan uji pendengaran dengan menggunakan *Audiometri Standar*. Audiometri merupakan alat untuk menilai ambang pendengaran dengan cara mengeluarkan nada khas berupa takik (*notch*). Penilaian terdiri atas dua grafik, yaitu frekuensi (pada axis horizontal) dan intensitas (pada axis vertikal). Mekanisme pemeriksaan adalah dengan memasang *earphone*, alat audiometri pada sebelah telinga pasien, sedangkan telinga sebelahnya lagi ditutup agar tidak mendengar suara apa pun (Roesli,2006).

2.1.5 Penatalaksanaan pada anak tunarungu

Pengobatan yang dilakukan pada anak tunarungu tergantung kepada penyebabnya. Pengobatan yang dilakukan dibagi dalam dua bagian yaitu secara operatif dan non operatif (Dullah, 2007).

1. Secara operatif

Operasi perbaikan dilakukan oleh dokter. Cara ini terbatas pada kekurangan pendengaran jenis konduktif. Hasil perbaikan pendengaran yang dapat dicapai

bervariasi dari yang sangat memuaskan sampai yang minimum, tergantung derajat kekurangan pendengarannya sebelum tindakan operatif. Contoh : ada cairan di telinga tengah atau kotoran di saluran telinga maka dilakukan pembuangan cairan dan kotoran tersebut, ada kerusakan pada kantung telinga maka dilakukan operasi penutupan kantung yang berlubang atau kalau kantung telinga rusak seluruhnya dapat diganti. Operasi perbaikan pendengaran tidak dilakukan pada jenis sensoris.

2. Secara non operatif

Pengobatan ini dilakukan dengan cara :

- a. Memakai Alat Pembantu Mendengar (APM atau *hearing-aid*). Alat bantu dengar merupakan suatu alat elektronik yang dioperasikan dengan baterai, yang berfungsi memperkuat dan merubah suara sehingga komunikasi bisa berjalan dengan lancar. Alat bantu dengar terdiri dari sebuah mikrofon untuk menangkap suara, sebuah amplifier untuk meningkatkan volume suara, dan sebuah speaker untuk menghantarkan suara yang volumenya telah dinaikkan. APM ini hanya diperuntukkan bagi orang-orang yang masih mempunyai sisa pendengaran, dan yang derajat kekurangan pendengarannya tidak begitu berat.
- b. Latihan mendengar (*auditory training*) adalah latihan untuk mendengar kata-kata orang lain ini ditujukan pada penderita-penderita yang masih mempunyai sisa pendengaran. Anak yang memiliki sisa pendengaran mendapat latihan mendengar dan mengartikan kata-kata orang lain.
- c. *Lip reading (speech reading)* adalah keahlian untuk mengerti arti kata-kata orang lain dengan melihat gerakan bibir, gerak dan ekspresi muka. *Speech*

reading ini harus segera dimulai pada penderita dengan kekurangan pendengaran yang berat, pada jenis kekurangan pendengaran yang permanen atau progresif.

Menurut Sadjah (1995), penatalaksanaan yang dilakukan pada anak tunarungu berdasarkan kondisinya yang memiliki keterbatasan dalam mengucapkan bunyi/suara karena tidak difungsikannya alat bicara sehingga menjadi kaku, maka perlu dilakukan latihan pada alat bicaranya. Oleh karena itu, Bina Bicara perlu bagi anak tunarungu.

Bina bicara terdiri dari kata bina dan bicara. Bina mengandung arti adanya upaya meningkatkan hasil dari apa yang dimiliki, kemudian dalam usaha meningkatkan ucapan yang dimiliki disertai upaya meluruskan atau mengoreksi kesalahan ucapan dan membetulkannya sampai ucapan itu bisa ditangkap, dipahami dan diinterpretasi menjadi bahasa yang bermakna oleh orang lain. Jadi, bina bicara adalah suatu upaya untuk tindakan, baik perbaikan, upaya koreksi maupun upaya pelurusan dalam mengucapkan bunyi-bunyi bahasa dalam rangkaian kata-kata agar dimengerti oleh orang yang mengajak/diajak bicara (Sadjah, 1995).

2.1.6 Dampak tunarungu bagi anak

Fungsi pendengaran normal terhadap pendengaran bunyi cukup penting sehingga alat bicara mampu meniru yang telah didengarnya. Menurut Sadjah (1995), anak tunarungu tidak mampu meniru bunyi dengan baik membawa akibat terhadap bicara/kualitas bicara yang dimiliki anak tunarungu, diantaranya :

1. Sukar dalam menyesuaikan volume yaitu suara dihasilkan alat bicara tidak sesuai dengan tenaga yang dikeluarkan.

2. Berbicara kedengaran terputus-putus yaitu pengurangan ucapan suku kata biasanya pengurangan suku kata awal atau tengah.
3. Pembentukan kata-kata tidak baik yaitu pola suaranya tidak benar sebab anak tunarungu tidak mampu mengontrol alat suaranya apakah ucapannya betul atau salah dalam mengucapkan kata yang dimaksud.

Kemampuan bicara anak tunarungu yang terganggu menyebabkan orang lain yang diajak bicara atau mengajak bicara anak, kurang dapat memahami bicara atau bahasa yang diucapkan anak tunarungu. Masyarakat sering salah dalam menafsirkan ucapan anak tunarungu sehingga seringkali anak menjadi frustrasi karena orang lain sering salah mengerti atas apa yang mereka inginkan. Anak-anak tunarungu mempunyai kesulitan mendasar dalam hal sosialisasi dengan orang lain sehingga anak menjadi terisolasi dari masyarakat, akibatnya muncul masalah emosional pada anak, diantaranya anak sering menjadi kaku, mudah marah dan bila dihubungkan dengan perilakunya menunjukkan seakan bukan pemaaf dan tidak mempunyai rasa sensitif terhadap orang lain (Carolina, 2007).

2.2 Konsep Bicara

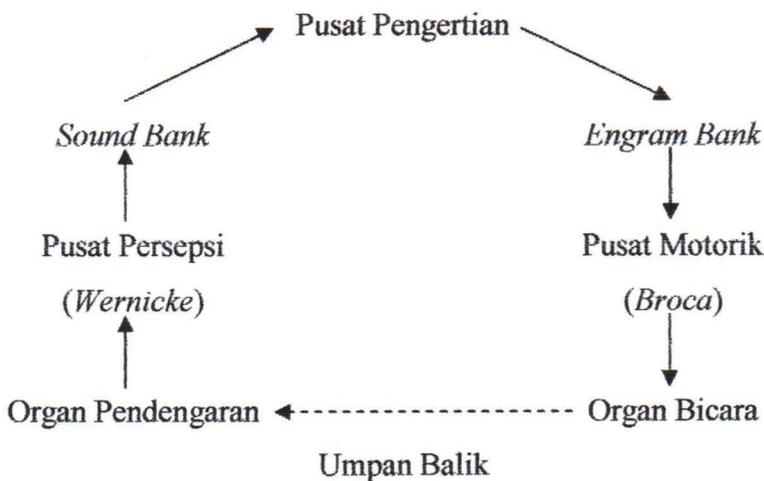
2.2.1 Pengertian bicara

Terdapat beberapa pendapat mengenai pengertian bicara, diantaranya bicara adalah kemampuan anak untuk berkomunikasi dengan bahasa oral (mulut) yang membutuhkan kombinasi yang serasi dari sistem neuromuskular untuk mengeluarkan fonasi dan artikulasi bicara (Keisya, 2007). Bicara adalah pengucapan yang menunjukkan keterampilan seseorang mengucapkan suara dalam suatu kata (Anonim, 2007). Bicara adalah aktivitas yang sangat koordinasi

sekuensi kontraksi otot-otot pernapasan, laring, faring, palatum, lidah dan bibir (Kerjasama FK UNDIP, 1991). Bicara adalah bentuk bahasa yang menggunakan artikulasi atau kata-kata yang digunakan untuk menyampaikan maksud (Hurlock, 1997). Berbicara merupakan kegiatan penting dalam kehidupan sehari, baik secara ekspresif, yaitu yang bersifat menyatakan isi hati maupun secara reseptif yaitu bersifat menerima bicara orang lain yang sengaja mengajak/diajak bicara (Sadjaah, 1995)

2.2.2 Mekanisme bicara

Bicara dapat terjadi karena adanya kerjasama organ bicara, organ mendengar maupun sistem persyarafan di otak sehingga terjadi proses aktivitas bicara. Secara garis besar mekanisme bicara dapat dibedakan menjadi 2 (dua) proses. Kedua proses tersebut adalah proses yang dimulai dari saat dimana seseorang mendengar rangsangan auditorius sampai terbentuknya konsep pengertian (proses reseptif) dan proses dimana seseorang mengungkapkan konsep pengertian melalui simbol bunyi yang diproduksi oleh organ bicara (proses ekspresif) termasuk kesadaran dan pengendalian mekanisme bicara.



Gambar 2.1 Skema Mekanisme Bicara (Setyono, 1998)

1. Organ Pendengaran

Bunyi yang dihasilkan oleh sumber bunyi/getaran udara diterima oleh telinga. Getaran udara tersebut diubah menjadi impuls mekanik (di telinga tengah) dan kemudian diubah menjadi impuls elektrik (di telinga dalam) yang diteruskan melalui saraf pendengaran (saraf austikus) menuju korteks pendengaran.

2. Pusat Persepsi (*Wernicke*)

Impuls yang diterima oleh korteks pendengaran di otak (pusat *wernicke*) selanjutnya diolah dan diamati. Impuls auditorius tersebut diolah dipusat persepsi sehingga terdapat proses-proses berikut : perbedaan rangsangan dengan latar belakang, penyimpanan-penyimpanan rangsang, pembentukan struktur dan analisa.

3. *Sound Bank*

Bagian ini merupakan bagian imajinasi untuk membayangkan adanya suatu bagian yang berfungsi sebagai *relay station* yang menghubungkan antara pusat persepsi dengan pusat pengertian. Pada *sound bank* ini, rangsangan-rangsangan yang berarti dan/atau akan diartikan disimpan dan diteruskan ke pusat pengertian untuk diolah lebih lanjut.

4. Pusat pengertian

Pusat pengertian ini merupakan suatu proses tertinggi bila dibandingkan dengan proses-proses lain yang berperan dalam mekanisme bicara. Pada pusat pengertian ini rangsangan yang diterima (setelah melalui proses sensasi dan persepsi) selanjutnya diasosiasikan dengan pengertian yang sudah dimiliki, melalui suatu proses berpikir akhirnya rangsangan tersebut menjadi suatu konsep. Konsep tersebut selanjutnya disimpan (memori). Proses memori terdiri dari 3

tahapan yaitu *encoding*, *storage*, dan *retrieval*. *Encoding* (pencatatan) adalah suatu tahapan dimana informasi ditransfer kedalam memori, *storage* (penyimpanan) adalah tahapan dimana informasi dipertahankan dalam memori, *retrieval* (mengingat kembali) adalah tahapan dimana informasi yang tersimpan dalam memori dipanggil kembali. Memori yang sudah ada siap dipergunakan dalam proses asosiasi, reproduksi, imajinasi, abstraksi, dan sekaligus akan berfungsi pula dalam proses berpikir. Pusat pengertian inilah yang mempunyai pengaruh dominan pada kemampuan mental, kepribadian, dan juga menentukan tingkah laku seseorang.

5. *Engram Bank*

Sebagaimana halnya *sound bank*, *engram bank* ini juga merupakan bagian imajiner. *Engram bank* ini berfungsi sebagai pusat yang menyimpan pola-pola gerakan bunyi-bunyi (terutama bunyi bicara) yang diterima. Pola-pola gerakan bunyi ini akan berfungsi pada saat seseorang hendak mengekspresikan ide atau konsep yang diekspresikan tersebut dapat diterima dan dimengerti oleh pendengar sesuai dengan maksud pembicaranya.

6. Pusat Motorik (*Broca*)

Pusat motorik yang dimaksudkan disini adalah pusat yang mengendalikan pergerakan organ bicara. Pusat motorik bicara (*Broca*) ini berfungsi untuk mengendalikan mekanisme pernapasan, fonasi, artikulasi, dan resonansi sewaktu berbicara. Mekanisme tersebut sesuai dengan pola gerakan yang sudah ditentukan oleh *engram bank*.

7. Organ Bicara

Organ bicara ini meliputi seluruh organ yang berfungsi dalam proses pernapasan, fonasi, artikulasi dan resonansi. Organ pernapasan diantaranya diafragma, otot-otot dada, otot-otot perut, dan saluran pernapasan. Organ fonasi diantaranya laring terutama plica vokalis. Organ artikulasi yang sekaligus berfungsi sebagai resonator adalah labium, palatum, lidah dan gigi, serta faring.

8. Umpan Balik

Umpan balik ini merupakan suatu proses sensorik untuk mengendalikan (kesadaran dan kontrol) pergerakan organ bicara. Dalam mekanisme bicara, umpan balik dapat dibedakan menjadi dua macam, yaitu *umpan balik auditorius* dimana dalam waktu kurang dari seperseratus dua puluh lima detik (0,008 detik) seseorang akan mendengar bicaranya sendiri sehingga ia akan mengetahui dan sadar terhadap kebenaran atau kesalahannya. Sedangkan *umpan balik kinestetis* adalah pergerakan yang dirasakan oleh seseorang pada waktu terjadi impuls motorik dari saraf ke otot sehingga ia akan sadar tentang kebenaran atau kesalahan gerakan organ bicaranya.

2.2.3 Organ bicara

Organ-organ bicara harus dapat bergerak dengan tangkas agar kata-kata diucapkan dengan baik sehingga setiap suku kata dapat didengar dan ditangkap dengan jelas (Kerjasama FK UNDIP, 1991). Organ-organ bicara yang mempengaruhi hasil produksi suara, diantaranya mulut, lidah, bibir, palatum molle, pita suara dan otot-otot pernapasan. Kondisi organ bicara yang baik dapat membantu pemahaman orang lain terhadap kata-kata yang disampaikan. Unsur-unsur bicara meliputi segmental yaitu vokal dan konsonan (dasar artikulasi dan

cara artikulasi); supra segmental yaitu tekanan, irama, intonasi; suara; pernafasan; kelancaran motorik organ bicara; dan kejelasan (Bunawan, 1993).

