**GAMBARAN KEMAMPUAN BAHASA BICARA PADA PASIEN STROKE DENGAN AFASIA MOTORIK**

**Naylil Mawadda Rohma1, Titiek Hidayati2, Dewi Puspita3**

1. Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan, Program Pasca Sarjana, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, [namaroiskandar1989@gmail.com](mailto:namaroiskandar1989@gmail.com)
2. Dosen Program Studi Magister Keperawatan, Program Pasca Sarjana, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, dpuspita499@gmail.com
3. Dosen Program Studi Magister Keperawatan, Program Pasca Sarjana, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, hidayatifkumy@yahoo.co.id

**ABSTRAK**

**Pendahuluan :** Perspektif neurologis menjelaskan afasia merupakan gangguang bahasa yang diperoleh karena lesi otak fokal tanpa adanya gangguan kognitif , motoric, sensorik. Gangguan bahasa terjadi pada semua modalitas bahasa (berbicara, membaca, menulis, tanda).

**Tujuan :** Tujuan dari tinjauan ini adalah untuk menggambarkan kemampuan bahasa (bicara) pada pasien stroke dengan afasia motorik.

**Metode :** Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik. Sampel adalah 23 responden pasien stroke dengan afasia motorik. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah TADIR untuk kemampuan bahasa (bicara).

**Hasil dan kesimpulan** Nilai kemampuan bahasa (bicara) pada pasien stroke dengan afasia motorik yaitu hampir seluruhnya mengalami gangguan (terganggu) dengan 19 responden (82,6 %).

**Kata Kunci : stroke, afasia motorik, kemampuan bahasa (bicara)**

**PENDAHULUAN**

Stroke merupakan penyakit nomor 5 penyebab kematian tertinggi selain penyakit jantung, kanker, penyakit paru kronis, dan *unintentional injuries* / kecelakaan.3 *World Health Organization* (WHO) menjelaskan bahwa stroke merupakan gangguan fungsi otak fokal (atau global) yang tanda – tanda klinisnya berkembang secara cepat dengan gejala – gejala berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian, tanpa penyebab lain selain vaskuler .24

Stroke dapat terjadi dikarenakan pecahnya pembuluh darah di otak karena adanya suatu sumbatan. Sumbatan disebabkan karena gangguan neurologik fokal yang timbul secara sekunder karena trombosis, embolus, ruptur dinding pembuluh darah. Pecah pembuluh darah tersebut mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah distal karena aliran darah tidak lancar, dan terjadi infark karena sel mengalami kekurangan oksigen.18 Infark menyebabkan adanya lesi, apabila lesi mengenai area motorik disuplai oleh arteri serebri anterior dan arteri serebri media yang bercabang dari arteri karotis interna. Arteri serebri anterior menyuplai korteks lobus frontalis dan lobus parietalis, manakala arteri serebri media menyuplai korteks bagian lateral. Apabila terjadi kerusakan pada arteri serebri media yang menyuplai area Wernicke, Broca dan area fasikulus arkuata akan menyebabkan gangguan untuk memahami kata-kata, berbicara dengan lancar dan juga mengulang kata kata, yang biasa disebut dengan afasia.28

Afasia adalah kehilangan atau penurunan kemampuan berkomunikasi dan bahasa yang merupakan akibat dari kerusakan otak (biasanya di hemisfer kiri) dan terjadi pada lebih dari sepertiga orang yang bertahan dari stroke.7 Salah satu bentuk afasia tersebut adalah afasia broca atau motorik dimana masih berfungsi kemampuan pemahaman verbal sederhana tetapi memiliki kesulitan untuk memahami kalimat sintaksis kompleks dan ekspresif bahasa, mereka mengalami pengambilan kata kesulitan dan defisit tata bahasa dan sintaksis, apraxia, yang mempengaruhi perencanaan atau pemrograman kemampuan bicara.2,19,30

