

# BAB I PENDAHULUAN

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

*“Manusia berbahasa ibarat burung bersayap”* (Lewis, 2008: 34). Bahasa tak terlepas dari hakikat keberadaan manusia karena itulah yang menjadi piranti komunikasi antar manusia. Pada ungkapan di atas nampak bahwa manusia tanpa bahasa sama seperti burung tanpa sayap, karena sayaplah yang mencirikan burung dan bahasalah yang mencirikan manusia.

Tuhan menciptakan manusia dengan berbagai bentuk yang rupawan dan sarat akan kelebihan dibanding makhluk-Nya yang lain. Dia memberi keistimewaan kepada manusia dengan kepandaian berbicara dan menyempurnakannya dengan perbendaharaan kata sebagai dasar ilmu pengetahuan. Dia pula yang menganugerahkan lisan kepada manusia, sebagai sarana untuk melafal dan mengekspresikan apa yang sedang terlintas dalam hati dan akal pikirannya.

Bahasa merupakan alat komunikasi yang dominan karena salah satu fungsi bahasa adalah sebagai alat untuk mengadakan interaksi dan adaptasi sosial (Keraf, 1985: 5). Kemampuan berbahasa inilah yang selanjutnya mempengaruhi perilaku berbahasa seseorang. Selain itu juga dapat mempengaruhi kemampuan manusia dalam menghasilkan kalimat-kalimat baru yang tidak terbatas jumlahnya. Hal ini menyangkut sepasang penutur

yang ideal dalam suatu masyarakat bahasa, di mana kedua penutur itu mempunyai kemampuan yang sama.

Penutur dan lawan tutur harus mengetahui bahasanya dengan baik. Mereka juga membutuhkan interaksi dari bermacam-macam faktor, yaitu kompetensi bahasa penutur dan lawan tutur sebagai pendukung komunikasi tadi. Guna mewujudkan kompetensi bahasa inilah diperlukan adanya kemampuan untuk mengungkapkan pikiran sendiri melalui alat vokal maupun melalui tulisan (Subyakto, 1988: 52). Kemampuan ini yang selanjutnya disebut sebagai kemampuan memproduksi dan memahami ujaran.

Proses berbahasa yang mencakup produksi (proses ekspresif) dan pemahaman (proses komprehensif) ujaran merupakan proses yang melibatkan peran neuron – neuron dalam serebral otak. Kesempurnaan produksi dan pemahaman ujaran ditentukan oleh kondisi fisiologis dan psikologis otak (mental) pengguna bahasa. Proses produksi ujaran merupakan struktur dasar secara umum dalam area Wernicke dan dikirim ke area Broca untuk *encoding* (merubah pesan menjadi pasangan symbol yang bermakna). Program motorik kemudian melewati perbatasan area motorik, yang memerintahkan organ artikulatoris. Pada proses pemahaman ujaran, tanda – tanda diterima di korteks auditoris dari telinga dan kemudian ditransmisikan melintasi area wernicke untuk diterjemahkan. (Aribowo, 1995: 12).

Produksi dan pemahaman ujaran dapat berkembang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan manusia. Akan tetapi tidak demikian pada

manusia yang mengalami kelainan berbahasa yang berkaitan dengan gangguan kondisi fisiologis otak.

Pada korteks bagian area asosiasi auditorik dan area asosiasi visual, jika mengalami kerusakan, maka dapat menimbulkan ketidakmampuan untuk mengerti kata-kata yang diucapkan dan kata-kata yang tertulis. Efek ini secara berturut-turut disebut sebagai *afasia reseptif auditorik* dan *afasia reseptif visual* atau lebih umum, tuli kata-kata dan buta kata-kata (*disleksia*). Studi dari afasia ini mempunyai peran penting pada pemahaman neural basis dari bahasa. Penyebab paling sering ialah trauma kepala (*head trauma*). Penyebab selanjutnya ialah stroke, sebagai data yaitu persentase 40% *major vascular events* pada *hemisfer cerebral* yang mengakibatkan *language disorders* (<http://rsudrsoetomo.jatimprov.go.id/id/>).

Dampak stroke memang sangat bervariasi, tergantung bagian mana dari otak yang terkena. Namun, karena lesi atau kerusakan itu bisa terjadi di mana saja maka gangguan tidak selalu tunggal. Hal ini disebabkan karena *stroke* merupakan serangan pada pembuluh darah otak, akibat tersumbatnya dinding pembuluh darah di otak. Aliran darah menjadi tersumbat atau pecah, sehingga terjadi pendarahan. Sel-sel otak yang kekurangan atau kelebihan darah akan rusak. Di otak terdapat berbagai bagian dengan fungsi yang berbeda-beda. Pada kebanyakan orang, bagian untuk kemampuan menggunakan bahasa terdapat di sisi kiri otak. Jika terjadi cedera pada bagian bahasa di otak, maka terjadilah apa yang disebut afasia (*aphasia*).

Dunia medis mendefinisikan afasia sebagai sebuah gangguan yang mengakibatkan penderita tidak dapat lagi berkomunikasi atau sulit berbicara.. Afasia muncul karena gangguan dibagian-bagian otak yang bertugas memahami Ranah linguistik mendefinisikan afasia sebagai salah satu gangguan linguistik atau tata bahasa yang dijabarkan sebagai sebuah penurunan dan disfungsi dalam isi, bentuk, penggunaan bahasa, dan terkait dengan proses kognitif bahasa lisan dan tulisan, mengeluarkan isi pikiran, mengintegrasikan fungsi pemahaan bahasa dan mengeluarkannya, serta mengintegrasikan pusat fungsi berbahasa ini dengan yang lainnya (Francina, 2007: 28).

Gangguan afasia terdiri dari *afasia anterior*, *afasia posterior*, *afasia broca*, *afasia wernicke*, *afasia motorik*, *afasia sensorik*, *afasia tak fasih*, *afasia fasih*, dan *afasia dinamis* (Arifuddin, 2010: 276). Gangguan afasia berpengaruh pada perilaku berbahasa penderita, terutama perilaku berbahasa eksternal penderita dengan pendengar (penutur dan lawan tutur), ataupun dengan lingkungan dan segala aspek yang berada di dalamnya. Dengan kata lain, afasia menyebabkan seseorang kehilangan kemampuan untuk berkomunikasi dengan bahasa yang baik.