2.2.4 Kelainan bicara

Kelainan bicara adalah salah satu jenis kelainan perilaku komunikasi yang ditandai adanya kesalahan dalam proses produksi bunyi bicara (Setyono, 1998). Kesalahan proses produksi bunyi bicara menyebabkan kesalahan artikulasi, baik dalam segi penempatan artikulasi (titik artikulasi)/*Point of Articulation* dan dalam segi cara pengucapan (cara artikulasi)/*Manner of Articulation*. Menurut ramakofm (2007), kesalahan dalam kedua segi tersebut menyebabkan penderita melakukan :

1. Penggantian (*Subtitution*), yaitu artikulasi yang salah sehingga huruf yang diucapkan seperti diganti dengan huruf lain. Kata "sebuah" terdengar seperti "seb-wah", huruf 'u' diganti dengan huruf 'w'.
2. Penghilangan (*Omision*), yaitu kehilangan huruf dalam pengucapan sebuah kata. Kata "baiklah" terdengar "bai-lah", terdengar huruf 'k' hilang atau tidak terdengar.
3. Pengucapan tidak jelas (*Distortion*), yaitu pengucapan yang tidak akurat (salah kaprah) sehingga makna dari yang diucapkan akan bermaksud lain.

Klinik Pela 9 (2007) juga menjelaskan beberapa kelainan bicara yang dapat terjadi pada anak tunarungu, diantaranya :

1. *Discaudia* adalah gangguan bicara/artikulasi yang berhubungan dengan adanya kesulitan/gangguan *feedback auditory*, dapat terjadi karena gangguan pendengaran.

2. *Dislogia* adalah kelainan berkomunikasi yang disertai kerusakan mental. Rendahnya kecerdasan menyebabkan kesulitan dalam mengamati serta mengolah dalam pembentukan konsep dan pengertian bahasa.
3. *Disartria* adalah kelainan bicara akibat gangguan koordinasi otot-otot organ bicara sehubungan adanya kerusakan/gangguan sistem syaraf pusat maupun perifer.
4. *Disglosia* adalah kelainan bicara akibat adanya kelainan bentuk dan/atau struktur organ bicara, khususnya artikulator.
5. *Dislalia* adalah gangguan artikulasi yang disebabkan ketidaknormalan di luar organ bicara dan bukan dikarenakan kerusakan sistem syaraf pusat maupun perifer dan psikologis tapi merupakan gangguan fungsi artikulasi.

2.2.5 Kemampuan bicara pada anak tunarungu

Anak tunarungu sulit dalam meniru dan memahami bunyi/kata-kata yang didengarnya sehingga jika anak tunarungu tidak mendapatkan stimulasi dan intervensi sejak dini secara intensif dapat mengakibatkan gangguan bicara/tunawicara. Menurut Keisyah (2007), gejala gangguan bicara pada anak yang ditemukan dikaitkan dengan adanya gangguan pada pendengaran anak, diantaranya :

Anak usia 4 – 6 bulan

1. Anak tidak dapat menirukan suara yang dikeluarkan orang tuanya.
2. Anak usia 6 bulan belum bisa tertawa atau berceloteh.

Usia 6 – 10 bulan

1. Anak usia 8 bulan tidak mengeluarkan suara yang menarik perhatian.
2. Anak usia 10 bulan belum bereaksi ketika dipanggil namanya.

3. Anak usia 9-10 bulan tidak memperlihatkan emosi seperti tertawa atau menangis.

Anak usia 12 – 15 bulan

1. Anak usia 12 bulan, belum menunjukkan mimik.
2. Anak dengan usia 12 bulan, belum mampu mengeluarkan suara.
3. Anak usia 12 bulan, tidak menunjukkan usaha berkomunikasi bila membutuhkan sesuatu, tidak ada kontak mata dengan orang lain.
4. Anak usia 15 bulan, belum mampu memahami arti "tidak boleh" atau "daag".
5. Anak dengan usia 15 bulan, tidak memperlihatkan 6 mimik yang berbeda.
6. Anak usia 15 bulan, belum mengucapkan 1-3 kata.

Anak usia 18 – 24 bulan

1. Anak dengan usia 18 bulan, belum dapat mengucapkan 6-10 kata, tidak menunjukkan ke sesuatu yang menarik perhatian.
2. Anak usia 18-20 bulan, tidak menatap mata orang lain dengan baik dan lama.
3. Anak usia 21 bulan, belum dapat mengikuti perintah sederhana.
4. Anak usia 24 bulan, belum mampu merangkai 2 kata menjadi kalimat.
5. Anak usia 24 bulan, tidak memahami fungsi alat rumah tangga seperti sikat gigi dan telepon.
6. Anak usia 24 bulan, belum dapat meniru tingkah laku atau kata-kata orang lain.
7. Anak dengan usia 24 bulan, tidak mampu menunjukkan anggota tubuhnya bila ditanya.

Anak usia 30 – 36 bulan

1. Anak dengan usia 30 bulan, tidak dapat dipahami oleh anggota keluarga.

2. Anak dengan usia 36 bulan, tidak menggunakan kalimat sederhana, pertanyaan dan tidak dapat dipahami oleh orang lain selain anggota keluarga.

Anak usia 3 – 4 tahun

1. Anak usia 3 tahun, tidak mengucapkan kalimat, tidak mengerti perintah verbal dan tidak memiliki minat bermain dengan sesamanya.
2. Anak usia 3,5 tahun, tidak dapat menyelesaikan kata seperti "ayah" diucapkan "aya".
3. Anak usia 4 tahun, masih gagap dan tidak dapat mengerti secara lengkap.

2.2.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan bicara anak tunarungu

Menurut Sadjah (1995), perkembangan kemampuan bicara anak tunarungu ditentukan oleh faktor-faktor yang saling berkaitan, yaitu :

1. Faktor fisik, yaitu kondisi alat bicara yang baik, organ suara tidak mendapat gangguan dan organ bernapas pun baik.
2. Faktor psikis, yaitu kondisi-kondisi yang memungkinkan anak tunarungu termotivasi ingin meniru bunyi-bunyi yang diucapkan oleh siapa saja yang mengajak bicara padanya sebab anak tunarungu kalau tidak diajak bicara jarang mau memulai mengajak bicara. Kondisi-kondisi lain yang menunjang adalah kemampuan intelegensinya, artinya apabila intelegensi baik, ini mempercepat pemahaman bicara.
3. Faktor lingkungan yang turut mendukung berkembangnya kemampuan bicara, artinya adanya kesempatan yang diberikan sehingga anak berani untuk berekspresi secara lisan. Hal ini dilaksanakan dalam lingkungan keluarga, sekolah dan masyarakat lingkungannya.

2.3 Konsep Sekolah Luar Biasa (SLB)

2.3.1 Pengertian Sekolah Luar Biasa (SLB)

Dalam Pasal 15 Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003, dinyatakan bahwa "Pendidikan khusus merupakan penyelenggaraan pendidikan untuk peserta didik yang berkelainan misalnya tunanetra, tunarungu, tunadaksa atau peserta didik yang mempunyai kecerdasan luar biasa. Penyelenggaraan pendidikan khusus dilaksanakan secara berkelompok (inklusif) atau berupa 'satuan' khusus pada tingkat dasar dan menengah" (Carolina, 2007).

Beberapa kelainan yang membutuhkan pendidikan khusus, diantaranya tunanetra, tunarungu, tunadaksa, tunagrahita dan yang memiliki kelainan tingkah laku. Menurut Suryana (1996), tunanetra adalah anak yang tidak dapat melihat atau masih mempunyai sisa penglihatan dimana sisa penglihatan tersebut tidak dapat digunakan untuk mengikuti pendidikan. Tunarungu adalah kekurangan atau kehilangan kemampuan mendengar yang disebabkan oleh kerusakan atau tidak berfungsinya sebagian atau seluruh alat-alat pendengarannya. Tunadaksa adalah anak yang menderita cacat jasmani yang terlihat pada kelainan bentuk tulang atau otot, kelainan fungsi otot, sendi tulang maupun syaraf. Menurut Ghosali (2007), tunagrahita adalah keadaan dimana fungsi intelektual umum berada dibawah normal dan dimulainya selama masa perkembangan individu yang berhubungan dengan terbatasnya kemampuan belajar dan daya penyesuaian diri didalam proses pendewasaan individu tersebut. Klasifikasi tunagrahita menurut Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa/*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (PPDGJ/DSM II 1968) adalah tunagrahita taraf sangat berat (IQ 0-19), tunagrahita taraf berat (IQ 20-35), tunagrahita sedang (IQ 36-51),

tunagrahita taraf ringan (IQ 52-67), tunagrahita taraf perbatasan (IQ 68-85). Anak dengan tunagrahita sangat berat tidak dapat dilatih dan dididik, anak dengan tunagrahita berat dan sedang dapat dilatih tetapi tidak dapat dididik, sedangkan anak dengan tunagrahita ringan atau taraf perbatasan dapat dilatih dan dididik (Ghosali, 2007).

Pendidikan luar biasa atau khusus bersifat satu dan terpadu karena Sekolah Luar Biasa atau sekolah khusus bukan merupakan upaya untuk memisahkan pendidikan anak-anak tuna dari anak-anak normal. Anak luar biasa diasumsikan berkaitan dengan kondisi fisik, mental maupun intelegensinya. Oleh karena itu, anak luar biasa memerlukan pendidikan atau pelayanan khusus agar mendapat pertumbuhan dan perkembangan seoptimal mungkin (Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak, 2002).

2.3.2 Penggolongan Sekolah Luar Biasa (SLB)

Menurut Carolina (2007), SLB (Sekolah Luar Biasa) yang ada di Indonesia digolongkan menjadi 5 (lima) jenis pendidikan, yaitu :

1. Sekolah Luar Biasa bagian A (SLB-A) diperuntukkan bagi siswa yang memiliki ketunaan pada penglihatan atau tunanetra.
2. Sekolah Luar Biasa bagian B (SLB-B) diperuntukkan bagi siswa yang memiliki ketunaan pada pendengaran dan kadang-kadang bicara atau tunarungu dan tunawicara.
3. Sekolah Luar Biasa bagian C (SLB-C) diperuntukkan bagi siswa yang memiliki ketunaan mental atau tunagrahita. Menurut Soetjiningsih (1995), berdasarkan intelegensi anak maka SLB-C dibedakan atas :

- a. SLB-C untuk anak retardasi mental dengan angka IQ 50-75 yaitu anak yang mampu didik.
 - b. SLB-C1 untuk anak retardasi mental dengan angka IQ 25-50 yaitu anak yang mampu latih.
4. Sekolah Luar Biasa bagian D (SLB-D) diperuntukkan bagi siswa yang memiliki ketunaan tubuh atau cacat tubuh atau tunadaksa. Untuk anak tunadaksa yang disertai gangguan/cacat lainnya (seperti gangguan bicara, mental, dll), yang disebut cacat ganda (*double hand-icap*) dididik di SLB-D1.
 5. Sekolah Luar Biasa bagian E (SLB-E) diperuntukkan bagi siswa yang memiliki kelainan tingkah laku atau hiperaktif.

2.3.3 Program pendidikan di Sekolah Luar Biasa B (SLB-B)

Menurut Mitranetra (2007), Program Pendidikan Khusus anak tunarungu dilaksanakan dengan satuan pendidikan sebagai berikut :

1. Taman Kanak-kanak Luar Biasa B: untuk anak-anak usia 5-7 tahun dengan lama studi 2 tahun dengan penekanan pembelajaran pada pengembangan perilaku dan kepribadian, pengembangan kemampuan dan ketrampilan (bahasa, pengetahuan, kreatifitas dan kesehatan) dan program khusus pembelajaran bina persepsi bunyi dan irama.
2. Sekolah Dasar Luar Biasa B: untuk anak usia 8-15 tahun dengan lama studi 6 tahun dengan penekanan pada pembelajaran bidang matematika, IPA, ketrampilan (vokasional), kesehatan, kesenian, komputer dan program khusus pengajaran bidang muatan lokal, BPBI dll.
3. Sekolah Menengah Pertama Luar Biasa B: untuk anak usia 16-18 tahun dengan lama studi 3 tahun dengan penekanan pada pembelajaran bidang

matematika, IPA, ilmu sosial, Bahasa Inggris, kesehatan, kesenian dan ketrampilan khusus seperti komputer dan manajemen, tata boga (*food and beverage service*), perawatan kecantikan, rekayasa teknik, ketrampilan bidang perkayuan, otomotif, keramik dll.

4. Sekolah Menengah Atas Luar Biasa B: untuk remaja usia 19-21 tahun dengan lama studi 3 tahun dengan penekanan pada bidang matematika, IPA, ilmu sosial, bahasa Inggris, kesehatan, kesenian dan komputer serta pendidikan ketrampilan khusus yang mencakup komputer dan manajemen, tata boga (*food and beverage service*), perawatan kecantikan, rekayasa teknik, ketrampilan bidang perkayuan, otomotif, keramik dll.

2.3.4 Program pendidikan khusus Sekolah Dasar Luar Biasa B (SDLB-B)

Ada 2 (dua) jenis pendidikan khusus yang dilaksanakan di SDLB-B, diantaranya latihan mendengar dan latihan bicara (Mitranetra, 2007). Latihan mendengar atau Bina Persepsi Bunyi dan Irama (BPBI) adalah pembinaan dan penghayatan bunyi yang dilakukan secara sistematis dengan sengaja atau tidak sengaja sehingga sisa pendengaran dan perasaan vibrasi dan pengalaman kontak yang dimiliki anak tunarungu dapat dipergunakan sebaik-baiknya untuk berintegrasi dengan dunia sekelilingnya yang penuh bunyi (Djojonegoro, 2001). Bina Persepsi Bunyi dan Irama (BPBI) berfungsi untuk melatih kepekaan sisa pendengaran anak terhadap sifat-sifat dan sumber bunyi di lingkungannya, agar semakin memahami makna bunyi dan bunyi bahasa yang didengarnya, baik memakai atau tidak memakai alat bantu mendengarnya. Sedangkan latihan bicara berupa kegiatan untuk melatih kontraksi otot-otot pernapasan, laring, faring, palatum, lidah dan bibir (Kerjasama FK UNDIP, 1991). Latihan bicara berfungsi

untuk melatih pergerakan organ bicara pada anak tunarungu sehingga artikulasi kata yang dikeluarkan sesuai dengan yang diharapkan anak dan dapat dipahami oleh orang lain.

Program pendidikan khusus diatas juga dilakukan di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo. Latihan Bicara di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo disebut terapi artikulasi dimana pelaksanaannya bersamaan dengan kegiatan belajar mengajar, jadi tidak ada waktu khusus untuk pelaksanaan terapi sedangkan Bina Persepsi Bunyi dan Irama (BPBI) mempunyai ruangan tersendiri yang sudah dilengkapi dengan sarana dan prasarana yang dibutuhkan tetapi tidak dilaksanakan secara teratur pada anak tunarungu.