Prevalensi afasia di Amerika Serikat menunjukkan bahwa sekitar 100.000 orang memiliki afasia per tahun.26 Sekitar 82,37% pasien stroke menderita gangguan bicara.19 Afasia sebagai salah satu jenis gangguan bicara, memiliki prevalensi 30,25% menjadi 42,4%.12 Data penderita afasia karena stroke di Indonesia berdasar rekam medik, jurnal dan situs sangat terbatas. Penyebab dari keterbatasan itu adalah karena di dalam rekam medis rumah sakit mengklasifikasikan penyakit berdasar diagnosis medis dan sulit mendeteksi afasia. Meskipun jumlah penderita afasia tidak diketahui secara pasti, afasia tetap memiliki efek yang tidak baik terhadap pasien dan orang disekitar pasien.1

Afasia merupakan suatu gangguan dalam berbahasa, biasanya sering disertai dengan perubahan emosional dan psikososial.4 Selain itu, afasia dilaporkan menjadi prediktor signifikan dari tekanan emosional, isolasi sosial, dan *quality of life* (QOL) yang menurun setelah stroke.20 Pada pasien afasia, masalah seperti itu cenderung diremehkan karena kemampuan komunikasi terbatas, yang menjadikan lingkaran setan isolasi sosial dan penurunan QOL. Kesulitan komunikatif menyebabkan keputusasaan dan isolasi sosial terhadap pasien dengan afasia, yang menyebabkan kehidupan menjadi kurang memuaskan, tanggapan negative dan yang lebih menyakitkan adalah orang lain yang sulit mempertahankan hubungan pertemanan mereka.6

Perspektif neurologis menjelaskan afasia merupakan gangguang bahasa yang diperoleh karena lesi otak fokal tanpa adanya gangguan kognitif , motoric, sensorik. Gangguan bahasa terjadi pada semua modalitas bahasa (berbicara, membaca, menulis, tanda).21 Tujuan dari tinjauan ini adalah untuk menggambarkan kemampuan bahasa (bicara) pada pasien stroke dengan afasia motorik.

**METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik. Sampel adalah 23 responden pasien stroke dengan afasia motorik. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah TADIR untuk kemampuan bahasa (bicara).

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**Tabel 1 Karakteristik responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke dengan afasia motorik di wilayah RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada bulan Juli – Agustus 2018 (n = 23).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Karakteristik** | **Presentase** | |
| **f** | **%** |
| **Jenis kelamin**  Laki – laki  Perempuan | 14  9 | 60,9  39,1 |
|  | 23 | 100 |
| **Pendidikan**  Tidak sekolah  SD  SMP  SMA  PERTI | 6  9  1  6  1 | 26,1  39,2  4,3  26,1  4,3 |
|  | 23 | 100 |
| **Fase stroke**  Akut  Sub akut  Kronis | 5  12  6 | 21,7  52,2  26,1 |
|  | 23 | 100 |
| **Dukungan keluarga**  Ada  Tidak | 17  6 | 73,9  26,1 |
|  | 23 | 100 |
| **Usia**  43 – 60  61 – 70  71 – 83 | 6  13  4 | 26,1  56,5  17,4 |
|  | 23 |  |
| **Frekuensi serangan stroke**  1 kali  2 kali  3 kali | 17  3  3 | 73,9  13,05  13,05 |
|  | 23 | 100 |

Sumber data : Data primer, 2018

Sebagian besar jenis kelamin adalah laki laki sebanyak 14 responden (60,9 %). Hampir setengah dari responden berpendidikan SD dengan 9 responden (39,2 %). Sebagian besar responden fase stroke di kelompok intervensi maupun kontrol adalah 12 responden (52,2 %). Sebagian besar mendapatkan dukungan keluarga adalah 17 responden (73,9 %). Sebagian besar responden 56,5 % (13 responden) berusia antara 61 – 70 tahun. Sebagian besar responden 17 responden (73,9 %) mengalami stroke serangan ke – 1.