Oleh karena proses berbahasa lebih bersifat dua arah, terjadi secara bolak – balik antara penutur dan pendengar, maka seorang penutur kemudian bisa menjadi pendengar, dan sebaliknya pendengar kemudian bisa menjadi penutur. Perilaku berbahasa yang terjalin antara penderita (penutur dan atau pendengar) dan lawan tuturnya membangun sebuah komunikasi timbal balik

yang membentuk struktur bahasa sendiri, sebagai pengacuan tanda-tanda bahasa pada hal-hal ekstralingual yang dibicarakan.

Ketika kita berada dalam sebuah komunikasi yang melibatkan seseorang yang menderita afasia, maka secara otomatis kita dihadapkan pada situasi tutur yang berbeda dan pola perilaku berbahasa yang berbeda pula. Situasi ini menuntut kita untuk memahami makna yang ingin disampaikan oleh penderita atau sebaliknya memberi pemahaman tentang apa yang ingin kita sampaikan pada penderita dengan pola perilaku berbahasa yang berbeda.

Melihat situasi ini, peneliti tertarik untuk mengangkatnya menjadi sebuah permasalahan yang menarik untuk diteliti, sebab deskripsi penelitian tentang “Kemampuan Produksi dan Pemahaman Ujaran Pada Penderita Stroke Dengan Afasia” yang dilakukan di LAB/SMF Ilmu Penyakit Saraf RSUD Dr. Soetomo Surabaya sangat dibutuhkan dalam situasi ini. Seorang ahli terapi wicara memerlukan deskripsi bahasa yang dikuasai penderita dan bahasa yang ada pada penderita (Corder, 1973 dalam Aribowo, 1995: 6), untuk menganalisis model terapi seperti apa yang cocok diterapkan pada pasiennya. Selain itu keadaan gangguan berbahasa tidak mudah dideteksi dengan pemeriksaan yang tergesa – gesa. Pemeriksaan perlu meningkatkan ilmu pengetahuan mengenai pola gangguan berbahasa.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Masalah yang diangkat dalam karya ilmiah ini dapat dirumuskan dalam bentuk pertanyaan sebagai berikut :

1. Bagaimanakah kemampuan produksi ujaran pada penderita stroke dengan afasia?
2. Bagaimanakah kemampuan pemahaman ujaran pada penderita stroke dengan afasia?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Penelitian ilmiah ini disusun dengan tujuan untuk :

1. Mendeskripsikan hasil produksi ujaran sehingga dapat mengetahui kemampuan produksi ujaran pada penderita stroke dengan afasia.
2. Mendeskripsikan hasil pemahaman ujaran sehingga dapat mengetahui kemampuan pemahaman ujaran pada penderita stroke dengan afasia.

## **1.4 Batasan Masalah**

Mengingat luasnya cakupan masalah yang akan diangkat dalam penelitian ilmiah ini, maka penulis membatasi hanya pada penderita afasia broca dan afasia wernicke karena stroke, dengan pengamatan modalitas berbahasa verbal yang mencakup kemampuan produksi dan pemahaman ujaran lewat pola perilaku berbahasa mereka.

Afasia Broca disebut juga afasia motorik, terjadi karena kerusakan pada belahan otak yang dominan yang terletak pada lapisan permukaan (lesikortikal) daerah broca.

Area Broca menentukan kemampuan produksi bahasa, meskipun area tersebut lebih berkaitan dengan proses gramatika bahasa secara umum. Pada penderita afasia Broca, yang dominan adalah kesalahan tata bahasa karena setiap kekeliruan akan menghasilkan kalimat tidak gramatikal.

Afasia Wernicke atau afasia sensorik menunjukkan kerusakan pada area Wernicke. Area Wernicke adalah pusat bahasa yang bertanggung jawab untuk memproduksi makna, seperti interpretasi kata selama pemahaman makna dan pemilihan kata selama menghasilkan produksi ujaran. Penderita afasia Wernicke mampu menuturkan bahasa dengan lancar dan relatif gramatikal, namun ujaran tersebut cenderung sulit untuk dipahami atau tidak bermakna. Selain itu, penderita afasia Wernicke juga mengalami kesulitan dalam memahami ujaran orang lain.

Kemampuan proses produksi dan pemahaman ujaran saling berkaitan satu sama lain. Saat memproduksi ujaran, seseorang akan mulai merencanakan yang berkaitan dengan topik yang akan diujarkan. Pada fase inilah proses pemahaman ujaran dibutuhkan, untuk mengerti kalimat yang didengar sebelum kemudian turun ke kalimat yang akan dipakai, dan diturunkan kembali ke konstituen yang akan dipilih. Setelah itu, barulah dimasukkan kedalam pelaksanaan dari yang akan diujarkan.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat teoretis.**

Penelitian ini erat kaitannya dengan mata kuliah psikolinguistik, khususnya pada bahasan afasia sebagai gangguan bicara dan bahasa.

Penulis harapkan penelitian ini dapat membantu pihak yang berkepentingan untuk memahami afasia dalam kacamata psikolinguistik dan mendapatkan deskripsi kemampuan produksi dan pemahaman ujaran pada penderita afasia karena stroke, serta dapat memanfaatkannya sebagai salah satu kajian dalam penelitian atau program selanjutnya.

## 2. Manfaat praktis dalam implementasi.

Penelitian ini mengacu pada manusia dewasa penderita afasia broca dan afasia wernicke pada khususnya, sehingga penulis harapkan penelitian ini benar-benar dapat membantu penanganan terapi bagi penderita lewat deskripsi kemampuan produksi dan pemahaman ujaran penderita lewat pola perilaku berbahasa mereka.

### 1.6 Tinjauan Pustaka

1. Luita Aribowo (2005) dalam skripsi yang berjudul “Deskripsi Ujaran Penderita Stroke dengan Afasia Motorik dan Afasia Sensorik di Bangsal Saraf LAB/UPF Ilmu Penyakit Saraf RSUD Dr. Soetomo Surabaya” menjadi dasar tinjauan pustaka penelitian ini. Tujuan penelitian sebelumnya adalah mendeskripsikan ujaran penderita stroke dengan afasia. Hasil deskripsi digunakan untuk mempelajari lebih dalam tentang pola berbahasa terutama mengenai afasia.
2. Muthia Andriati (2010) dalam skripsi yang berjudul “Tindak Tutur antara Pasien Gangguan Berbahasa Afasia dan Lawan Tutur” membahas tentang terganggunya ujaran penderita afasia dengan menggunakan teori Linguistik Komunikatif dan Tindak Tutur (lokusi, ilokusi, dan perlokusi)

pada tiga orang pasien afasia di Jerman. Tujuan penelitian ini adalah memperlihatkan dengan jelas perbedaan kemampuan berbahasa penderita afasia dengan orang normal.