2.4 Konsep Terapi Artikulasi

2.4.1 Pengertian artikulasi

Artikulasi adalah proses aliran udara yang melewati organ lidah, gigi, bibir dan rongga mulut menghasilkan suara, kata dan suku kata yang jelas berdasarkan kaedah bahasa yang benar (Subarto, 2007). Sedangkan menurut Setyono (1998), artikulasi adalah pembentukan gelombang udara yang mempunyai intensitas dan frekuensi tertentu menjadi bunyi-bunyi yang berarti.

2.4.2 Perkembangan artikulasi

Perkembangan artikulasi adalah perkembangan kemampuan untuk memproduksi bunyi-bunyi dan bahasa yang dipergunakan untuk ekspresi verbal (Setyono, 1998). Menurut Templin (1978) yang dikutip dalam Setyono (1998), perkembangan artikulasi pada anak sebagai berikut :

Tabel 2.1 Perkembangan artikulasi pada anak menurut Templin (1978)

Usia	Vokal (huruf hidup)	Konsonan (huruf mati)
3 tahun	e, i, a, o, u	Awal : m, n, p, t, k, b, d, g, f, h, w Tengah : m, n, p, k, b, d, g, f, h, w, ng Akhir : m, n, p, t, ng
3,5 tahun	e, i, a, o, u	Awal : y Tengah : s, z, y Akhir : r
4 tahun	e, i, a, o, u	Awal : j, r, l, s, sh Tengah : v, r, l Akhir : k, b, d, g, sh
4,5 tahun	e, i, a, o, u	Awal : ch Tengah : sh, ch Akhir : s, ch
5 tahun	e, i, a, o, u	Awal : - Tengah : j Akhir : -
6 tahun	e, i, a, o, u	Awal : v, th Tengah : t, th Akhir : v, th, l
7 tahun	e, i, a, o, u	Awal : z Tengah : - Akhir : s, j

Sedangkan perbandingan hasil penelitian awal di Indonesia yang dikutip dalam Setyono (1998), menunjukkan kecenderungan perkembangan artikulasi sebagai berikut :

Usia 2 tahun : p, b, m, w, y, ng, ny, d, h

Usia 3 tahun : t, n, k, g, s, f

Usia 4 tahun : l, j, c, sy

Usia 5 tahun : r, kh

2.4.3 Mekanisme terapi artikulasi

Mekanisme terapi artikulasi dilakukan dengan cara melatih anak tunarungu dalam pengaturan proses aliran udara yang melewati organ lidah, gigi, bibir dan rongga mulut sehingga menghasilkan suara, kata dan suku kata yang jelas berdasarkan kaedah bahasa yang benar (Subarto, 2007). Mekanisme artikulasi merupakan bagian akhir dari mekanisme bicara (Setyono, 1998). Terapi artikulasi adalah melatih artikulasi anak tunarungu baik dalam segi penempatan artikulasi (titik artikulasi)/*Point of Articulation* dan dalam segi cara pengucapan (cara artikulasi)/*Manner of Articulation* (Bunawan, 1993). Terapi artikulasi dilakukan dengan cara berhadapan secara langsung antara pengajar dan anak tunarungu dan dengan media cermin. Menurut Bunawan (1993), cara melatih artikulasi kata adalah sebagai berikut :

1. Secara visual

- a. Mengajak anak memperhatikan bibir pengajar pada cermin kemudian anak menyamakan bentuk dengan bibir sendiri.
- b. Menulis suku kata lalu mengajak anak untuk mencoba.

2. Secara auditoris (pemanfaatan/memfungsikan sisa pendengaran)
 - a. Menggunakan suara yang lebih keras.
 - b. Mengajak anak untuk merasakan getaran sambil mencoba.
 - c. Bila sudah bereaksi ada bunyi, pengajar mengucapkan kata secara global, anak menirukannya.
 - d. Memberi kesempatan anak mencoba sendiri sambil merasakan suaranya sendiri.
3. Secara haptik (taktik-kinestetik)
 - a. Mengajak anak merasakan udara yang keluar dari mulut dengan ujung jarinya.
 - b. Memberi kesempatan anak untuk mencoba, pengajar melakukan bersamaan dengan itu, silangkan tangan pengajar ke mulut anak, tangan anak ke mulut pengajar. Cara ini untuk mengontrol udara yang keluar dari mulut.

2.4.4 Manfaat terapi artikulasi

Terapi artikulasi merupakan suatu upaya untuk tindakan baik perbaikan, upaya koreksi maupun upaya pelurusan dalam mengucapkan bunyi-bunyi dalam rangkaian kata-kata agar dimengerti oleh orang yang mengajak/diajak bicara (Sadjaah, 1995). Manfaat dilakukan terapi artikulasi diantaranya :

1. Anak tunarungu memiliki dasar ucapan yang benar.
2. Anak tunarungu mampu membentuk bunyi (vokal dan konsonan) dengan benar sehingga dapat dimengerti orang lain
3. Memberi keyakinan kepada anak tunarungu bahwa bunyi/suara yang diproduksi melalui organ bicaranya harus mempunyai makna.

4. Anak tunarungu mampu mengoreksi ucapannya yang salah.
5. Anak tunarungu bisa membedakan ucapan yang satu dengan ucapan lainnya.
6. Anak tunarungu memfungsikan organ bicaranya yang kaku dengan harapan otomatisasi organ bicara terlatih dengan baik.

2.5 Kemampuan Bicara Anak Tunarungu dan Terapi Artikulasi

Sebagian besar anak tunarungu mengalami gangguan dalam bicara bahkan kondisi anak tunarungu dapat semakin parah, yaitu menjadi tunawicara. Gangguan bicara pada anak tunarungu terjadi dikarenakan minimnya bunyi/kata-kata yang diterima anak tunarungu melalui pendengarannya sehingga kosakata yang tersimpan didalam memori otak terbatas. Keterbatasan kosakata dalam memori otak anak tunarungu menyebabkan anak tidak mampu untuk mengucapkan kembali kata-kata yang didengarnya. Tunawicara pada anak tunarungu dapat terjadi jika anak tidak pernah menerima stimulus. Oleh karena itu, untuk mencegah kondisi yang lebih parah pada anak tunarungu tersebut maka perlu dilakukan intervensi secara dini. Intervensi yang dilakukan diantaranya pelatihan bicara secara intensif dan berkelanjutan, pelatihan ini dilakukan untuk mencegah putusnya jembatan penghubung antara anak tunarungu dengan masyarakat karena pada anak tunarungu sering terjadi kesulitan dalam berkomunikasi dengan masyarakat. Pelatihan bicara yang dilakukan diantaranya dengan terapi artikulasi. Artikulasi merupakan bagian akhir dari mekanisme bicara (Setyono, 1998) sehingga jika artikulasi, baik dalam segi penempatan artikulasi (titik artikulasi)/*Point of Articulation* dan dalam segi cara pengucapan (cara artikulasi)/*Manner of Articulation*, terjadi kesalahan dapat menyebabkan orang

lain yang mendengar pembicaraan dari anak tunarungu tidak memahami maksud dari anak tersebut. Kesalahan artikulasi banyak terjadi pada anak tunarungu karena anak tunarungu sebelumnya tidak pernah mendengar kosakata dan cara artikulasi yang benar sehingga produksi bunyi yang anak hasilkan seringkali tidak sesuai dengan maksudnya. Oleh karena itu, untuk mencegah kesalahan dalam produksi bunyi dilakukan terapi artikulasi. Terapi artikulasi yang dilakukan adalah dengan melatih anak tunarungu dalam pengaturan proses aliran udara yang melewati organ lidah, gigi, bibir dan rongga mulut sehingga menghasilkan suara, kata dan suku kata yang jelas berdasarkan kaedah bahasa yang benar (Subarto, 2007). Terapi artikulasi mengajarkan anak dalam menempatkan artikulasi dan cara artikulasi bunyi yang benar sehingga bunyi/kata-kata yang disampaikan dapat dipahami oleh orang lain dan jembatan penghubung antara anak tunarungu dengan orang lain tidak terputus.

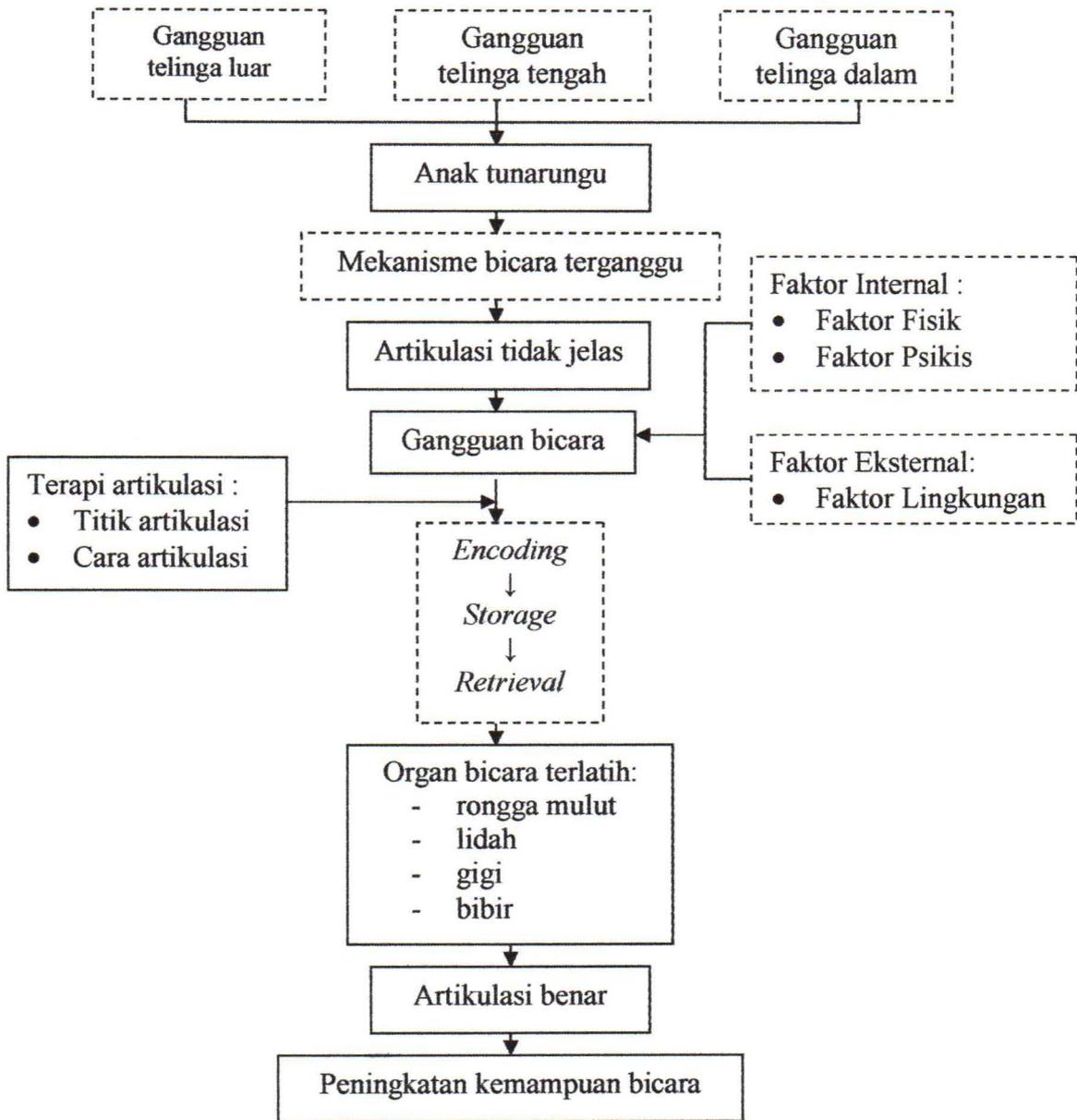
BAB 3

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN
HIPOTESIS PENELITIAN**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka konseptual efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu.

Keterangan :



Diteliti



Tidak diteliti

Dari Gambar 3.1 dapat dijelaskan efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu. Pendengaran adalah salah satu indera yang memegang peranan penting dalam perkembangan bicara anak. Gangguan pendengaran dapat mengakibatkan gangguan komunikasi verbal yang selanjutnya mengakibatkan gangguan sosialisasi maupun emosional (Trisna, 2007). Gangguan bicara pada anak tunarungu juga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal anak diantaranya faktor fisik dan faktor psikis sedangkan faktor eksternal anak yaitu faktor lingkungan (Sadjaah, 1995). Oleh karena itu, untuk mencegah kondisi yang lebih parah pada anak tunarungu yaitu tunawicara maka dilakukan terapi artikulasi. Terapi artikulasi dipilih karena pada anak tunarungu, salah satu unsur bicara yang tidak berfungsi dengan baik adalah segmental, yaitu vokal dan konsonan (titik artikulasi dan cara artikulasi) sehingga terjadi gangguan bicara (Bunawan, 1993). Terapi artikulasi dilakukan untuk melatih organ bicara anak tunarungu, diantaranya rongga mulut, lidah, gigi dan bibir sehingga artikulasi vokal dan artikulasi konsonan anak tunarungu benar. Terapi artikulasi dilaksanakan secara rutin agar anak memiliki memori yang benar mengenai pengucapan huruf yang benar. Ada 3 proses memori yaitu *encoding* (pencatatan), *storage* (penyimpanan), dan *retrieval* (mengingat kembali) (Lumbantobing, 1995). Melalui proses memori tersebut maka anak dapat memiliki memori tentang pengucapan huruf yang benar sehingga organ bicara dapat terlatih untuk mengucapkan huruf dengan baik. Organ bicara yang terlatih dengan baik berpengaruh terhadap artikulasi anak dimana awalnya artikulasi tidak jelas dapat menjadi benar dan bicara anak dapat dipahami orang lain. Dari intervensi tersebut

maka penelitian ini menganalisis efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu.

3.2 Hipotesis

H 1 = Terapi artikulasi efektif terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu.