**Tabel 2. Frekuensi kemampuan bahasa (bicara) pada pasien stroke dengan afasia motorik di wilayah RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada bulan Juli – Agustus 2018 (n = 23)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kemampuan bahasa (bicara) | Presentase | |
|  | F | % |
| * Tidak mungkin * Sangat terganggu * Terganggu * Sedikit terganggu * Normal | 1  3  19  0  0 | 4,35  13,05  82,6  0  0 |
|  | 23 | 100 |

Tabel 4.3 menunjukkan nilai kemampuan bahasa (bicara) pada pasien stroke dengan afasia motorik di wilayah RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada bulan Juli – Agustus 2018 bahwa kemampuan bahasa (bicara) hampir seluruhnya mengalami gangguan (terganggu) dengan 19 responden (82,6 %).

**PEMBAHASAN**

**Gambaran Karakteristik Responden**

1. **Usia**

Umumnya pasien dengan afasia lebih mungkin terjadi pada usia lebih tua dengan prevalensi yang besar pada usia lansia (Engelter dkk. 2006) namun hasil yang berbeda ditunjukkan oleh De Renzi dkk. (1980) yang melaporkan afasia Broca lebih umum pada pasien yang lebih muda. Kang et al. (2010) menemukan tidak perbedaan antara jenis dan keparahan usia terhadap afasia.

Sebuah studi oleh Pickersgill & Lincoln (1983) menemukan bahwa pasien yang lebih muda dengan afasia lebih cepat membaik dari pasien yang lebih tua. Laska dkk. (2001) melaporkan bahwa usia yang lebih tua adalah prediktor negatif untuk perbaikan. Pengaruh usia pada pemulihan afasia masih belum jelas, dengan kecenderungan untuk pasien yang lebih tua memiliki peluang pemulihan yang lebih buruk.

1. **Jenis kelamin**

Insiden afasia dilaporkan lebih tinggi di antara wanita dalam beberapa penelitian (Kyrozis dkk. 2009) lebih tinggi di antara pria dalam studi oleh Kertesz & Sheppard (1981), sementara Kang et al. (2010) melaporkan tidak ada variasi jenis kelamin.

Basso dkk. (1982) melaporkan bahwa perempuan pulih secara signifikan lebih baik dalam ekspresi lisan daripada laki-laki; sementara sebuah studi oleh Pizzamiglio et al. (1985) melaporkan bahwa perempuan dengan afasia global menunjukkan perbaikan yang signifikan dalam pemahaman bahasa. Studi oleh Seniów et al. (2009); dan Godefroy dkk. (2002) melaporkan tidak ada perbedaan jenis kelamin dalam pemulihan afasia, dan bahwa perbedaan jenis kelamin pada afasia tampaknya tidak mempengaruhi pemulihan afasia. Singkatnya ada bukti yang lemah dan tidak meyakinkan bahwa gender memprediksi pemulihan fungsional dari afasia.

1. **Pendidikan**

Mereka yang memiliki pendidikan yang kurang akan rentan terhadap gangguan bahasa karena stroke (González-Fernández et al. 2011). Seniów et al. (2009) melaporkan bahwa memori visuo-spasial utuh berkorelasi dengan peningkatan pemahaman yang lebih baik dan memberi nama / penamaan / *naming*. Penelitian lain melaporkan tidak ada pengaruh pencapaian pendidikan pada pemulihan afasia (Lazar dkk. 2008;)

1. **Fase post stroke**

Penelitian yang dilakukan Inneke Van Der Meulen, dkk tahun 2014 terhadap 27 respoden (16 respoden kelompok intervensi dan 11 respoden kelompok konrol) dengan judul “The Efficacy and Timing of Melodic Intonation Therapy in Subacute Aphasia” menunjukkan hasil terhadap pasien afasia sub akut berat MIT sangat efektif terhadap pengulangan bahasa (produksi bahasa), komunikasi verbal dalam kelompok intervensi akan tetapi tidak signifikan terhadap kelompok kontrol.