Tidak seperti penelitian sebelumnya yang hanya menekankan pada deskripsi fonologi-fonetik pola berbahasa penderita afasia, penelitian kali ini lebih mengutamakan hasil analisis “Kemampuan Produksi dan Pemahaman Ujaran Penderita Afasia” sebagai dasar deskripsi bahasa yang penting bagi seorang ahli terapi wicara untuk dapat menentukan model terapi yang tepat bagi pasiennya. Mengingat sampai saat ini belum ada ketetapan standar terapi wicara untuk afasia, karena setiap penderita memerlukan program individual yang sesuai dengan kondisi masing – masing penderita.

## **1.7 Landasan Teori**

### **1.7.1 Produksi Ujaran**

Produksi ujaran memerlukan memori episodik dan memori semantik, terutama ketika seseorang ingin memproduksi ujaran berdasarkan pengalaman yang tertanam dalam memori (Arifuddin, 2010: 174). Manusia dapat memunculkan kembali ujaran apabila dia telah menyimpan ujaran tersebut dalam memorinya. Ujaran – ujaran yang tersimpan dalam memori pada umumnya adalah ujaran – ujaran sudah dipahami oleh penuturnya. Oleh karena itu, produksi ujaran erat kaitannya dengan pemahaman ujaran. Produksi ujaran adalah cermin balik pemahaman seseorang tentang input bahasa/verbal yang pernah dialami sebelumnya.

Proses dalam memproduksi ujaran dapat dibagi menjadi empat tingkat: (1) tingkat pesan (*message*), yaitu tahap ketika pesan akan disampaikan dan diproses, (2) tingkat fungsional, tahap bentuk leksikal dipilih kemudian diberi peran dan fungsi sintaktik, (3) tingkat posisional, yaitu ketika konstituen dibentuk dan afiksasi dilakukan, dan (4) tingkat fonologi, tahap struktur fonologi ujaran mulai diwujudkan (Dardjowidjojo, 2003: 118).

Pada tingkat pesan, pembicara mengumpulkan nosi-nosi dari makna yang ingin disampaikan. Sebagaimana contoh di bawah ini:

”Tutiek sedang menyuapi anaknya”

Nosi-nosi yang ada pada benak pembicaraan antara lain; (a) adanya seseorang, (b) orang ini wanita, (c) dia sudah menikah, (d) dia mempunyai anak, (e) dia sedang melakukan perbuatan, (f) perbuatan itu adalah menyuapi anaknya.

Pada tingkat fungsional, yang diproses ada dua hal. Pertama, memilih bentuk leksikal yang sesuai dengan pesan yang akan disampaikan dan informasi gramatikal untuk masing-masing yang dia kenal, wanita yang dimaksud adalah Tutiek, dan kata ini adalah nama orang perempuan; perbuatan yang dilakukan diwakili oleh verba dasar *suap*; antara argument *Tutiek* dan *anaknya*, *Tutiek* adalah pelaku perbuatan sedang anaknya adalah resipiennya.

Proses kedua pada tingkat fungsional adalah memberikan fungsi pada kata yang telah dipilih. Proses di sini menyangkut hubungan sintaktik



gramatikal atau fungsi gramatikal. Pada contoh diatas, kata *Tutiek* harus dikaitkan dengan fungsi subjek sedangkan *anaknyanya* pada objek. Pada bahasa-bahasa tertentu, seperti Jerman fungsi-fungsi ini dimarkahi oleh kasus-kasus khusus seperti kasus normative dan kasus objektif. Kata *dia* (pria), misalnya, adalah kasus *er* untuk kasus normatif tetapi menjadi *ihn* untuk kasus objektif.

Pada tingkat pemrosesan posisional, diurutkan bentuk leksikal untuk ujaran yang akan dikeluarkan. Pengurutan bentuk leksikal untuk ujaran yang akan dikeluarkan. Pengurutan ini bukan berdasarkan pada jejeran yang linear tetapi pada kesatuan makna yang hierarkhis. Pada contoh tersebut, kata *sedang* bertaut dengan *anak*, dan bukan pada *Tutiek* atau *menyuapi*. Hierarki konstituen inilah yang menjadi dasar diagram pohon.

Setelah pengurutan selesai, diproseslah afiksasi yang relavan. Pada bahasa Indo-Eropa seperti bahasa Inggris, verba *menyuapi* (*to feed*) untuk kalimat tersebut haruslah mendapatkan afiks infleksional *-ing* (*feeding*). Untuk bahasa Indonesia, verba dasar *suap* harus ditambah dengan suffix *-i* (di samping perfiks *meN* –secara opsional).

Hasil dari pemrosesan posisional ini “dikirim” ke tingkat fonologi untuk diwujudkan dalam bentuk bunyi. Pada tahap ini aturan fonotaktik bahasa Indonesia, tetapi *tuetik* tidak. Kata ini tentunya ditolak. Begitu juga vocal /u/ dan /i/ harus berurutan seperti itu karena kalau dibalik, *Tietuk*, referennya akan lain. Proses fonologis ini tidak sederhana

karena menyangkut proses biologis neurologis (Dardjowidjojo, 2003: 118-120).

Saat memproduksi ujaran, seseorang akan mulai merencanakan yang berkaitan dengan topik yang akan diujarkan, kemudian turun ke kalimat yang akan dipakai, dan diturunkan kembali ke konstituen yang akan dipilih. Setelah itu, barulah dia masuk ke pelaksanaan dari yang akan diujarkan. Hal ini mencakup rencana artikulasi dan bagaimana mengartikulasikannya (Dardjowidjojo, 2003: 120).

Suatu kata dapat diproduksi hanya bila telah ada komprehensi sebelumnya. Produksi merupakan cermin balik dari komprehensi dengan tambahan proses-proses tertentu. Pada komprehensi orang menerima input untuk kemudian disimpan dalam memori. Pada produksi kata yang tersimpan itu dicari kembali untuk kemudian diujarkan.

Proses produksi ujaran melibatkan dua komponen penting didalamnya, yaitu perencanaan dan pelaksanaan. Perencanaan mencakup tiga tahap, yaitu perencanaan wacana; perencanaan kalimat; dan perencanaan konstituen (Dardjowidjojo, 2003: 120).