BAB 4

METODE PENELITIAN

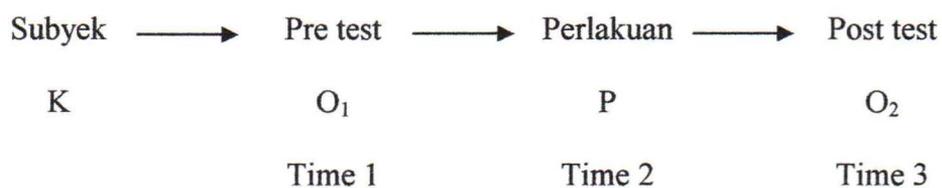
BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode Penelitian adalah cara menyelesaikan masalah dengan menggunakan metode keilmuan (Nursalam, 2003). Hal yang tercakup didalam metode penelitian adalah desain penelitian, kerangka kerja operasional, populasi, sampel dan teknik sampling, identifikasi variabel dan definisi operasional, instrumen penelitian, lokasi dan waktu penelitian, produser pengambilan dan pengumpulan data, analisa data, etika penelitian dan keterbatasan penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan pola atau petunjuk secara umum yang bisa diaplikasikan pada penelitian (Nursalam, 2003). Penelitian ini menggunakan “*one group pre test-post test design*” yang merupakan salah satu bentuk rancangan pra-experimental, dimana rancangan berusaha membuktikan efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara pada anak tunarungu di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo. Pada penelitian ini, peneliti memberikan perlakuan tertentu pada suatu kelompok subyek yang diobservasi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.



Keterangan :

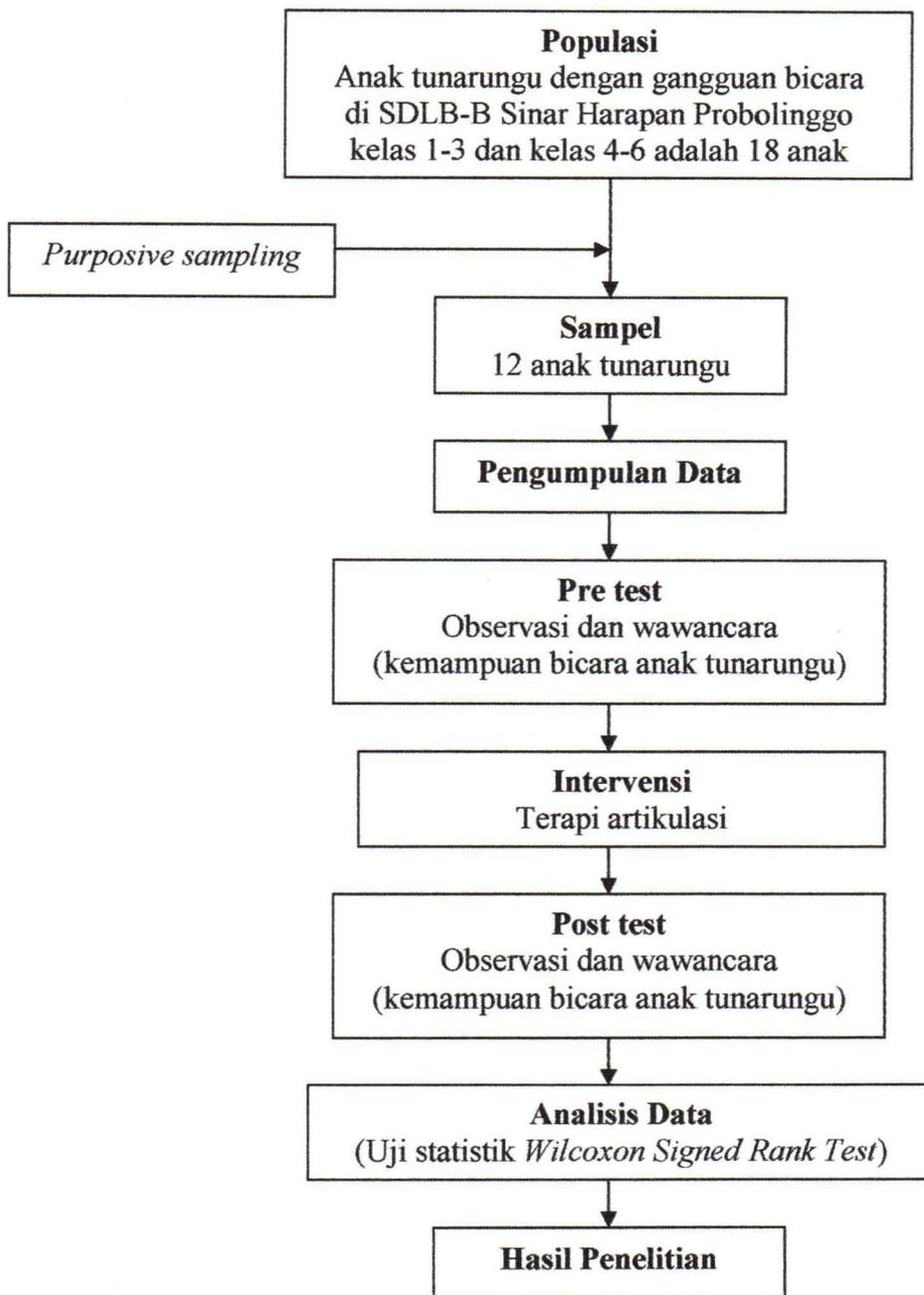
K : Subyek.

O₁ : Observasi kemampuan bicara anak tunarungu sebelum dilakukan terapi artikulasi.

P : Perlakuan.

O₂ : Observasi kemampuan bicara anak tunarungu setelah dilakukan terapi artikulasi.

4.2 Kerangka Kerja Penelitian



Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu

4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah setiap subyek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Notoadmodjo (2003) mengatakan bahwa populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti tersebut. Pada penelitian ini populasinya adalah seluruh anak tunarungu yang mengalami gangguan bicara di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo sebesar 18 orang.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan tertentu untuk bisa mewakili populasi (Nursalam, 2003).

Sampel yang akan digunakan dalam penelitian adalah anak tunarungu yang memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti. Jadi, besar sampel yang digunakan dalam penelitian adalah 12 anak tunarungu.

Pada penelitian ini akan diambil sampel dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti :

- a. Sekolah di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo.
- b. Anak tunarungu kelas 1-3 yang menduduki kelas 1, 2 dan 3.
- c. Anak tunarungu kelas 4-6 yang menduduki kelas 4 dan 5.
- d. Anak tunarungu tidak mengalami tunawicara.
- e. Anak tunarungu yang dapat membaca.
- f. Anak tunarungu dengan tunagrahita ringan atau taraf perbatasan.

g. Orang tua mengizinkan anak menjadi responden.

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria Eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang tidak memenuhi kriteria inklusi.

- a. Anak tunarungu yang tidak mau mengikuti terapi artikulasi.
- b. Anak tunarungu yang tidak masuk sekolah >12 hari.
- c. Anak tunarungu yang pindah atau berhenti sekolah waktu terapi artikulasi dilakukan.

4.3.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini bentuk teknik sampling yang akan digunakan adalah *nonprobability sampling* yaitu *purposive sampling* yang berarti bahwa penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan kehendak peneliti (tujuan atau masalah penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2003).

4.4 Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia dan lain-lain).

4.4.1 Variabel independen (variabel bebas)

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lainnya (Nursalam, 2003). Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi artikulasi.

4.4.2 Variabel dependen (variabel tergantung)

Variabel dependen adalah aspek tingkah laku yang diamati dari suatu organisme yang dikenai stimulus. Variabel dependen menurut Nursalam (2003) adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah proses perumusan atau pemberian arti atau makna pada masing-masing variabel untuk kepentingan akurasi, komunikasi dan replikasi agar memberikan pemahaman sama pada setiap orang mengenai variabel yang diangkat dalam suatu penelitian (Nursalam, 2003).

Tabel 4.1 Definisi operasional variabel dependen dan independen efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen : Terapi artikulasi	Suatu upaya untuk tindakan baik perbaikan, upaya koreksi maupun upaya pelurusan dalam mengucapkan bunyi-bunyi dalam rangkaian kata-kata agar dimengerti oleh orang yang mengajak/diajak bicara (Sadjaah, 1995).	<p>Terapi artikulasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisi pengajar dan anak berhadapan. 2. Memberikan gambar atau apa saja untuk menentukan huruf/kata/kalimat yang akan dilatihkan. 3. Menentukan dasar ucapan huruf. 4. Pembentukan organ bicara dalam menyebutkan huruf/kata/kalimat. 5. Ucapkan huruf/kata/kalimat dari percakapan lalu anak menirukan. <p>Cara melatih :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Secara visual <ol style="list-style-type: none"> a. Anak memperhatikan bibir pengajar secara langsung kemudian anak 	SAK (Satuan Acara Kegiatan)		

		<p>menyamakan bentuk dengan bibir sendiri. Bila anak masih kesulitan meniru dapat dibantu dengan menggunakan cermin</p> <p>b. Ucapkan huruf/kata/kalimat kemudian anak meniru.</p> <p>c. Tulis huruf/kata/kalimat tersebut lalu minta anak menyebutkannya.</p> <p>2. Secara auditorius (pemanfaatan/memfungsikan sisa pendengaran)</p> <p>a. Gunakan suara yang lebih keras.</p> <p>b. Minta anak untuk merasakan getaran suara di daerah leher pengajar sambil menyebutkan huruf/kata/kalimat.</p> <p>c. Setelah ada bunyi, maka ucapkan huruf/kata/kalimat, anak menirukannya.</p> <p>d. Beri kesempatan anak untuk</p>			
--	--	---	--	--	--

<p>Dependen : Peningkatan kemampuan bicara anak</p>	<p>Perubahan kemampuan anak untuk berkata-kata secara lisan (oral).</p>	<p>mengucapkan huruf/kata/kalimat sendiri sambil merasakan getaran suaranya sendiri.</p> <p>3. Secara haptik (taktik-kinestetik)</p> <p>a. Minta anak untuk merasakan udara yang keluar dari mulut dengan ujung jarinya saat menyebutkan huruf/kata/kalimat.</p> <p>b. Beri kesempatan anak untuk mencoba, pengajar melakukan bersamaan dengan itu, menyilangkan tangannya ke mulut anak. Tangan anak ke mulut pengajar untuk mengontrol udara yang keluar.</p> <p>Kemampuan bicara (lisan) anak tunarungu dalam melakukan:</p> <p>1. Artikulasi vokal</p>	<p>Observasi Wawancara</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Terdiri dari 4 item yang terdiri dari 5 sub item. Rentang</p>
---	---	--	--------------------------------	----------------	--

<p>tunarungu</p>		<p>2. Artikulasi konsonan 3. Artikulasi kata 4. Artikulasi kalimat sederhana</p>		<p>skor penilaian 5 sub item pada masing-masing item 1-10 Penilaian : Baik = 2 Cukup = 1 Kurang = 0 Kategori : Baik = 76-100% Cukup = 60-75% Kurang = <60% (Arikunto, 2006)</p>
------------------	--	--	--	--

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Instrumen penelitian

Instrumen merupakan alat bantu bagi peneliti dalam menggunakan metode pengumpulan data (Arikunto, 2000). Instrumen penelitian untuk variabel independen (terapi artikulasi) menggunakan SAK (Satuan Acara Kegiatan). Sedangkan instrumen penelitian untuk variabel dependen (peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu) menggunakan lembar observasi dan wawancara pada anak tunarungu yang mendapat perlakuan. Peningkatan kemampuan bicara anak yang diungkapkan dalam penelitian ini adalah artikulasi vokal, artikulasi konsonan, artikulasi kata, dan artikulasi kalimat. Berdasarkan kemampuan bicara yang seharusnya dimiliki oleh anak, maka disusun Kemampuan Bicara (Lisan) sebanyak 4 item dan masing-masing item mempunyai 5 sub item. Penilaian Kemampuan Bicara (Lisan) ini didasarkan pada kemampuan dalam menyebutkan huruf vokal, huruf konsonan, kata dan kalimat yang sudah dicantumkan. Pada masing-masing item, penilaian yang diberikan adalah baik, cukup, kurang. Alternatif jawaban baik apabila anak dapat mengucapkan huruf, kata dan kalimat dengan sempurna tanpa bimbingan, cukup apabila anak dapat mengucapkan huruf, kata dan kalimat dengan bimbingan, dan kurang apabila anak belum dapat mengucapkan huruf, kata dan kalimat walaupun dengan bimbingan. Jawaban baik mendapat nilai 2, cukup mendapat nilai 1, dan kurang mendapat nilai 0.

4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi penelitian di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo. Waktu penelitian dilaksanakan bulan Juni 2007

4.6.3 Prosedur pengumpulan dan pengambilan data

Dalam penelitian ini proses pengumpulan dan pengambilan data yang dilakukan di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo dilaksanakan setelah mendapat ijin dari Kepala SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo. Data dikumpulkan melalui observasi dan wawancara oleh penelitian, termasuk didalamnya variabel independen maupun variabel dependen dari anak tunarungu. Setelah anak dididentifikasi dengan kriteria inklusi, orang tua anak diberikan *informed consent* sebagai tanda persetujuan untuk dijadikan sampel penelitian.

Responden sebelumnya diberi pre test terlebih dahulu dengan menggunakan instrumen yang ada sehingga diperoleh skor awal sebelum intervensi. Hasil skor pada pre test dijadikan sebagai data awal. Kemudian responden diberi intervensi terapi artikulasi 6 kali dalam seminggu, dimulai hari senin sampai dengan sabtu selama 3 minggu dengan durasi waktu tiap pertemuan 120 menit, jadi setiap anak memperoleh perlakuan sebanyak 18 kali. Intervensi dilaksanakan bersama-sama dengan responden dengan panduan dari peneliti dan setiap intervensi, dilakukan pre test dan post test pengucapan huruf/kata/kalimat yang telah ditentukan pada awal intervensi untuk melihat perubahan kemampuan bicara anak tunarungu setiap setelah dilakukan terapi artikulasi. Setelah itu, dilakukan post test pada responden pada minggu ke-3 sebagai evaluasi dengan menggunakan instrumen yang sama dengan pre test. Pada setiap pre test dan post test dilakukan perekaman pada tiap-tiap anak waktu mengucapkan huruf, kata, dan kalimat sederhana pada Lembar Kemampuan Bicara (Lisan) agar dapat mengetahui efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu.

4.6.4 Analisis data

Analisis data merupakan suatu proses analisis yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan dengan tujuan supaya *trends* dan *relationship* bisa dideteksi (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini analisis data dilakukan melalui tabulasi data kegiatan yang dilakukan dalam langkah tabulasi data adalah:

1. Memberikan skor terhadap item-item yang perlu di skor sesuai dengan yang telah ditetapkan di definisi operasional.
2. Data tersebut diolah dan diuji menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test*, tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$ dengan tujuan membandingkan variabel dependen sebelum dan sesudah perlakuan. Skala data yang dipergunakan adalah ordinal.