Inneke Van Der Meulen, dkk tahun 2016 melakukan penelitian kembali terhadap 17 responden (10 responden kelompok intervensi dan 7 responden kelompok kontrol) dengan judul “*Melodic Intonation Therapy in Chronic Aphasia: Evidence from a Pilot Randomized Controlled Trial”*, memiliki hasil signifikan 0,02 terhadap repetition pada kelompok intervensi, namun tidak berpengaruh terhadap fungsional komunikasi, dan efek nya terbatas tidak seperti apabila dilaksanakan pada fase awal stroke.

1. **Dukungan keluarga**

Meskipun pengaruh faktor lingkungan pada pemulihan afasia belum banyak diteliti, namun Ferro et al. Tahun 1999 memiliki hasil penelitian yang menganggap bahwa lingkungan yang sangat mendukung meningkatkan hasil pasien dengan afasia terutama yang berkaitan dengan efektivitas terapi (Koenigbruhin et al. 2013; Chapey et al. 2008). Penderita stroke yang umumnya sadar akan cacat mereka dan menerima dukungan yang baik menunjukkan motivasi yang lebih besar dan lebih mungkin memiliki hasil yang lebih baik (Basso 1992).

1. **Frekuensi serangan stroke**

Menurut Laska, 2001 dalam penelitiannya dari 36 responden penelitian afasia pasca stroke. 6 responden tersebut adalah pasien stroke berulang dengan afasia, 30 responden mengalami afasia untuk pertama kalinya.

1. **Kemampuan bahasa bicara pasien stroke dengan afasia motorik**

Stroke dapat terjadi dikarenakan pecahnya pembuluh darah di otak karena adanya suatu sumbatan. Sumbatan disebabkan karena gangguan neurologik fokal yang timbul secara sekunder karena trombosis, embolus, ruptur dinding pembuluh darah. Pecah pembuluh darah tersebut mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah distal karena aliran darah tidak lancar, dan terjadi infark karena sel mengalami kekurangan oksigen (Lumbantobing, 2011). Infark menyebabkan adanya lesi, apabila lesi mengenai area motorik disuplai oleh arteri serebri anterior dan arteri serebri media yang bercabang dari arteri karotis interna. Arteri serebri anterior menyuplai korteks lobus frontalis dan lobus parietalis, manakala arteri serebri media menyuplai korteks bagian lateral. Apabila terjadi kerusakan pada arteri serebri media yang menyuplai area Wernicke, Broca dan area fasikulus arkuata akan menyebabkan gangguan untuk memahami kata-kata, berbicara dengan lancar dan juga mengulang kata kata, yang biasa disebut dengan afasia (Thiel and Zumbansen 2016a).

Pasien stroke dapat mengalami gangguan bicara, sangat perlu dilakukan latihan bicara baik disartia maupun afasia. Terapi wicara sangat disarankan karena dalam interaksi sosial dibutuhkan kemampuan bicara dan kemampuan komunikasi. Gangguan dalam berkomunikasi akan menyebabkan frustasi dan isolasi diri (Sunardi, 2006).

**KESIMPULAN**

Dari hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat disimpulkan hal – hal sebagai berikut.

1. Karakteristik pasien stroke dengan afasia motorik diketahui sebagian besar jenis kelamin adalah laki laki sebanyak 14 responden (60,9 %). Hampir setengah dari responden berpendidikan SD dengan 9 responden (39,2 %). Sebagian besar responden fase stroke di kelompok intervensi maupun kontrol adalah 12 responden (52,2 %). Sebagian besar mendapatkan dukungan keluarga adalah 17 responden (73,9 %). Sebagian besar responden 56,5 % (13 responden) berusia antara 61 – 70 tahun. Sebagian besar responden 17 responden (73,9 %) mengalami stroke serangan ke – 1.
2. Nilai kemampuan bahasa (bicara) pada pasien stroke dengan afasia motorik yaitu hampir seluruhnya mengalami gangguan (terganggu) dengan 19 responden (82,6 %).