Perencanaan produksi wacana dibagi menjadi dua macam: a) dialog dan, b) monolog. Perbedaan utama antara dua macam ini terletak pada ada tidaknya interaksi antara pembicara dengan pendengar. Pada dialog terdapat paling tidak dua pelaku, yakni yang bicara dan yang diajak bicara, interlokutornya. Pada wacana monolog hanya ada satu pembicara, jika wacana tersebut adalah wacana lisan maka hanya ada pembicara,

namun jika wacana tersebut adalah wacana tulis maka hanya ada penulis sebagai pelakunya.

Setelah mengetahui apa yang ingin dikatakan, maka dimulailah perencanaan produksi kalimat. Menurut Clark dan Clark ada tiga kategori yang perlu diproses, yaitu: muatan proporsional, muatan ilokusioner, dan struktur tematik (Dardjowidjojo, 2003: 129). Setelah perencanaan kalimat selesai dibuat, proses berlanjut ke tataran konstituen yang membentuk ujaran tersebut. Disinilah terjadi pemilihan kata yang sesuai dan maknanya tepat seperti yang dikehendaki.

### **1.7.2 Pemahaman Ujaran**

Seseorang dikatakan memahami ujaran apabila dia sudah mendapatkan makna pesan atau stimulus dalam ujaran tersebut (Arifuddin, 2010: 85). Masalah menghasilkan ujaran dan memahami ujaran dalam komunikasi merupakan masalah yang rumit jika ditinjau dari sudut bahasa. Masalah utamanya adalah mungkin saja hubungan di antara keduanya itu tidak merupakan hubungan langsung. Meskipun, mungkin akan lebih sederhana apabila psikolinguis mengatakan bahwa hubungan itu langsung. Tentu saja asumsi semacam itu tidak berdasar dan paling tidak ada beberapa kemungkinan hubungan, di antaranya sebagai berikut:

- a. Menghasilkan dan memahami ujaran merupakan dua hal yang memang sama sekali berbeda.
- b. Memahami ujaran itu tidak lain adalah menghasilkan ujaran dan sebaliknya.

- c. Memahami ujaran dan menghasilkan ujaran itu sama saja.
- d. Memahami ujaran dan menghasilkan ujaran itu mungkin sebagian sama dan sebagian yang lain berbeda (Aitchison, 1984 dalam Ariffudin, 2010: 86).

Dalam proses memahami ujaran, sebenarnya telah terjadi proses mental dalam diri pendengar. Pendengar tidak hanya secara pasif mendaftarkan bunyi-bunyi itu saja, tetapi ia secara aktif memproses dalam pikirannya. Ada ujaran yang mudah dipahami dan ada pula ujaran yang sukar dipahami. Ujaran itu sukar bagi pendengar apabila ujaran itu tidak sesuai dengan harapan kebahasaannya dan jauh dari batas psikologis tertentu. Pendengar merekonstruksi secara aktif bunyi-bunyi bahasa dan kalimat dalam keselarasannya dengan harapan, baik secara kebahasaan maupun secara psikologis.

Kita dapat menunjukkan pemahaman terhadap suatu pesan dengan ungkapan, misalnya “Ya, saya mengerti” atau “saya tahu”. Dapat pula kita merespon dengan menganggukkan kepala, melaksanakan suatu perintah, atau melakukan tindakan yang tersirat dalam sebuah kata kerja. Satu-satunya cara untuk mengetahui adanya pemahaman ujaran adalah kita meminta agar orang memberi respon sebagai tanda bahwa dia paham isi ujaran. Ukuran pemahaman dan variabel – variabel yang diketahui bermakna jika ada kesesuaiannya dengan konteks teoritis.

Menurut Clark and Clark (Ariffudin, 2010: 183) ada dua jenis pemahaman yaitu pemahaman atas ujaran dan pemahaman atas tindakan

yang dilakukan berdasarkan ujaran yang didengar. Ada kemungkinan pendengar hanya memahami ujaran, tetapi tidak dapat memastikan tindakan yang akan dilakukan setelah dia menerima stimulus verbal tersebut. Kemampuan pemahaman atas suatu ujaran dapat diketahui melalui tiga pendekatan, yaitu pendekatan perilaku (*Behavioral Approaches*), pendekatan linguistik (*Linguistic Approaches*), dan pendekatan kognitif (*Cognitive Approaches*) (Arifuddin, 2010: 183).

a. Pendekatan Perilaku

Perilaku dapat menginterpretasi pesan melalui reaksi terhadap stimulus verbal. Pemahaman itu direfleksikan dengan “respon ekoik dan respon intraverbal” (*echoic and intraverbal responses*). Pemahaman adalah kemampuan kita untuk menggunakan respon ekoik untuk membedakan stimulus pada perilaku intraverbal kita yang menyebabkan kita memberikan penguatan terhadap stimulus tersebut.

b. Pendekatan Linguistik

Menurut pendekatan linguistik, pemahaman ujaran verbal bergantung pada kompleksitas ujaran. Misalnya, pemahaman kalimat lebih sulit apabila kalimat itu lebih kompleks. Kompleksitas ditandai dengan banyaknya kata sebagai pembentuk struktur kalimat tersebut, dan kedalaman tersebut juga ditentukan oleh struktur frasa. Orang dapat memahami kalimat – kalimat yang

kompleks melalui interpretasi terhadap kalimat inti sebagai pokok dari kalimat tersebut. Jadi, untuk memahami kalimat yang kompleks dengan mudah perlu dilakukan pemilahan fungsi kontituen dalam kalimat tersebut melalui proses transformasi (Chomsky, 1957 dalam Arifuddin 2010: 184). Pemahaman bergantung pada interpretasi semantik luaran (*output*) analisis struktur dalam.

#### c. Pendekatan Kognitif

Pendekatan kognitif menekankan pada keterkaitan antara komponen kognisi manusia dan pemahaman ujaran. Proses kognitif itu berkaitan dengan persepsi, memori, dan konteks. Secara umum dapat dikatakan bahwa pemahaman diperoleh apabila kalimat atau ujaran yang diterima memunculkan satu representasi kognitif yaitu makna. Makna diidentikkan dengan apa yang dimunculkannya, dan pemahaman diidentikkan dengan pemunculan makna.

Kemampuan memahami ujaran tidak hanya dipengaruhi oleh kemampuan memahami aspek sintaksis, tetapi juga dipengaruhi oleh kemampuan mengakses leksikon dari verba tempat informasi peran tematik disimpan atau dalam pemakaian entri leksikal, meskipun aksesnya dapat dilakukan.