4.7 Masalah Etik

Penelitian dilaksanakan setelah mendapat ijin dari Kepala SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo. Penelitian yang menggunakan manusia sebagai subyek, tidak boleh bertentangan dengan etika yang meliputi :

4.7.1 Surat persetujuan (*Informed consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada subyek yang diteliti untuk bersedia menjadi responden dalam hal ini adalah orang tua responden. Sebelumnya peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang dilakukan terlebih dahulu jika orang tua dari subyek penelitian mengizinkan anaknya untuk diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan, jika orang tua subyek tidak

mengizinkan anaknya menjadi responden maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati haknya.

4.7.2 Tanpa nama (*Anonimity*)

Peneliti tidak akan mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data yang diisi oleh subyek untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, tetapi hanya diberi nomor kode yang diketahui oleh peneliti saja.

4.7.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Informasi yang diberikan kepada subyek akan dirahasiakan oleh peneliti. Peneliti akan menyajikan data yang berhubungan dengan penelitian ini.

4.8 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini banyak kekurangan atau keterbatasan tersebut sehingga hasil penelitian masih jauh dari sempurna. Keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah:

1. Sampel yang digunakan untuk penelitian terbatas sehingga tingkat validitas hasil penelitian belum maksimal. Selain itu karakteristik responden yang tidak homogen sehingga hasil yang didapat tidak valid.
2. Alat ukur yang dibuat oleh peneliti sendiri memungkinkan kurangnya validitas dan realibilitasnya.

BAB 5

PEMBAHASAN

BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan tentang efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo sejak tanggal 4 Juni 2007 sampai dengan 30 Juni 2007.

Data yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk diagram, tabel dan narasi. Penyajian hasil penelitian dibagi menjadi 3 bagian, yaitu: 1) Gambaran umum lokasi penelitian, 2) Data umum tentang karakteristik responden, yaitu data umum anak tunarungu yang terdiri dari jenis kelamin responden, umur responden, jenjang kelas responden, riwayat bimbingan belajar bicara dan data umum orang tua anak yang terdiri dari pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, penghasilan orang tua, 3) Data khusus menampilkan penilaian kemampuan bicara anak tunarungu sebelum dan sesudah terapi artikulasi dan efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo yang berada di Jalan Mawar No. 39 Probolinggo. SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo terdiri dari dua kelas, yaitu kelas 1-3 dan kelas 4-6. Jumlah tenaga pengajar sebanyak 3 orang guru dan seorang kepala sekolah. Fasilitas yang terdapat dalam sekolah antara lain ruang kelas tempat belajar mengajar, ruang guru, ruang BPBI,

kantin dan lapangan yang cukup luas di bagian depan sekolah. Kriteria siswa yang bersekolah di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo adalah anak-anak yang mengalami gangguan pendengaran mulai ringan sampai paling berat dan diantara anak tersebut terdapat anak yang juga mengalami tunagrahita ringan atau taraf perbatasan.

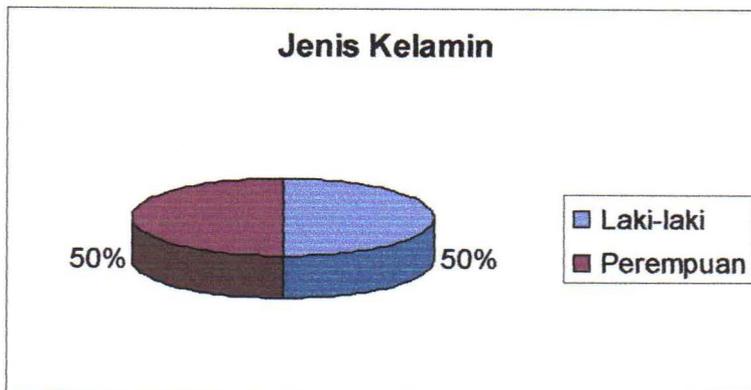
Sistem pengajaran di sekolah tersebut yaitu seorang guru wali kelas 1-3 bertanggung jawab atas 11 siswa, seorang guru wali kelas 4-6 bertanggung jawab atas 9 siswa. Guru wali kelas tersebut bertugas mengajarkan semua mata pelajaran kecuali pelajaran Agama yang diajarkan oleh guru dengan keahlian bidang tersebut. Kegiatan belajar kelas 1-3 dimulai jam 07.00 sampai dengan 10.00 sedangkan kelas 4-6 dimulai jam 07.00-12.30. Pelajaran yang diajarkan pada siswa di sekolah tersebut berdasarkan kemampuan siswa pada saat itu, sehingga tidak ada ketetapan khusus terhadap prestasi yang harus dicapai oleh siswa.

5.1.2 Data umum

Data umum yang ditampilkan yaitu data umum anak dan data umum orang tua. Data umum anak yang ditampilkan yaitu karakteristik anak berdasarkan jenis kelamin, umur, jenjang dan riwayat bimbingan belajar bicara. Data umum orang tua yang ditampilkan yaitu karakteristik orang tua berdasarkan pendidikan, pekerjaan dan penghasilan.

1. Data umum anak

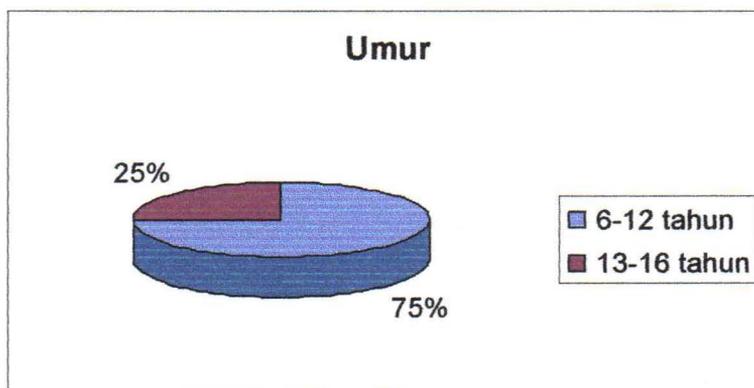
1). Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007

Dilihat dari diagram diatas menunjukkan bahwa jumlah responden dengan jenis kelamin laki-laki dan perempuan sama, yaitu masing-masing berjumlah 6 anak (50%).

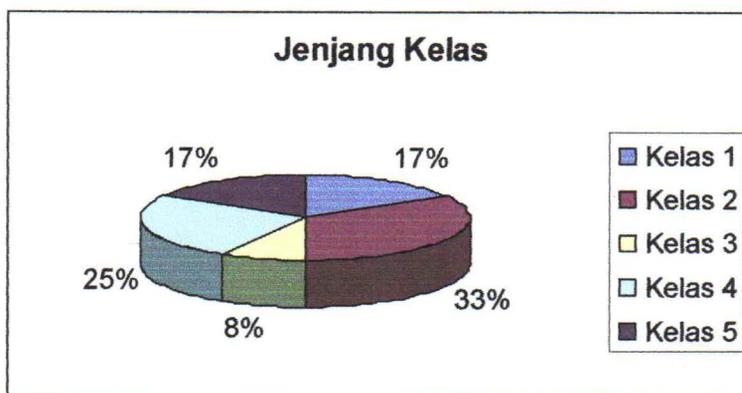
2). Distribusi responden berdasarkan umur



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan umur di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007

Diagram di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia 6-12 tahun sebanyak 9 anak (75%).

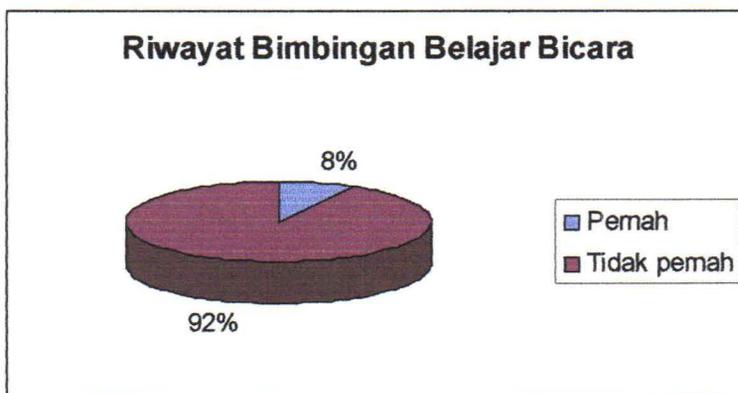
3). Distribusi responden berdasarkan jenjang kelas



Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan jenjang kelas di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007

Pada diagram tersebut di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden duduk di kelas 2 sebanyak 4 anak (33%).

4). Distribusi responden berdasarkan riwayat bimbingan belajar bicara



Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan riwayat bimbingan belajar bicara di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007

Diagram tersebut di atas menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden tidak pernah mengikuti bimbingan belajar bicara sebanyak 11 anak (98%).

2. Data umum orang tua

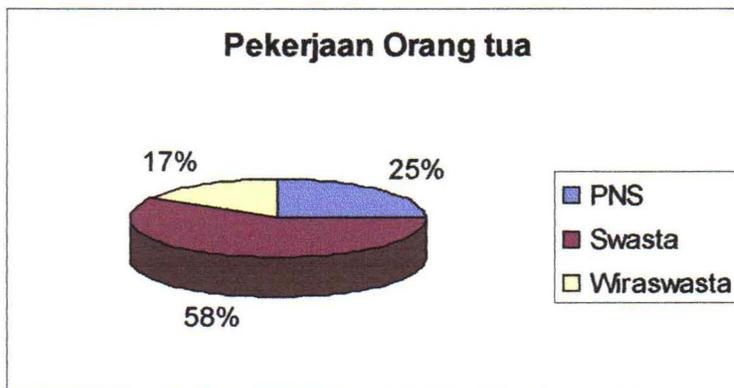
1). Distribusi responden berdasarkan pendidikan



Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007

Dari diagram diatas, tampak pendidikan terakhir orang tua anak tunarungu sebagian besar dengan tingkat pendidikan SMA sebanyak 5 orang (42%).

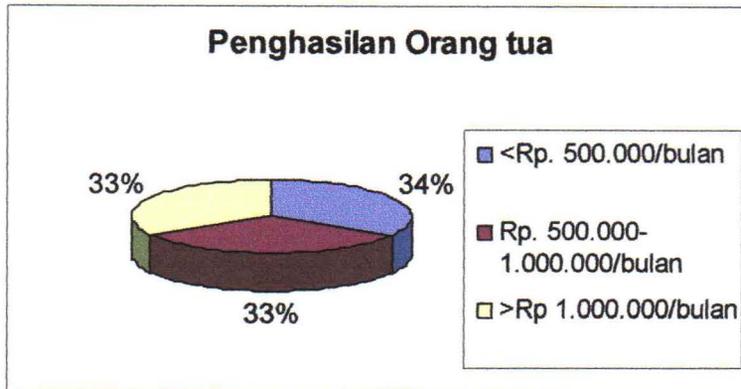
2). Distribusi responden berdasarkan pekerjaan



Gambar 5.6 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007

Diagram di atas menunjukkan bahwa berdasarkan pekerjaan orang tua, lebih dari 50% orang tua anak tunarungu bekerja di swasta 7 orang (58%).

3). Distribusi responden berdasarkan penghasilan



Gambar 5.7 Distribusi responden berdasarkan penghasilan di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007

Dilihat dari diagram diatas menunjukkan bahwa penghasilan orang tua responden sebesar < Rp. 500.000/bulan sebanyak 4 orang (34%), Rp. 500.000-1.000.000/bulan sebanyak 4 orang (33%) dan > Rp 1.000.000/bulan sebanyak 4 orang (33%).

5.1.3 Data khusus

Pada data khusus ini akan disajikan distribusi skor kemampuan bicara anak tunarungu pada kelompok sebelum dan sesudah diberikan terapi artikulasi serta efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu.

1. Distribusi kemampuan bicara anak tunarungu sebelum dan sesudah terapi artikulasi

Tabel 5.1 Distribusi kemampuan bicara anak tunarungu sebelum dan sesudah terapi artikulasi di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007

Kemampuan bicara anak	Pre test		Post test	
	Σ	%	Σ	%
Kurang	7	58%	0	0%
Cukup	3	25%	1	8%
Baik	2	17%	11	92%
Total	12	100%	12	100%

Tabel 5.1 menunjukkan hasil pengumpulan data tentang kemampuan bicara anak tunarungu sebelum dan sesudah dilakukan terapi artikulasi. Kemampuan bicara responden pada pre-test sebagian besar dengan kategori kurang sebanyak 7 anak (58%). Kemampuan bicara responden pada post-test didapatkan sebagian besar anak dengan kategori baik sebanyak 11 anak (92%).

Tabel 5.2 Distribusi rerata skor per item pada pre-test dan post-test anak tunarungu di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007

	Item			
	Vokal	Konsonan	Kata	Kalimat Sederhana
Pre-test	8,67	3,33	5,08	4,58
Post-test	9,75	8,33	8,92	8,83

Berdasarkan Tabel 5.2 didapatkan perbedaan nilai pre test dan nilai post test pada masing-masing item. Nilai post test pada masing-masing item lebih besar daripada pre test jadi terdapat peningkatan kemampuan bicara setelah dilakukan terapi artikulasi pada anak tunarungu. Nilai tertinggi terdapat pada rerata item vokal dengan nilai 8,67 (pre test) dan 9,75 (post test). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar anak tunarungu dapat mengucapkan huruf vokal daripada huruf konsonan.

2. Distribusi efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu

Tabel 5.3 Efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo pada tanggal 4 Juni-30 Juni 2007

	Perlakuan	
	Pre-test	Post-test
Mean	1,58	2,92
SD	0,793	0,289
$p = 0,004$ <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>		

Berdasarkan Tabel 5.3 tampak perbedaan kemampuan bicara pada anak tunarungu sebelum dengan sesudah dilakukan terapi artikulasi. Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* ditemukan adanya perubahan kemampuan bicara anak tunarungu sebelum dan sesudah terapi artikulasi dengan nilai $p=0,004$, dapat disimpulkan bahwa hipotesis diterima yang berarti ada keefektifan terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu.

5.2 Pembahasan

Setelah dilakukan analisis data dan melihat hasilnya maka ada beberapa hal yang akan dibahas, yaitu kemampuan bicara anak tunarungu sebelum dan sesudah dilakukan terapi artikulasi dan efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu.