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Amila. 2012. Pengaruh Pemberian *Augmentative and Alternative Communication* (AAC) terhadap kemampuan fungsional komunikasi dan depresi pasien stroke dengan afasia motorik di RSUD Garut, Tasikmalaya, dan Banjar. Universitas Indonesia. Depok.
2. Basso, Anna. 1992. “Prognostic Factors in Aphasia.” *Aphasiology* 6 (4): 337–48. https://doi.org/10.1080/02687039208248605.
3. Benjamin, Emelia J., Michael J. Blaha, Stephanie E. Chiuve, Mary Cushman, Sandeep R. Das, Rajat Deo, Sarah D. de Ferranti, et al. 2017. “Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update: A Report From the American Heart Association.” *Circulation* 135 (10): e146–603. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000485.
4. Cahana-Amitay, Dalia, Martin L. Albert, Sung-Bom Pyun, Andrew Westwood, Theodore Jenkins, Sarah Wolford, and Mallory Finley. 2011. “Language as a Stressor in Aphasia.” *Aphasiology* 25 (5): 593–614. https://doi.org/10.1080/02687038.2010.541469.
5. Chapey R, Duchan JF, Elman RJ, Garcia LJ, Kagan A, Lyon JG, et al. (2008) Life-participation Approach to Aphasia: A Statement of Values for the Future. In: Roberta C, editor. Language Intervention Strategies and Related Neurogenic Communication Disorders 5th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins;. p. 279–84.
6. Dalemans, Ruth J.P., Luc P. De Witte, Anna J.H.M. Beurskens, Wim J.A. Van Den Heuvel, and Derick T. Wade. 2010. “An Investigation into the Social Participation of Stroke Survivors with Aphasia.” *Disability and Rehabilitation* 32 (20): 1678–85. https://doi.org/10.3109/09638281003649938.
7. Dickey, Laura, Aura Kagan, M. Patrice Lindsay, Jiming Fang, Alexandra Rowland, and Sandra Black. 2010. “Incidence and Profile of Inpatient Stroke-Induced Aphasia in Ontario, Canada.” *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 91 (2): 196–202. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.09.020.
8. Engelter, S. T., M. Gostynski, S. Papa, M. Frei, C. Born, V. Ajdacic-Gross, F. Gutzwiller, and P. A. Lyrer. 2006. “Epidemiology of Aphasia Attributable to First Ischemic Stroke: Incidence, Severity, Fluency, Etiology, and Thrombolysis.” *Stroke* 37 (6): 1379–84. https://doi.org/10.1161/01.STR.0000221815.64093.8c.
9. Ferro, J.M., Mariano, G. & Madureira, S., (1999). Recovery from aphasia and neglect. Cerebrovascular diseases (Basel, Switzerland), 9 Suppl 5(suppl 5), pp.6–22.
10. González-Fernández, Marlís, Cameron Davis, John J. Molitoris, Melissa Newhart, Richard Leigh, and Argye E. Hillis. 2011. “Formal Education, Socioeconomic Status, and the Severity of Aphasia After Stroke.” *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 92 (11): 1809–13. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.05.026.
11. Kadojić, Dragutin, Bibijana Rostohar Bijelić, Ružica Radanović, Mirko Porobić, Julija Rimac, and Marinko Dikanović. 2012. “Afazija U Bolesnika S Ishemijskim Moždanim Udarom.” *Acta Clinica Croatica* 51 (2.): 221–224.
12. Kang, Eun Kyoung, Hae Min Sohn, Moon-Ku Han, and Nam-Jong Paik. 2017. “Subcortical Aphasia After Stroke.” *Annals of Rehabilitation Medicine* 41 (5): 725. https://doi.org/10.5535/arm.2017.41.5.725.