### 1.7.3 Penderita Stroke dengan Afasia

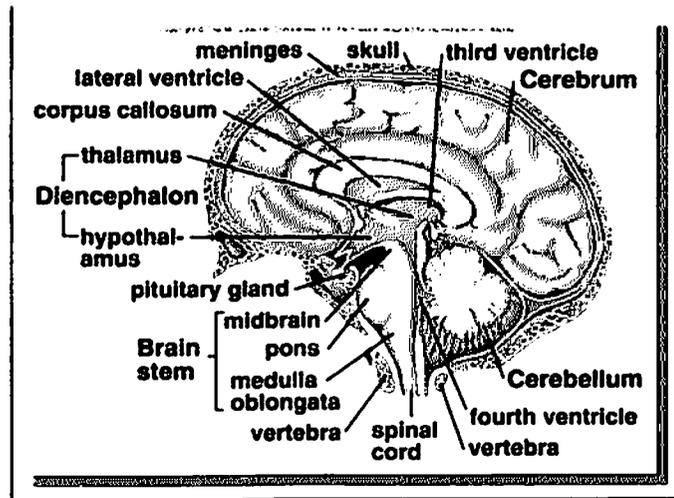
Otak manusia dewasa beratnya rata – rata sekitar 3 lb (1,5 kg) dengan ukuran sekitar 1.130 cm<sup>3</sup> pada wanita dan 1260 cm<sup>3</sup> pada pria. Otak

seorang bayi ketika baru dilahirkan beratnya kira – kira hanya 40% dari berat otak orang dewasa; sedangkan makhluk primata lain seperti kera dan simpanse adalah 70% dari otak dewasanya (Menyuk, 1997: 31 dalam Chaer, 2009: 116). Dari perbandingan tersebut tampak bahwa manusia telah dikodratkan secara biologis untuk mengembangkan otak dan kemampuannya secara cepat. Dalam waktu yang tidak terlalu lama otak manusia telah berkembang menuju ke kesempurnaannya. Sebaliknya, primata lain, seperti kera dan simpanse yang ketika lahir telah memiliki 70% dari volume otaknya itu hanya memerlukan tambahan sedikit saja, yaitu sekitar 30%.

Perbedaan otak manusia dan otak primata lain, seperti kera dan simpanse, bukan hanya terletak pada beratnya saja, melainkan juga pada struktur dan fungsinya. Pada otak manusia terdapat bagian – bagian yang berkenaan dengan pendengaran, ujaran, pengontrolan alat ujaran, dan sebagainya. Pada otak makhluk lain, bagian – bagian yang berkenaan dengan ujaran tersebut tidak dimiliki. Sebaliknya, otak makhluk lain memiliki banyak bagian yang berhubungan dengan insting alami yang tidak dimiliki oleh otak manusia. Hal ini mengandung kesimpulan bahwa perbuatan/perilaku primata lain lebih banyak dikendalikan oleh insting, sedangkan perbuatan/perilaku manusia dikendalikan oleh otak.

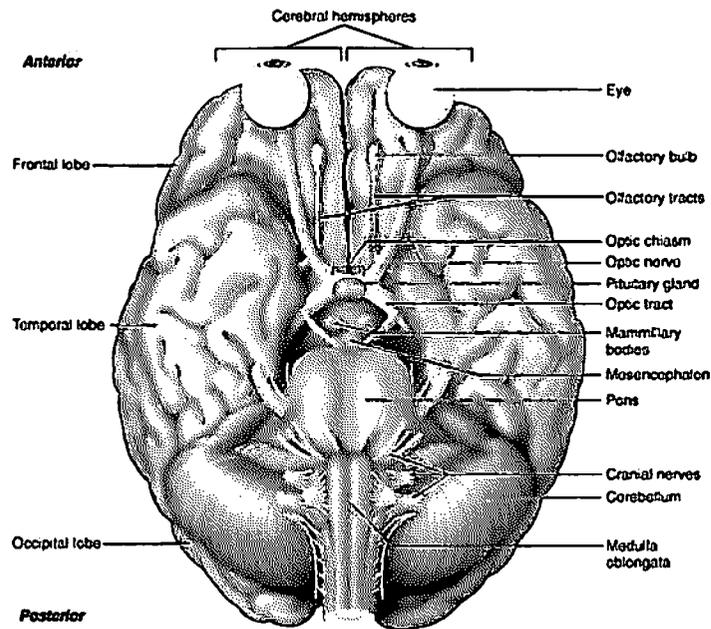
Otak (serebrum dan serebelum) adalah salah satu komponen dalam sistem susunan saraf manusia, selain tulang punggung yang memegang peran sebagai pengatur sistem saraf sentral. Otak itu sendiri terdiri dari dua

bagian, yaitu batang otak (*brain stem*) dan korteks serebral (*cerebral cortex*).



Gambar 1.  
Bagian Otak Tampak Kiri  
(sumber: <file:///FunctionalAreaTheCerebralCortex.htm>)

Batang otak terdiri dari bagian – bagian yang dinamakan *medulla*, *pons*, otak tengah, dan *cerebellum*. Bagian – bagian ini terutama berkaitan dengan fungsi fisik tubuh, termasuk pernafasan, detak jantung, gerakan, reflek, pencernaan, dan pemunculan emosi (Steinberg dkk, 2001:312). Korteks serebral menangani peran penting baik pada fungsi elementer, seperti pergerakan, perasaan, dan pancaindra, maupun pada fungsi kompleks seperti fungsi mental dan fungsi kortikal. Fungsi kortikal ini (dari kata korteks) antara lain terdiri dari isi pikiran manusia, ingatan atau memori, emosi, persepsi, organisasi gerak dan aksi, intelektual dan fungsi bicara (bahasa).