5.2.1 Kemampuan bicara anak tunarungu sebelum dan sesudah dilakukan terapi artikulasi

Berdasarkan hasil penelitian, Tabel 5.1 menunjukkan bahwa kemampuan bicara anak tunarungu sebelum dilakukan terapi artikulasi sebagian besar adalah kemampuan bicara dengan kategori kurang (58%) tetapi sesudah dilakukan terapi

artikulasi selama 3 minggu kemudian dilakukan analisis didapatkan ada peningkatan kemampuan bicara pada anak tunarungu. Kemampuan bicara anak tunarungu setelah dilakukan terapi artikulasi sebagian besar adalah kemampuan bicara dengan kategori baik (92%). Pada Tabel 5.2, menunjukkan bahwa sebagian besar anak tunarungu dapat mengucapkan huruf vokal daripada huruf konsonan. Huruf vokal yang dapat diucapkan oleh semua anak tunarungu pada waktu pre test adalah huruf u, sedangkan pada waktu post test adalah huruf a, u, dan o. Selain itu pada Tabel 5.2, dapat dilihat bahwa terdapat peningkatan kemampuan bicara yang tinggi pada pengucapan huruf konsonan, yaitu dari rerata 3,33 (pre test) menjadi 8,33 (post test). Huruf konsonan yang dapat diucapkan oleh sebagian besar anak tunarungu pada pre test adalah huruf m sedangkan pada post test adalah huruf p, t, dan m. Peningkatan kemampuan anak tunarungu dalam mengucapkan huruf konsonan berpengaruh terhadap kemampuan pengucapan kata dan kalimat sederhana sehingga terdapat peningkatan yang tinggi juga.

Anak tunarungu adalah anak yang mengalami kekurangan atau kehilangan kemampuan mendengar baik sebagian atau seluruhnya yang diakibatkan tidak berfungsinya sebagian atau seluruh alat pendengaran (Somad, 1995). Keterbatasan dalam menerima rangsang bunyi melalui pendengarannya mengakibatkan anak tunarungu tidak mampu meniru bunyi dengan baik (Sadjaah, 1995). Selain itu, keterbatasan dalam menerima bunyi mengakibatkan anak tunarungu memiliki perbendaharaan kata yang sedikit dalam memori otaknya, hal ini disebabkan organ pendengaran yang berfungsi untuk menerima bunyi seperti kata-kata terganggu sehingga tidak ada bunyi (kata/kalimat) yang akan

disampaikan saraf pendengaran untuk dicatat dan disimpan didalam memori otak (Setyono, 1998).

Oleh karena itu, untuk mengoptimalkan kemampuan bicara anak tunarungu diperlukan latihan bicara yang intensif dan berkelanjutan (Sadjaah, 1995). Salah satu latihan bicara tersebut adalah dengan terapi artikulasi. Terapi artikulasi dilakukan untuk mencegah kekakuan organ bicara pada anak tunarungu. Organ bicara tersebut diantaranya mulut, lidah, bibir, *pallatum molle*, pita suara dan otot-otot pernapasan (Kerjasama FK UNDIP, 1991). Organ bicara anak tunarungu sering tidak difungsikan sehingga menjadi kaku maka latihan bicara sangat penting dilakukan untuk mencegah tunawicara pada anak. Kemampuan bicara anak tunarungu dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya faktor fisik, faktor psikis dan faktor lingkungan (Sadjaah, 1995).

Terapi artikulasi adalah terapi yang dilakukan dengan cara melatih anak tunarungu dalam memfungsikan organ bicara, yaitu rongga mulut, lidah, gigi dan bibir sehingga menghasilkan kata yang jelas berdasarkan kaedah yang bahasa yang benar (Subarto, 2007). Terapi artikulasi dilakukan untuk mencegah kesalahan dalam membuka mulut pada saat bertutur kata yang menghasilkan suara bergumam yang tidak jelas, sehingga rangkaian kata-kata yang diucapkan anak tunarungu dapat dimengerti oleh orang yang mengajak/diajak bicara. Selain itu, terapi artikulasi bertujuan untuk memfungsikan organ bicara anak tunarungu yang kaku agar otomatisasi organ bicara terlatih dengan baik (Sadjaah, 1995).

Terapi artikulasi yang dilakukan terhadap anak tunarungu berpengaruh terhadap kemampuan bicara anak, karena faktor yang mempengaruhi kemampuan bicara anak tunarungu adalah faktor fisik, yaitu kondisi organ bicara anak. Hasil

penelitian menunjukkan bahwa anak tunarungu memiliki kemampuan bicara yang berbeda-beda sebelum dan sesudah terapi artikulasi meskipun terapi artikulasi dilakukan dengan durasi waktu yang sama. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, peneliti menyimpulkan bahwa kemampuan bicara anak tunarungu dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya umur, jenjang kelas, riwayat bimbingan belajar, kondisi orang tua, faktor fisik dan faktor psikis anak tunarungu.

Anak tunarungu yang duduk di kelas lebih tinggi (kelas 4-5), sebagian besar memiliki kemampuan bicara yang lebih tinggi dibandingkan anak tunarungu di kelas yang lebih rendah (kelas 1-3), hal ini dikarenakan anak tunarungu dengan jenjang kelas yang lebih tinggi mendapat latihan bicara yang lebih lama. Beberapa anak tunarungu dengan jenjang kelas yang lebih rendah memiliki kemampuan yang sama dengan anak tunarungu di kelas yang lebih tinggi karena beberapa faktor lain yang mempengaruhi kemampuan bicara anak tunarungu selain jenjang kelas. Anak yang pernah mengikuti bimbingan belajar bicara memiliki kemampuan bicara yang baik, hal ini dapat dilihat dari nilai pre test, karena melalui bimbingan tersebut anak memperoleh latihan bicara yang intensif sehingga kemampuan bicaranya akan lebih baik. Anak tunarungu yang tidak pernah mengikuti bimbingan belajar bicara tidak semuanya memiliki kemampuan bicara yang kurang karena latihan bicara dapat dilakukan di rumah, oleh karena itu orang tua juga sangat berpengaruh terhadap kemampuan bicara anak tunarungu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa anak tunarungu dengan orang tua yang memiliki pendidikan yang tinggi, pekerjaan dan pendapatan yang memadai, mempunyai kemampuan bicara yang lebih baik. Orang tua dengan pendidikan yang tinggi dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara

melatih bicara anak dan pentingnya latihan bicara bagi anak tunarungu, orang tua dengan pekerjaan dan pendapatan yang memadai akan dapat menunjang segala kebutuhan anak tunarungu, diantaranya kebutuhan yang digunakan untuk meningkatkan kemampuan bicara anak tunarungu. Hasil penelitian juga menunjukkan beberapa anak tunarungu dengan kondisi orang tua yang kurang mendukung memiliki kemampuan bicara yang baik, hal ini kemungkinan dapat disebabkan faktor psikis anak tunarungu yaitu motivasi anak untuk berlatih bicara. Selain itu, faktor fisik yaitu kondisi organ bicara anak juga mempengaruhi suara yang keluar, organ bicara yang kaku dapat menghambat kemampuan bicara anak tunarungu.

Berdasarkan hasil penelitian terdapat anak tunarungu yang memiliki peningkatan kemampuan bicara yang sangat tinggi dibandingkan anak yang lain, hal ini dapat dipengaruhi oleh umur anak yang lebih dewasa dibandingkan anak yang lain sehingga anak lebih mudah diajarkan artikulasi yang benar dan sudah memiliki pemahaman yang lebih baik, dengan pemahaman yang baik tersebut anak dapat membedakan titik artikulasi dan cara artikulasi yang salah dan benar. Peningkatan kemampuan bicara yang tinggi juga terdapat pada beberapa anak tunarungu yang lain dengan usia yang lebih muda dan jenjang kelas yang lebih rendah, peningkatan yang tinggi ini dapat terjadi karena dipengaruhi oleh motivasi anak yang tinggi untuk latihan bicara dengan baik selama terapi artikulasi dilakukan.

Terapi artikulasi yang intensif akan sangat berpengaruh terhadap kemampuan bicara anak tunarungu. Hasil penelitian pada Tabel 5.2 menunjukkan adanya peningkatan yang tinggi pada kemampuan bicara anak tunarungu setelah

dilakukan terapi artikulasi secara rutin selama 3 minggu, khususnya huruf konsonan karena terapi artikulasi dilakukan untuk membenarkan artikulasi anak tunarungu yang salah. Sebagian besar anak tunarungu melakukan kesalahan artikulasi ketika mengucapkan huruf konsonan, anak tunarungu lebih mudah mengucapkan huruf vokal daripada huruf konsonan karena huruf vokal merupakan huruf yang mudah diucapkan. Berdasarkan hasil penelitian huruf vokal yang dapat diucapkan oleh semua anak tunarungu setelah dilakukan terapi artikulasi adalah huruf a, u, dan o karena artikulasi suara huruf tersebut adalah suara yang paling mudah dan paling gampang yaitu suara bibir. Huruf konsonan yang dapat diucapkan oleh sebagian besar anak tunarungu adalah huruf p, t, dan m karena huruf p dan m termasuk huruf konsonan yang paling mudah dan gampang diucapkan dan huruf t termasuk artikulasi suara yang sederhana dan dihasilkan oleh lidah dan gusi. Sebagian besar anak tunarungu kesulitan mengucapkan huruf k dan d, hal ini disebabkan anak seringkali melakukan kesalahan dalam meletakkan titik artikulasi dan cara artikulasi huruf tersebut sehingga menimbulkan bunyi yang salah. Huruf k dan d merupakan huruf yang terbentuk karena kontak antara lidah dengan *pallatum* (Soetjiningsih, 1995).

5.2.2 Efektifitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu

Hasil analisis penelitian didapatkan bahwa terapi artikulasi efektif terhadap peningkatan kemampuan bicara pada anak tunarungu. Pada Tabel 5.2, menunjukkan perbedaan kemampuan bicara anak tunarungu sebelum dan sesudah terapi artikulasi. Hasil kemampuan bicara setelah dilakukan terapi artikulasi terdapat peningkatan dibandingkan dengan sebelum dilakukan terapi artikulasi.

Rerata kemampuan bicara anak tunarungu sebelum terapi artikulasi adalah 1,58 (pre) sedangkan rerata kemampuan bicara anak tunarungu setelah terapi artikulasi adalah 2,92 (post).

Pada anak tunarungu berdasarkan kondisinya yang memiliki keterbatasan dalam mengucapkan bunyi atau suara karena tidak difungsikannya organ bicara sehingga menjadi kaku, maka perlu dilakukan latihan pada organ bicaranya (Sadjaah, 1995). Terapi artikulasi adalah salah satu latihan bicara yang dilakukan pada anak tunarungu, yaitu melatih organ bicara agar berfungsi dengan baik (Subarto, 2007). Terapi artikulasi dilakukan dengan melatih artikulasi anak tunarungu baik dalam segi penempatan artikulasi (titik artikulasi)/*Point of Articulation* dan dalam segi cara pengucapan (cara artikulasi)/*Manner of Articulation* (Bunawan, 1993). Artikulasi yang benar, yaitu penempatan organ bicara yang tepat, membantu anak tunarungu untuk memiliki dasar ucapan yang benar, membentuk bunyi (vokal dan konsonan) dengan benar agar dapat dimengerti orang lain, memberi keyakinan bahwa suara yang diproduksi harus mempunyai makna, mengoreksi ucapannya yang salah, membedakan ucapan yang satu dengan ucapan lainnya, memfungsikan organ bicaranya yang kaku (Sadjaah, 1995). Terapi artikulasi harus dilakukan dengan intensif dan berkelanjutan karena bagi anak tunarungu memerlukan tenaga (energi) yang banyak untuk dapat mengucapkan setiap huruf (Sadjaah, 1995).

Anak yang mampu berkomunikasi dengan baik akan diterima lebih baik oleh masyarakat daripada anak yang kurang mampu berkomunikasi (Hurlock, 1997). Anak tunarungu seringkali mengalami kesulitan dalam bersosialisasi karena tidak dapat berkomunikasi dengan masyarakat, hal ini disebabkan anak

tunarungu jarang menggunakan bahasa lisan dan lebih banyak menggunakan bahasa isyarat sedangkan masyarakat tidak banyak yang mengerti bahasa isyarat. Terapi artikulasi yang dilakukan secara intensif dapat melatih organ bicara anak tunarungu agar dapat bergerak dengan tangkas sehingga anak tunarungu dapat mengucapkan kata-kata dengan baik dan setiap suku kata dapat didengar dengan jelas oleh orang yang mendengarnya. Oleh karena itu, jika kemampuan bicara anak tunarungu meningkat akan memudahkan anak untuk berkomunikasi dan melakukan sosialisasi dengan masyarakat. Kemampuan anak tunarungu berbeda-beda setelah dilakukan terapi artikulasi tetapi terlihat adanya peningkatan pada kemampuan bicara. Terapi artikulasi merupakan salah satu pendidikan khusus yang diberikan untuk memampukan anak tunarungu berkomunikasi dengan orang lain. Kemampuan bicara anak setelah dilakukan terapi artikulasi tampak berbeda antara yang satu dengan yang lain karena beberapa faktor yang mempengaruhi, diantaranya faktor fisik, yaitu kondisi kekakuan organ bicara anak tunarungu yang dapat dipengaruhi oleh umur, jenjang kelas, dan riwayat bimbingan belajar bicara anak, faktor psikis, yaitu motivasi anak tunarungu untuk berlatih bicara secara rutin dan faktor lingkungan, diantaranya keluarga yang dipengaruhi oleh pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua dan penghasilan orang tua. Anak yang mendapat dukungan terutama dari keluarga sehingga menimbulkan motivasi anak tunarungu untuk terus berlatih berbicara akan mempengaruhi kemampuan bicara anak karena anak akan terus berusaha belajar berbicara meskipun seringkali kata yang diucapkannya tidak jelas dan tidak dapat dipahami oleh orang lain. Selain motivasi dari anak, terdapat perbedaan kemampuan bicara pada anak karena anak tunarungu yang tidak pernah mendapat latihan bicara mulai dari kecil dapat

mengalami kesulitan bicara karena organ bicara yang sedikit kaku akibat tidak difungsikan.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

1. Terjadi peningkatan kemampuan bicara pada anak tunarungu setelah dilakukan terapi artikulasi. Hal ini dikarenakan terapi artikulasi adalah terapi yang dilakukan dengan melatih anak tunarungu dalam memfungsikan organ bicara yang benar agar menghasilkan pengucapan kata yang benar dan dapat dipahami oleh orang lain.
2. Terapi artikulasi merupakan latihan artikulasi dalam segi penempatan artikulasi (titik artikulasi)/*Point of Articulation* dan dalam segi cara pengucapan (cara artikulasi)/*Manner of Articulation* sehingga dapat berbicara dengan benar. Hal ini dikarenakan artikulasi yang benar untuk menghasilkan bunyi yang benar tergantung pada titik artikulasi dan cara artikulasi dan jika artikulasi dilakukan dengan benar dan intensif maka organ bicara akan luwes mengikuti kata yang akan disuarakan sehingga kemampuan bicara anak tunarungu akan meningkat.