13. Kertesz A, Sheppard A. The epidemiology of aphasic and cogni- tive impairment in stroke. Age, sex, aphasia type and laterality differences. Brain 1981;104: 117-128
14. Kyrozis, A. et al., (2009). Incidence and predictors of post-stroke aphasia: The Arcadia Stroke Registry. European Journal of Neurology, 16(6), pp.733–739.
15. Laska AC, Kahan T, Hellblom A, Murray V, Von Arbin M. A randomized controlled trial on very early speech and language therapy in acute stroke patients with aphasia. Cerebrovasc Dis Extra 2011;1: 66–74
16. Lazar, R. M., B. Minzer, D. Antoniello, J. R. Festa, J. W. Krakauer, and R. S. Marshall. 2010. “Improvement in Aphasia Scores After Stroke Is Well Predicted by Initial Severity.” *Stroke* 41 (7): 1485–88. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.577338.
17. Lumbantobing, S.M. (2011). Neurologi klinik pemeriksaan fisik dan mental . cetakan 14. Jakarta : Balai Penerbit FKUI
18. National Aphasia Association. Aphasia FAQs. Available from: <http://www.aphasia.org/aphasia-faqs/>., 1994;
19. Northcott, Sarah, and Katerina Hilari. 2011. “Why Do People Lose Their Friends after a Stroke?: Friendship Loss Post Stroke.” *International Journal of Language & Communication Disorders* 46 (5): 524–34. https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00079.x.
20. Papathanasiou, Ilias. 2017. Aphasia and related neurogenic communication disorders. Jones & Barlett Learning)
21. Pickersgill MJ, Lincoln NB. Prognostic indicators and the pat- tern of recovery of communication in aphasic stroke patients. J Neurol Neurosurg Psychlatry 1983;46: 130-139
22. Pizzamiglio, L., Mammucari, a & Razzano, C., (1985). Evidence for sex differences in brain organization in recovery in aphasia. Brain and language, 25(2), pp.213–23.
23. Rianawati, Sri Budhi. (2016). Buku Ajar Neurologi. Jakarta. Sagung Seto
24. Seniów, Joanna, Marika Litwin, and Marcin Leśniak. 2009. “The Relationship between Non-Linguistic Cognitive Deficits and Language Recovery in Patients with Aphasia.” *Journal of the Neurological Sciences* 283 (1–2): 91–94. https://doi.org/10.1016/j.jns.2009.02.315.
25. Shamim, Humaira, Sajida Naz, and Muhammad Sikander Ghayas Khan. 2017. “Development of Verbal Expressive Skills Management Programme (VESMP) for Patients with Broca’s Aphasia.” *Health Sciences* 6 (6): 138–143.
26. Sunardi. (2006). Speech Therapy (Terapi Wicara) Post Laringotomy. Nurdinurses.files.com/2008/01/makalahspeech-therapy.pdf. Diperoleh 25 Oktober 2018.
27. Thiel, Alexander, and Anna Zumbansen. 2016. “The Pathophysiology of Post-Stroke Aphasia: A Network Approach.” Edited by Roy Hamilton. *Restorative Neurology and Neuroscience* 34 (4): 507–18. <https://doi.org/10.3233/RNN-150632>.
28. Van Der Meulen, Ineke, Mieke W. M. E. Van De Sandt-Koenderman, Majanka H. Heijenbrok, Evy Visch-Brink, and Gerard M. Ribbers. 2016. “Melodic Intonation Therapy in Chronic Aphasia: Evidence from a Pilot Randomized Controlled Trial.” *Frontiers in Human Neuroscience* 10 (November). https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00533.
29. Zumbansen, Anna, Isabelle Peretz, and Sylvie Hébert. 2014. “Melodic Intonation Therapy: Back to Basics for Future Research.” *Frontiers in Neurology* 5. https://doi.org/10.3389/fneur.2014.00007.