**Gambar 2.**  
**Bagian Otak Tampak Atas**  
 (sumber: <file:///FunctionalAreaTheCerebralCortex.htm>)

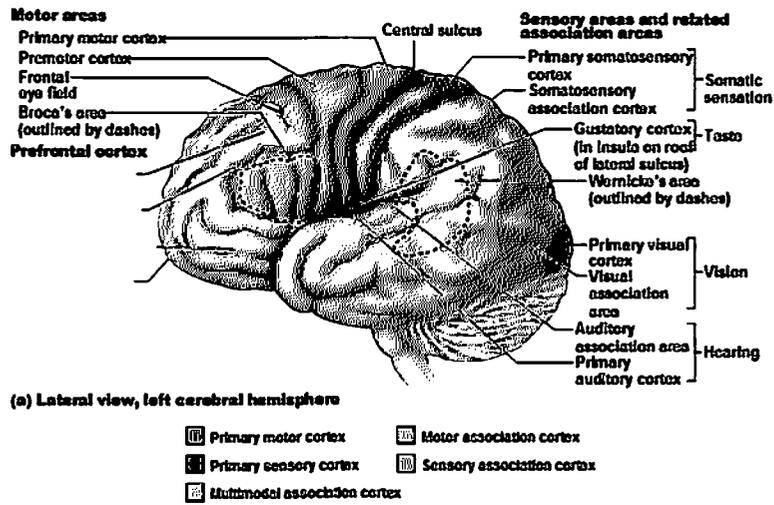
Korteks serebral pada dasarnya adalah lembaran jaringan saraf, dilipat dengan cara yang memungkinkan agar sesuai besarnya area permukaan dengan batas – batas tengkorak manusia. Bagian yang berbeda dari korteks serebral terlibat dalam fungsi kognitif dan perilaku yang berbeda. Perbedaan muncul dalam beberapa cara: efek kerusakan otak lokal, pola aktivitas daerah terkena saat otak diperiksa menggunakan teknik pencitraan fungsional, konektivitas dengan daerah subkortikal, dan perbedaan regional dalam arsitektur seluler korteks. Ahli anatomi menggambarkan sebagian besar korteks, bagian yang mereka sebut isocortex memiliki enam lapisan. Tetapi tidak semua lapisan jelas dalam

semua bidang, dan bahkan ketika lapisan hadir, ketebalan dan organisasi selular dapat bervariasi.

Korteks serebral terdiri dari dua sisi atau hemisfer, yaitu hemisfer kanan dan hemisfer kiri. Kedua hemisfer tersebut dihubungkan oleh sebuah bundel saraf yang sangat besar, disebut korpus kalosum (*corpus callosum*), yang melintasi garis tengah di atas tingkat *thalamus*. Ada juga dua koneksi yang lebih kecil banyak, *commisure anterior* dan *commisure hipokampus*, serta koneksi subkortikal banyak yang melintasi garis tengah. Korpus kalosum adalah jalan utama komunikasi antara dua belahan di dalam otak.

Dalam banyak hal, hemisfer kiri dan kanan otak simetris dalam hal fungsi. Misalnya, mitra dari area motor belahan kiri mengendalikan anggota tubuh bagian kanan dan daerah belahan kanan mengendalikan anggota tubuh bagian kiri. Namun demikian, pengecualian penting yang melibatkan bahasa dan kognisi spasial. Kedua hemisfer ini mempunyai peranan yang berbeda bagi fungsi kortikal.

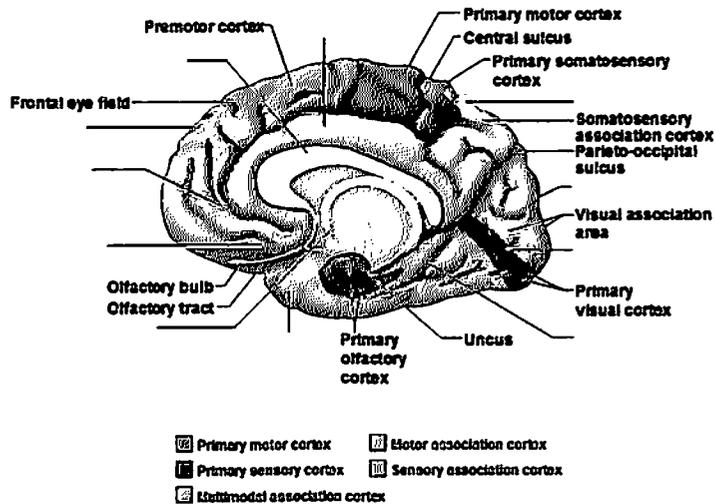
## Functional Areas of the Cerebral Cortex



Gambar 3.  
 Area Fungsional Korteks Serebral  
 (sumber: <file:///FunctionalAreaTheCerebralCortex.htm>)

## Functional Areas of the Cerebral Cortex

**(b) Parasagittal view, right hemisphere**



Gambar 4.  
 Area Fungsional Korteks Serebral  
 (sumber: <file:///FunctionalAreaTheCerebralCortex.htm>)

Fungsi bicara dan berbahasa dipusatkan pada hemisfer kiri bagi orang yang tidak kidal (cekat tangan kanan, right-handed). Hemisfer kiri (hemisfer dominan bahasa) mempunyai arti penting bagi bicara – bahasa, juga berperan untuk fungsi memori yang bersifat verbal. Hemisfer kiri memang dominan untuk fungsi fungsi bicara dan berbahasa, akan tetapi tanpa aktivitas hemisfer kanan, maka pembicaraan seseorang akan menjadi monoton, tidak ada lagu kalimat, tanpa menampakkan adanya emosi, dan tanpa disertai isyarat – isyarat bahasa.

Berdasarkan defenisi WHO (*World Health Organization*) stroke adalah gangguan fungsi serebral yang terjadi baik vokal maupun global yang terjadi mendadak dan cepat, berlangsung lebih dari 24 jam atau meninggal disebabkan oleh gangguan pembuluh darah (<http://www.hmc.psu.edu/healthinfo/a/aphasia.htm>)

Stroke adalah penyebab kematian terbesar ketiga di negara-negara industri setelah penyakit jantung dan kanker. Prevalensi stroke pada populasi kulit putih berkisar antara 500-600 per 100.000 penduduk. Dilaporkan di Selandia baru 793 per 100.000 penduduk, di Perancis 1445 per 100.000 penduduk. Rentang pada Negara sedang berkembang juga bervariasi. Di China, prevalensi stroke 620 per 100.000 penduduk, dan Thailand 690 per 100.000 penduduk (WHO, 2006 dalam <http://www.hmc.psu.edu/healthinfo/a/aphasia.htm>)

Stroke adalah penyebab neurologis utama pasien datang ke rumah sakit dan penyebab kematian tertinggi ketiga di Amerika Serikat setelah

penyakit jantung dan kanker (Purve, 2004 dalam <http://www.hmc.psu.edu/healthinfo/a/aphasia.htm>). Setiap tahunnya 500.000 orang di negara ini mengalami stroke dan 150.000 meninggal. Prevalensi secara keseluruhan adalah 750/ 100.000 (Davis, 2005 dalam <http://www.hmc.psu.edu/healthinfo/a/aphasia.htm>).