6.2 Saran

1. Terapi artikulasi sebaiknya dilakukan pada anak tunarungu oleh guru di sekolah secara intensif dan berkelanjutan dalam setiap memberikan pelajaran yang disampaikan sehingga organ bicara tidak kaku dan otomatisasi organ bicara terlatih dengan baik.

2. Pihak sekolah sebaiknya menjadikan terapi artikulasi sebagai suatu program yang harus dilaksanakan oleh semua guru selama kegiatan belajar mengajar untuk mengoptimalkan kemampuan bicara anak tunarungu.
3. Guru sebaiknya tidak menggunakan bahasa isyarat selama proses belajar mengajar berlangsung untuk melatih anak mengerti arti kata dengan melihat gerakan bibir dan mengurangi kebiasaan anak berkomunikasi dengan bahasa isyarat.
4. Pelaksanaan evaluasi belajar anak tunarungu sebaiknya tidak hanya evaluasi pendidikan umum saja yang dilakukan tetapi pendidikan khusus yang diberikan seperti terapi artikulasi dilakukan evaluasi juga.
5. Pihak sekolah sebaiknya mengajarkan orang tua anak tunarungu terapi artikulasi sehingga anak tidak hanya berlatih berbicara di sekolah tetapi dapat berlatih di rumah juga.
6. Penelitian lebih lanjut dapat mengenai hubungan faktor psikis dan faktor lingkungan dengan kemampuan bicara anak tunarungu.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta. hal 84, 344
- Behrman, Richard E. dan Robert Kliegman. 1990. *Nelson Essentials of Pediatric*. Edisi V. Philadelphia: W.B. Saunders Company. hal 49-51
- Behrman, Richard E. dan Robert Kliegman. 2000. *Ilmu Kesehatan Anak Nelson*. Jakarta: EGC. hal 2199
- Bunawan, Lani dkk. 1993. *Makalah Pelaksanaan Pelatihan Bagi Guru Bina Wicara SLB-B se-DKI dan sekitarnya di SLB-B Santi Rama Jakarta Selatan tidak dipublikasikan*. Tanggal 21-27 Oktober 1993
- Carolina. 2007. Anak Luar Biasa Tunadaksa Perlu Perhatian Lebih. www.kbi.gemari.or.id. Tanggal 19 April 2007. Jam 14.35
- Direktorat Pembinaan Sekolah Luar Biasa. 2007. Informasi Pendidikan Anak Tunarungu. www.ditplb.or.id. Tanggal 21 Maret 2007. Jam 12.45
- Dullah dan Kariadi. 2007. Masalah Cacat Tuli. www.kalbefarma.com. Tanggal 21 Maret 2007. Jam 11.30
- Ghosali, Endang W., 2007. Retardasi Mental. www.kalbefarma.com. Tanggal 5 Januari 2007. Jam 15.35
- Gibson, John. 2003. *Diagnosa Gejala Penyakit untuk Para Perawat*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica. hal 57-60, 71-74
- Hurlock, Elizabeth B. 1997. *Perkembangan Anak*. Edisi 6. Jakarta: Penerbit Airlangga. hal 176-178
- Insley, Jack. 2003. *Vade-Mecum Pediatri*. Jakarta: EGC. hal 286-287
- Keisya, Fajar. 2007. Keterlambatan Bicara Yang Harus Diwaspadai. www.keisya.web.id. Tanggal 6 Maret 2007. Jam 10.17
- Kerjasama FK UNDIP, RS Dr. Kariadi dan IDASI Cabang Semarang. 1991. *Kesulitan Belajar dan Gangguan Bicara*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro. hal 74, 91, 120, 135-136
- Klinik Pela 9. 2007. Tahukah Anda Terapi Wicara?. www.klinikpela9.com. Tanggal 6 Maret 2007. Jam 10.03
- Lukman, Erica. 2007. Antisipasi Dini, Kenali Anak Tunarungu Sejak Lahir. www.kaltimpost.net. Tanggal 19 April 2007. Jam 14.05

- Lumantobing, SM. 1995. *Kecerdasan pada Usia Lanjut dan Demensia*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. hal 10-12
- Mitranetra. 2007. Sekolah Luar Biasa (SLB) Bagian B Pembina Tingkat Nasional. www.mitranetra.or.id. Tanggal 30 April 2007. Jam 20.44
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta. hal 37
- Nursalam. 2003. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika. hal 80, 88, 93-97, 101-102, 106, 123
- Pilliteri, Adele. 1999. *Child Health Nursing: Care of The Child and Family*. Philadelphia: Lippincot. hal 915-916
- Potter, Patricia A. 1997. *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. Edisi 4. Missouri: Mosby. hal 537, 550-551
- Roesli, Ratnawati S. 2006. Lingkungan Bising Bisa Menyebabkan Tuli. www.e-bursa.com. Tanggal 30 April 2007. jam 21.07
- Sabri, Alisuf. 1993. *Pengantar Psikologi Umum dan Perkembangan*. Jakarta: Pedoman Ilmu Jaya. hal 149
- Sadjaah, Edja dan Dardjo Sukarja. 1995. *Bina Bicara, Persepsi Bunyi dan Irama*. Bandung: Depdikbud. hal 114-117, 139-141
- Schwartz, M. William. 2004. *Pedoman Klinis Pediatri*. Jakarta: EGC. hal 43, 49-50
- Scipien, Gladys M etc. 1995. *Comprehensive Pediatric Nursing*. Edisi 3. California: Donated. hal 617-618, 626-635
- Setyono, Bambang. 1998. *Terapi Wicara Untuk Praktisi Pendidikan dan Kesehatan*. Jakarta: EGC. hal 31-32, 38, 43-48
- Soetjiningsih. 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC. hal 180-181
- Subarto, Anton. 2007. Awas, Gangguan Telinga Bisa Berujung Tuli. www.cybermed.cbn.net.id. Tanggal 21 Maret 2007. Jam 12.15
- Suryana. 1996. *Keperawatan Anak Untuk Siswa SPK*. Jakarta: EGC. hal 215-221
- Thompson, Eleanor Dumont and Jean Weiler Ashwill. 1992. *Pediatric Nursing An Introductory Text*. Edisi 6. Philadelphia: W.B. Saunders Company. hal 271-273

- Trisna, Ayu dan Sulistiawan. 2007. Tuli Sejak Bayi Akibatkan Terlambat Bicara. www.balipost.co.id. Tanggal 26 Maret 2007. Jam 06.45
- Walsh, T. Declan. 1997. *Kapita Selektta Penyakit dan Terapi*. Jakarta: EGC. hal 525-526
- Whaley and Wong. 1994. *Nursing Care of Infant and Children*. Edisi 5. Missouri: Mosby. hal 825-835
- Widayatun, Tri R. 1999. *Ilmu Perilaku*. Jakarta: CV Infomedik. hal 25
- Zolkowski, Greg. 2007. Membekali Anak Tunarungu. www.republika.co.id. Tanggal 19 April 2007. Jam 14.50

LAMPIRAN



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
 UNIVERSITAS AIRLANGGA
 FAKULTAS KEDOKTERAN
 PROGRAM STUDI S.1 ILMU KEPERAWATAN
 Jl. Mayjen Prof Dr. Moestopo 47 Surabaya Kode Pos : 60131
 Telp : (031) 5012496 - 5014067 Fax : 031- 5022472

Surabaya, 30 Mei 2007

Nomor : 902 /J03.1.17/PSIK & DIV PP/ 2007
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Hal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
 Mahasiswa PSIK-FK UNAIR

Kepada Yth.

Kepala SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo

Di
 Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal penelitian terlampir:

Nama : Septarina Adiati
 NIM : 010310631B
 Judul Penelitian : Efektifitas Terapi Artikulasi Terhadap Peningkatan Kemampuan Bicara Anak Tunarungu
 Tempat : SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih

Ketua Program Studi



Prof. Eddy Soewandojo, dr., Sp.PD, KTI
 NIP.: 130 325 831



IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
YAYASAN DHARMA WANITA PERSATUAN KOTA PROBOLINGGO
SDLB “SINAR HARAPAN”
 Jalan Mawar Nomor 39 Telepon 0335-420780
 PROBOLINGGO

SURAT KETERANGAN
 Nomor : 087/SDLB.SH./DWP/2007

Kepala Sekolah Dasar Luar Biasa “Sinar Harapan” Yayasan Dharma Wanita Persatuan Kota Probolinggo, menerangkan bahwa :

N a m a : SEPTARINA ADIATI
 Tempat, tanggal lahir : Probolinggo, 07 September 1984
 Nomor Induk Mahasiswa : 010310631 B
 Program Studi : S.1.
 Jurusan : Ilmu Keperawatan
 Fakultas : Kedokteran
 Perguruan : Universitas Airlangga Surabaya

telah melakukan penelitian dengan judul “Efektifitas Terapi Artikulasi Terhadap Peningkatan Bicara Anak Tunarungu ” di SDLB “Sinar Harapan” Yayasan Dharma Wanita Persatuan Kota Probolinggo dari tanggal 04 s.d. 30 Juni 2007, dengan baik dan lancar.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat, dengan harapan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Probolinggo, 30 Juni 2007



Kepala Sekolah,
 SRI UMIATI, SPd
 Pembina
 NIP. 130 926 425

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Septarina Adiati

NIM : 010310631 B

adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul **“Efektifitas Terapi Artikulasi Terhadap Peningkatan Kemampuan Bicara Anak Tunarungu di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo”**.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada efektivitas terapi artikulasi terhadap peningkatan kemampuan bicara anak tunarungu. Manfaat penelitian ini diharapkan dapat membantu mengembangkan terapi artikulasi terhadap kemampuan bicara anak tunarungu.

Oleh karena itu, saya mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu berkenan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini dengan mengizinkan putra/putri Bapak/Ibu sekalian untuk menjadi responden penelitian kami dengan menandatangani formulir persetujuan yang telah kami sediakan. Kesediaan Bapak/Ibu adalah sukarela, data yang diambil dan disajikan nanti bersifat rahasia tanpa menyebutkan nama Bapak/Ibu maupun putra/putri Bapak/Ibu.

Atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu sekalian kami mengucapkan terima kasih.

Surabaya, Juni 2007

Hormat Saya



Septarina Adiati

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan dibawah ini bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh Septarina Adiati, mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang berjudul **“Efektifitas Terapi Artikulasi Terhadap Peningkatan Kemampuan Bicara Anak Tunarungu di SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo”** dengan memberikan ijin kepada putra/putri saya :

Nama :

Alamat :

Umur :

sebagai responden bagi penelitian tersebut.

Penandatanganan lembar persetujuan ini menunjukkan bahwa saya telah diberikan informasi tentang penelitian ini.

Surabaya, Juni 2007

Orang Tua Responden

(Tanda tangan)

LEMBAR PENGUMPULAN DATA

Judul : Efektifitas Terapi Artikulasi Terhadap Peningkatan Kemampuan Bicara
Anak Tunarungu

Tanggal Penelitian :

No. Kode Responden :

Peneliti : Septarina Adiati

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti semua pertanyaan yang ada di bawah ini!
2. Mohon dijawab semua pertanyaan yang ada di bawah ini!
3. Berilah tanda cek (√) dalam sesuai dengan pilihan anda!

I. Identitas Anak

1. Umur :
2. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
3. Kelas :
4. Umur Masuk Sekolah :
5. Apakah anak anda pernah mengikuti bimbingan belajar sebelum masuk ke sekolah ini ?
 Ya, jenis :.....
 Tidak

II. Karakteristik Orang Tua

1. Pendidikan Terakhir

- 1) Tidak sekolah
- 2) SD
- 3) SMP
- 4) SMA
- 5) Akademi/PT

2. Pekerjaan

- 1) Buruh
- 2) PNS/ABRI
- 3) Swasta
- 4) Wiraswasta
- 5) Tidak bekerja

3. Penghasilan

- 1) Kurang dari Rp. 500.000/bulan
- 2) Rp. 500.000-1.000.000/bulan
- 3) Lebih dari Rp 1.000.000/bulan

SATUAN ACARA KEGIATAN
TERAPI ARTIKULASI UNTUK MENINGKATKAN
KEMAMPUAN BICARA PADA ANAK TUNARUNGU
DI SDLB-B SINAR HARAPAN PROBOLINGGO

Tempat : SDLB-B Sinar Harapan Probolinggo

Sasaran : Anak tunarungu kelas 1-3 dan kelas 4-6

Hari/Tanggal :

Jam :

Alokasi Waktu: 120 menit

B. TUJUAN

1. Tujuan Instuksional Umum (TIU) : Setelah mendapatkan terapi artikulasi selama 18 kali pertemuan diharapkan anak tunarungu dapat berbicara dengan menggunakan artikulasi bicara yang benar
2. Tujuan Instruksional Khusus (TIK) : Setelah mendapatkan terapi artikulasi diharapkan anak tunarungu dapat mengucapkan huruf vokal, huruf konsonan, kata dan kalimat sederhana dengan benar.

C. ALAT DAN BAHAN

1. Ruangan kelas
2. Cermin
3. Papan tulis
4. Gambar

5. Alat tulis

D. MATERI

Terapi artikulasi :

1. Posisi pengajar dan anak berhadapan.
2. Memberikan gambar atau apa saja yang dapat menjadikan diri anak rilek dan menentukan huruf/kata/kalimat yang akan dilatihkan.
3. Menentukan dasar ucapan huruf.
4. Pembentukan organ bicara dalam menyebutkan huruf/kata/kalimat.
5. Mengucapkan huruf/kata/kalimat dari percakapan lalu minta anak untuk menirukan.

Cara melatih :

1. Secara visual
 - a. Anak memperhatikan bibir pengajar secara langsung kemudian anak menyamakan bentuk dengan bibir sendiri. Bila anak masih kesulitan meniru dapat dibantu dengan menggunakan cermin
 - b. Ucapkan huruf/kata/kalimat kemudian anak meniru.
 - c. Tulis huruf/kata/kalimat tersebut lalu minta anak menyebutkannya.
2. Secara auditorius (pemanfaatan/memfungsikan sisa pendengaran)
 - a. Gunakan suara yang lebih keras.
 - b. Minta anak untuk merasakan getaran suara di daerah leher pengajar sambil menyebutkan huruf/kata/kalimat.
 - c. Setelah ada bunyi, maka ucapkan huruf/kata/kalimat, anak menirukannya.

d. Beri kesempatan anak untuk mengucapkan huruf/kata/kalimat sendiri sambil merasakan getaran suaranya sendiri.