Di Indonesia, penyebab kematian utama pada semua umur adalah stroke (15,4%), yang disusul oleh TB (7,5%), Hipertensi (6,8%), dan cedera (6,5%). Hasil Riskesdas 2007, prevalensi stroke di Indonesia ditemukan sebesar 8,3 per 1.000 penduduk, dan yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 6 per 1.000. Prevalensi stroke tertinggi Indonesia dijumpai di Nanggroe Aceh Darussalam (16,6 per 1.000 penduduk) dan terendah di Papua (3,8 per 1.000 penduduk) (Data Depkes, 2011).

Berdasarkan atas jenisnya, stoke dibagi atas Stroke Non-hemoragik dan Stroke Hemoragik. Stroke Non-hemoragik pada dasarnya disebabkan oleh oklusi pembuluh darah otak yang kemudian menyebabkan terhentinya pasokan oksigen dan glukosa ke otak (Machin, 2011: 34). Stroke ini sering diakibatkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis arteri otak atau suatu emboli dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut di arteri otak. Jenis stroke ini merupakan jenis stroke yang tersering didapatkan, sekitar 80% dari semua stroke. Stroke jenis ini juga bisa disebabkan oleh berbagai hal yang menyebabkan terhentinya aliran darah otak antara lain, syok, hipovolemia, dan berbagai penyakit lain.

Stroke Hemoragik merupakan sekitar 20% dari semua stroke. Stroke jenis ini diakibatkan oleh pecahnya suatu mikro aneurisma di otak. Stroke ini dibedakan atas: perdarahan intraserebral, subdural, dan subaraknoid (Sudoyo, 2007: 45).

Afasia merupakan gangguan bahasa perolehan yang disebabkan oleh cedera otak dan ditandai oleh gangguan pemahaman serta gangguan pengutaraan bahasa, lisan maupun tertulis (Dharmaperwira, 1993 dalam Ariffudin: 279 ). Istilah “perolehan” menandakan bahwa gangguan itu timbul dalam masa perkembangan bahasa atau sesudahnya. Afasia merupakan gangguan bahasa, hal ini mengimplikasikan bahwa daya ingat non verbal dan pemikiran pada dasarnya masih tetap utuh. Seseorang dapat berpikir, tetapi pengungkapan pemikirannya melalui bahasa terganggu. Afasia adalah gangguan kemampuan bahasa seseorang yang disebabkan oleh kerusakan otak akibat suatu stroke (gangguan peredaran darah di otak) atau cedera kepala yang menyebabkan cedera otak (Kusumoputro, 1992: 88).

Afasia mengakibatkan gangguan dalam memproduksi dan / atau memahami bahasa. Efek dasar pada afasia ialah pada pemrosesan bahasa tingkat integratif yang lebih tinggi, gangguan artikulasi dan praksis mungkin ada sebagai gejala yang menyertai.

Afasia muncul sebagai gangguan berbahasa akibat gangguan serebrovaskuler hemisfer dominan, trauma kepala, atau proses penyakit. Terdapat beberapa tipe afasia, biasanya digolongkan sesuai lokasi lesi.

Semua penderita afasia memperlihatkan keterbatasan dalam pemahaman, membaca, ekspresi verbal, dan menulis dalam derajat berbeda-beda.

### **1.8 Operasionalisasi Konsep**

Dalam sebuah penelitian operasional konsep memiliki arti yang penting, sebab berisikan penjelasan tentang istilah yang digunakan dalam penelitian. Selain itu, operasional konsep dapat digunakan untuk memberikan gambaran yang lebih jelas dan terarah serta untuk menghindari penafsiran yang salah mengenai istilah tersebut, sehingga diperoleh batasan-batasan yang jelas dan pengertiannya tidak kabur. Istilah-istilah yang perlu diberi penjelasan antara lain:

1. **Produksi ujaran** yaitu sebuah proses memproduksi ujaran yang dialami oleh manusia mulai dari perencanaan mengenai topik yang akan diujarkan, kemudian turun ke kalimat yang akan dipakai, dan turun lagi ke konstituen yang akan dipilih. Setelah itu, barulah dia masuk ke pelaksanaan dari yang akan diujarkan, mencakup rencana artikulasi dan bagaimana mengartikulasikannya.
2. **Pemahaman ujaran** adalah sebuah proses mental yang terjadi didalam pikiran untuk memahami makna suatu ujaran dan atau melaksanakan makna ujaran tersebut.
3. **Afasia** yaitu hilangnya kemampuan mengekspresikan diri sendiri atau mengerti bahasa, terutama ekspresif (ketidakmampuan untuk mengekspresikan diri; dihubungkan dengan area lobus frontal) atau reseptif (ketidakmampuan mengerti apa yang dikatakan orang lain; sering

dihubungkan dengan lobus temporal kiri). Afasia yang diangkat dalam penelitian ini merupakan gangguan berbahasa yang disebabkan oleh penyakit stroke. Afasia diklasifikasikan menjadi dua, yaitu:

- a. Afasia Broca (motorik), penderita mengalami gangguan bahasa verbal.
  - b. Afasia Wernicke (sensorik), penderita mengalami gangguan pemahaman bahasa.
4. Psikolinguistik adalah studi tentang proses – proses mental yang dilalui manusia dalam proses berbahasa.

## **1.9 Metode Penelitian**

Metode penelitian ini menggunakan metode kualitatif karena penelitian ini lebih menekankan pada persoalan kedalaman (kualitas) data bukan banyaknya (kuantitas) data. Metode kualitatif ini menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari objek yang diamati. Penelitian bersifat kualitatif karena peneliti hanya sebagai pendamping atau fasilitator (Tri Mastoyo, 2007: 41). Metode dalam penelitian ini meliputi: teknik pengumpulan data, teknik analisis data, serta teknik penyajian data.