3. Secara haptik (taktik-kinestetik)

a. Minta anak untuk merasakan udara yang keluar dari mulut dengan ujung jarinya saat menyebutkan huruf/kata/kalimat.

b. Beri kesempatan anak untuk mencoba, pengajar melakukan bersamaan dengan itu, menyilangkan tangannya ke mulut anak. Tangan anak ke mulut pengajar untuk mengontrol udara yang keluar.

E. KEGIATAN TERAPI

No.	Kegiatan Terapi	Kegiatan Peserta	Waktu
I.	PEMBUKAAN		5 menit
1.	Memberikan salam	Menjawab salam	
2.	Memperkenalkan diri	Mengerti	
3.	Menjelaskan maksud pengajaran	Mengerti	
II.	PELAKSANAAN		110 menit
1.	Memilih salah satu anak untuk menyebutkan gambar atau benda yang diberikan	Berbicara dan mengerti	
2.	Memilih salah satu huruf/kata/kalimat dari gambar atau benda tersebut	Mengerti	
3.	Mendemonstrasikan artikulasi pada anak	Melihat	
4.	Memberi kesempatan pada anak untuk	Melakukan	

	menirukan artikulasi		
III.	PENUTUP		5 menit
1.	Melakukan evaluasi terhadap artikulasi huruf/kata/kalimat yang telah ditentukan	Melakukan	
2.	Menutup pertemuan dan mengucapkan salam	Menjawab salam	

F. METODE

1. Ceramah
2. Demonstrasi

G. EVALUASI

1. Struktur :

- Melakukan kontrak terlebih dahulu dengan anak tunarungu tentang pengajaran artikulasi yang akan dilakukan.
- Menyiapkan bahan yang akan digunakan dalam melakukan terapi artikulasi kepada anak tunarungu.

2. Proses :

- Anak tunarungu hadir dalam pelaksanaan terapi artikulasi.
- Anak tunarungu mendengarkan dan melihat gerakan bibir pengajar.
- Anak tunarungu mengikuti/meniru gerakan bibir pengajar.
- Pelaksanaan terapi artikulasi sesuai dengan jadwal yang telah dibuat.

- Lama pelaksanaan terapi artikulasi sesuai dengan waktu yang telah ditentukan yaitu 120 menit.

3. Hasil :

- Semua responden anak tunarungu kelas 1-3 dan kelas 4-6 mengikuti terapi artikulasi.
- Diharapkan 75% responden anak tunarungu menggunakan artikulasi yang benar dalam pengucapan huruf, kata dan kalimat sederhana.

H. SUMBER

1. Bunawan, Lani dkk. 1993. *Makalah Pelaksanaan Pelatihan Guru Bina Wicara SLB-B se-DKI dan sekitarnya di SLB-B Santi Rama Jakarta Selatan, tidak dipublikasikan. Tanggal 21-27 Oktober 1993*

PETUNJUK PELAKSANAAN
EFEKTIFITAS TERAPI ARTIKULASI TERHADAP
PENINGKATAN KEMAMPUAN BICARA ANAK TUNARUNGU
DI SDLB-B SINAR HARAPAN PROBOLINGGO

Hari/Tanggal :

Ruang Pelatihan : R. Kelas 1-3 dan R. Kelas 4-6 SDLB-B Sinar Harapan
Probolinggo

Petunjuk Pelaksanaan Terapi Artikulasi

1. Posisi pengajar dan anak berhadapan.
2. Memberikan gambar atau apa saja yang dapat menjadikan diri anak rilek dan menentukan huruf/kata/kalimat yang akan dilatihkan.
3. Menentukan dasar ucapan huruf.
4. Cara pembentukan organ bicara dalam menyebutkan huruf/kata/kalimat.
5. Mengucapkan huruf/kata/kalimat dari percakapan lalu minta anak untuk menirukan.

Cara melatih :

1. Secara visual
 - a. Mengajak anak memperhatikan bibir pengajar secara langsung kemudian anak menyamakan bentuk dengan bibir sendiri. Bila anak masih kesulitan meniru dapat dibantu dengan menggunakan cermin
 - b. Mengucapkan huruf/kata/kalimat kemudian anak meniru.
 - c. Tulis huruf/kata/kalimat tersebut lalu minta anak menyebutkannya.

2. Secara auditorius (pemanfaatan/memfungsikan sisa pendengaran)
 - a. Menggunakan suara yang lebih keras.
 - b. Meminta anak untuk merasakan getaran suara di daerah leher pengajar sambil menyebutkan huruf/kata/kalimat.
 - c. Setelah ada bunyi, maka ucapkan huruf/kata/kalimat, anak menirukannya.
 - d. Memberi kesempatan anak untuk mengucapkan huruf/kata/kalimat sendiri sambil merasakan getaran suaranya sendiri.
3. Secara haptik (taktik-kinestetik)
 - a. Meminta anak untuk merasakan udara yang keluar dari mulut dengan ujung jarinya saat menyebutkan huruf/kata/kalimat.
 - b. Memberi kesempatan anak untuk mencoba, pengajar melakukan bersamaan dengan itu, menyilangkan tangannya ke mulut anak. Tangan anak ke mulut pengajar untuk mengontrol udara yang keluar.

LEMBAR KEMAMPUAN BICARA (LISAN)

Petunjuk : Ucapkan dengan baik dan benar

Vokal

1. a
2. i
3. u
4. e
5. o

Konsonan

1. p
2. t
3. m
4. k
5. d

Kata

1. PA-PA
2. TO-PI
3. DA-DU
4. KA-KI
5. MA-TA

Kalimat sederhana

1. KA-KI PA-PA
2. KA-KI KU-DA
3. DA-DU-KU KO-TAK
4. TO-PI I-BU BU-DI
5. MA-TA KA-MI DU-A

LEMBAR OBSERVASI
EFEKTIFITAS TERAPI ARTIKULASI TERHADAP
PENINGKATAN KEMAMPUAN BICARA ANAK TUNARUNGU
DI SDLB-B SINAR HARAPAN PROBOLINGGO

Observasi bicara sebelum/setelah perlakuan :

No.	Parameter	Sub parameter	Kategori	Kode
1.	Artikulasi vokal	Pengucapan vokal		
		Huruf 'a'		
		Huruf 'i'		
		Huruf 'u'		
		Huruf 'e'		
		Huruf 'o'		
2.	Artikulasi konsonan	Pengucapan konsonan		
		Huruf 'p'		
		Huruf 't'		
		Huruf 'm'		
		Huruf 'k'		
		Huruf 'd'		
3.	Artikulasi kata	Pengucapan kata		
		Kata 'papa'		
		Kata 'topi'		
		Kata 'dadu'		
		Kata 'kaki'		

		Kata 'mata'		
4.	Artikulasi kalimat	Pengucapan kalimat sederhana		
		Kalimat 'kaki papa'		
		Kalimat 'kaki kuda'		
		Kalimat 'daduku kotak'		
		Kalimat 'topi ibu budi'		
		Kalimat 'mata kami dua'		

Kategori Penilaian :

1. Baik apabila anak dapat mengucapkan huruf, kata dan kalimat dengan sempurna tanpa bimbingan
2. Cukup apabila anak dapat mengucapkan huruf, kata dan kalimat dengan bimbingan
3. Kurang apabila anak belum dapat mengucapkan huruf, kata dan kalimat walaupun dengan bimbingan.

Tabulasi Data Penelitian

No.	Pre-test		Post-test		Selisih Pre- Post	Data Demografi						
	Skor	Kategori	Skor	Kategori		Jenis Kelamin	Umur	Jenjang Kelas	Riwayat Bimbingan Belajar Bicara	Pendidikan Orang tua	Pekerjaan Orang tua	Penghasilan Orang tua
1	37,5	Kurang	87,5	Baik	50	2	1	1	2	3	1	3
2	45	Kurang	92,5	Baik	47,5	2	1	1	2	3	1	3
3	57,5	Kurang	90	Baik	32,5	2	1	2	2	2	2	2
4	42,5	Kurang	95	Baik	52,5	2	1	2	2	1	2	1
5	22,5	Kurang	67,5	Cukup	45	1	1	2	2	2	2	1
6	42,5	Kurang	92,5	Baik	50	1	1	2	1	3	2	3
7	27,5	Kurang	90	Baik	62,5	1	2	3	2	2	2	2
8	90	Baik	95	Baik	5	2	1	4	2	3	1	3
9	77,5	Baik	90	Baik	12,5	2	1	4	2	2	3	2
10	75	Cukup	95	Baik	20	1	1	4	2	2	3	2
11	70	Cukup	95	Baik	25	1	2	5	2	1	2	1
12	70	Cukup	85	Baik	15	1	2	5	2	1	2	1

Keterangan :

Jenis Kelamin

- 1 = Laki-laki
- 2 = Perempuan

Pendidikan Orang tua

- 1 = SMP
- 2 = SMA
- 3 = Akademi/PT

Umur

- 1 = 6-12 tahun
- 2 = 13-16 tahun

Pekerjaan Orang tua

- 1 = PNS
- 2 = Swasta
- 3 = Wiraswasta

Jenjang Kelas

- 1 = Kelas 1
- 2 = Kelas 2
- 3 = Kelas 3
- 4 = Kelas 4
- 5 = Kelas 5

Penghasilan Orang tua

- 1 = < Rp. 500.000/bulan
- 2 = Rp. 500.000-1.000.000/bulan
- 3 = > Rp. 1.000.000/bulan

Riwayat Bimbingan Belajar Bicara

- 1 = Pernah
- 2 = Tidak Pernah

Pre Test

No.	Item																				Nilai	Skor (%)
	Vokal					Konsonan					Kata					Kalimat Sederhana						
	a	i	u	e	o	p	t	m	k	d	papa	topi	dadu	kaki	mata	kaki papa	kaki kuda	daduku kotak	topi ibu budi	mata kami dua		
1.	1	2	2	1	2	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	15	37,5
2.	2	2	2	2	2	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	18	45
3.	2	2	2	2	2	0	1	0	0	0	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	23	57,5
4.	2	0	2	0	1	0	0	2	0	0	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	17	42,5
5.	2	0	2	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	22,5
6.	2	0	2	0	2	1	1	1	0	0	2	1	1	1	1	1	0	0	1	0	17	42,5
7.	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	27,5
8.	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	36	90
9.	2	2	2	2	2	1	2	1	0	0	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	31	77,5
10.	2	2	2	2	2	1	2	2	0	0	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	30	75
11.	2	2	2	2	2	2	0	2	0	1	2	1	0	0	2	2	1	1	2	2	28	70
12.	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	0	1	2	28	70
Σ	23	17	24	17	23	9	9	17	4	4	19	11	9	9	13	15	6	6	14	14	263	657,5
Mean	1,92	1,42	2	1,42	1,92	0,75	0,75	1,42	0,33	0,33	1,58	0,92	0,75	0,75	1,08	1,25	0,5	0,5	1,17	1,17	21,92	54,79

Post Test

No.	Item																				Nilai	Skor (%)
	Vokal					Konsonan					Kata					Kalimat Sederhana						
	a	i	u	e	o	p	t	m	k	d	papa	topi	dadu	kaki	mata	kaki papa	kaki kuda	daduku kotak	topi ibu budi	mata kami dua		
1.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	35	87,5
2.	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	37	92,5
3.	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	36	90
4.	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38	95
5.	2	2	2	0	2	0	2	2	0	0	0	1	2	1	2	2	2	1	2	2	27	67,5
6.	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	37	92,5
7.	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	36	90
8.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	38	95
9.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	36	90
10.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	38	95
11.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	38	95
12.	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	34	85
Σ	24	23	24	22	24	22	24	23	14	17	22	23	22	21	19	23	19	17	24	23	430	1075
Mean	2	1,92	2	1,83	2	1,83	2	1,92	1,17	1,42	1,83	1,92	1,83	1,75	1,58	1,92	1,58	1,42	2	1,92	35,83	89,58

Data Demografi

Frequencies

Statistics

		Jenis kelamin responden	Umur responden	Jenjang kelas responden	Riwayat bimbingan belajar bicara responden	Pendidikan orang tua	Pekerjaan orang tua	Penghasilan orang tua
N	Valid	12	12	12	12	12	12	12
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1.50	1.25	2.92	1.92	2.08	1.92	2.00
Minimum		1	1	1	1	1	1	1
Maximum		2	2	5	2	3	3	3

Frequency Table

Umur responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6-12 tahun	9	75.0	75.0	75.0
	13-16 tahun	3	25.0	25.0	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Jenis kelamin responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	6	50.0	50.0	50.0
	perempuan	6	50.0	50.0	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Jenjang kelas responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kelas 1	2	16.7	16.7	16.7
	Kelas 2	4	33.3	33.3	50.0
	Kelas 3	1	8.3	8.3	58.3
	Kelas 4	3	25.0	25.0	83.3
	Kelas 5	2	16.7	16.7	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Riwayat bimbingan belajar bicara responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah	1	8.3	8.3	8.3
	Tidak pernah	11	91.7	91.7	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Pendidikan orang tua

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMP	3	25.0	25.0	25.0
	SMA	5	41.7	41.7	66.7
	Akademi/PT	4	33.3	33.3	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Pekerjaan orang tua

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	3	25.0	25.0	25.0
	Swasta	7	58.3	58.3	83.3
	Wiraswasta	2	16.7	16.7	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Penghasilan orang tua

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<Rp. 500.000,00/bulan	4	33.3	33.3	33.3
	Rp. 500.000,00-Rp. 1.000.000,00/bulan	4	33.3	33.3	66.7
	>Rp. 1.000.000,00/bulan	4	33.3	33.3	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

		pre test kemampuan bicara	post test kemampuan bicara
N	Valid	12	12
	Missing	0	0
Mean		1.58	2.92
Std. Deviation		.793	.289

Frequency Table

pre test kemampuan bicara

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	7	58.3	58.3	58.3
	Cukup	3	25.0	25.0	83.3
	Baik	2	16.7	16.7	100.0
Total		12	100.0	100.0	

post test kemampuan bicara

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	1	8.3	8.3	8.3
	Baik	11	91.7	91.7	100.0
Total		12	100.0	100.0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre test	12	1	3	1.58	.793
post test	12	2	3	2.92	.289
Valid N (listwise)	12				

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test - pre test	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^b	5.50	55.00
	Ties	2 ^c		
	Total	12		

a. post test < pre test

b. post test > pre test

c. post test = pre test

Test Statistics^b

	post test - pre test
Z	-2.889 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test