### **1.9.1 Teknik Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Mengamati interaksi dokter dengan penderita afasia
2. Mengamati pola perilaku berbahasa yang terjadi ketika penderita berperan sebagai penutur dan atau lawan tutur.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan teknik wawancara, teknik rekam dan teknik catat. Teknik wawancara adalah teknik penjarangan data dengan mewawancarai subjek penelitian secara langsung. Teknik rekam adalah teknik penjarangan data dengan merekam penggunaan bahasa. Perekaman itu dilakukan dengan menggunakan *tape recorder*. Yang direkam tentu saja adalah penggunaan bahasa dalam bentuk lisan, sedangkan teknik catat adalah teknik menjaring data dengan mencatat hasil penyimakan data. Kegiatan mencatat itu dilakukan sebagai lanjutan dari kegiatan merekam data. Jadi peneliti mengamati objek penelitian (penderita stroke dengan afasia di Lab/SMF saraf RSUD Dr.Soetomo Surabaya) sebelum menjalani terapi wicara (*speech therapy*), kemudian merekam dan mencatat hasil penelitian tersebut. Peneliti menggunakan teknik pemancingan data dengan menyediakan beberapa pertanyaan mulai dari yang mudah sampai yang sulit. Pertanyaan diambil dari contoh pertanyaan yang sering dipakai oleh dokter dalam terapi wicara dan diolah sendiri oleh peneliti.

Status penderita ketika diteliti adalah sebagai pasien rawat inap di bangsal saraf RSUD Dr.Soetomo Surabaya dengan perhitungan tiga hari setelah MRS (*Modified rankin Scale*).

#### 1.9.1.1 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Lab/SMF Saraf RSUD Dr.Soetomo Jl. Mayjend.Prof. Dr. Moestopo 6-8 Surabaya selama kurang lebih dua bulan, dibagi menjadi dua tahap yaitu; a). tahap 1: 10 April 2012 – 21 Mei 2012,

dan b). tahap 2: 10 Oktober 2012 sampai 16 November 2012. Lama penelitian ditetapkan dua bulan karena dalam kurun waktu dua bulan telah mewakili satu per enam dari keseluruhan penderita afasia. Penelitian dibagi menjadi dua tahap karena pada tahap pertama peneliti memfokuskan pada penderita afasia wernicke dan pada tahap kedua fokus pada penderita afasia broca.

Penetapan RSUD Dr.Soetomo sebagai tempat penelitian karena rumah sakit ini merupakan rumah sakit rujukan utama di wilayah Indonesia Timur (SK. Menkes 51/Menkes/SK/1179).

#### 1.9.1.2 Pemilihan Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini merupakan penderita stroke dengan Afasia Broca dan Afasia Wernicke yang menghuni bangsal SMF Saraf RSUD Dr.Soetomo Surabaya. Subjek yang diambil merupakan penderita yang tengah menjalani masa pemulihan setelah stroke, sudah melewati masa kritis pemerolehan bahasa (diatas 12 tahun), belum mendapatkan terapi wicara sebelumnya, sudah diketahui jenis afasia yang diderita (berdasarkan diagnosis dokter), dan dalam kondisi yang memungkinkan untuk diteliti.

Analisis yang dilakukan pada penderita afasia broca dan wernicke dengan mengamati pola perilaku berbahasa mereka dalam kurun waktu dua bulan. Pemilihan orang dewasa sebagai objek penelitian, dikarenakan pada orang dewasa telah terekam cukup banyak memori proses berbahasa selama mereka sehat, dalam artian tidak menderita kelainan berbahasa. Jumlah objek penelitian belum dapat dipastikan, sebab jumlah pasien afasia karena stroke

di RSUD Dr. Soetomo selalu berubah setiap harinya, dengan persentase 62,3% dari jumlah penderita stroke yang menduduki urutan pertama, yaitu 52,5% dari keseluruhan pasien per tahunnya. Selama kurun waktu dua bulan penelitian akan dilakukan dengan menggunakan pendekatan linguistik, yaitu secara langsung meneliti ujaran verbal dan perilaku berbahasa penderita melalui kompleksitas ujaran yang diujarkan (Arifuddin, 2010: 184).

### **1.9.2 Teknik Analisis Data**

Sesuai dengan namanya “analisis”, tahap ini merupakan upaya peneliti menangani langsung masalah yang terkandung pada data. Penanganan itu tampak dari adanya tindakan mengamati yang segera diikuti dengan “membedah” atau menguraikan masalah yang bersangkutan dengan cara khas (Sudaryanto, 1993: 6).

Dalam penelitian ini analisis yang akan dilakukan adalah mendeskripsikan data ujaran penderita afasia broca dan afasia wernicke untuk mengetahui kemampuan produksi dan pemahaman ujaran mereka.

### **1.9.3 Teknik Penyajian Data**

Sesuai dengan namanya “penyajian”, tahap ini merupakan upaya peneliti mendeskripsikan dalam wujud “laporan” tertulis apa saja yang telah dihasilkan dari analisis data, khususnya kaidah (Sudaryanto, 1993: 7).

Paparan hasil analisis data akan disajikan dalam bentuk deskripsi tentang kemampuan produksi dan pemahaman ujaran penderita afasia broca dan afasia wernicke. Deskripsi ini menggambarkan bentuk ujaran yang mampu mereka produksi dan mereka pahami selama penelitian berlangsung.

Peneliti menyajikan analisis data dengan menggunakan analisis deskriptif, yang menjelaskan dan memaparkan bentuk-bentuk ujaran yang diproduksi dan dipahami oleh pasien afasia broca dan afasia wernicke dengan berdasarkan pada data-data yang telah ditranskripsikan. Data-data yang telah dikumpulkan tersebut selanjutnya akan disajikan dalam bentuk uraian dan tabel dengan mengklasifikasikan berdasarkan jenis afasia dan metode yang digunakan.

### **1.10 Sistematika Penulisan**

Penelitian ini terbagi atas empat bab, masing-masing bab melingkupi suatu bahasan tertentu yang menunjang penelitian ini. Oleh karena itu, sistematika penulisan skripsi ini adalah sebagai berikut:

Bab I merupakan pendahuluan yang meliputi Latar Belakang Masalah, Rumusan Masalah, Tujuan Penelitian, Batasan Masalah, Manfaat Penelitian, Tinjauan Pustaka, Landasan Teori, Operasionalisasi Konsep, Metode Penelitian, Sistematika Penulisan.

Bab II berisi tentang gambaran umum objek penelitian ini.

Bab III merupakan analisis data dan pembahasan berupa deskripsi manifestasi klinis pasien afasia broca dan afasia wernicke, pemeriksaan penunjang terapi wicara, dan hasil analisis kemampuan produksi dan pemahaman ujaran pada pasien afasia broca dan afasia wernicke.

Bab IV berisi simpulan dari hasil yang diperoleh dari analisis data dan saran yang berisi anjuran kepada pembaca atau peneliti yang tertarik untuk meneliti topik yang sama.

**BAB II**  
**GAMBARAN UMUM OBJEK PENELITIAN**