

BAB II

GAMBARAN UMUM OBJEK PENELITIAN

2.1. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya merupakan rumah sakit kelas A yang berdiri di atas tanah dengan luas 163.875 m² dan luas bangunan 98.121 m². RSUD Dr. Soetomo tidak hanya untuk melayani pengobatan, melainkan juga sebagai rumah sakit pendidikan, penelitian dan pusat rujukan tertinggi untuk wilayah Timur. Hal ini sesuai dengan SK. Menkes 51/Menkes/SK/1179 RSUD Dr. Soetomo.

Sejarah RSUD Dr. Soetomo Surabaya diawali dengan berdirinya Rumah Sakit Simpang dan Rumah Sakit AL *Central Burgerijike Ziekenhuis* (CBZ). Rumah Sakit Simpang yang terletak di Jalan Pemuda 33 merupakan rumah sakit pendidikan bagi Fakultas Kedokteran UNAIR yang didirikan tahun 1923. Sedangkan Rumah Sakit AL *Central Burgerijike Ziekenhuis* (CBZ) yang terletak di Desa Karang Menjangan merupakan rumah sakit yang dibangun oleh Kerajaan Belanda pada tahun 1937. Pada tahun 1943 pada masa penjajahan Jepang, pembangunan rumah sakit dilanjutkan oleh Jepang. Setelah selesai kemudian didirikan Rumah Sakit AL.

Pada 1 September 1948 oleh Pemerintah Belanda Rumah Sakit Simpang diubah menjadi Roemah Sakit Oemoem Soerabaja. Namun, pada tahun 1950 Roemah Sakit Oemoem Soerabaja di bawah Departemen Kesehatan RI, ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Pusat. Tahun 1951 sebagian dari

Rumah Sakit Simpang di Jalan Pemuda 33 yaitu ruangan penyakit dalam, mata, THT, anak, sebagian ruangan bersalin, kulit dan paru-paru dipindah ke Rumah Sakit Karang Menjangan. Sebagian masih ditempati oleh Rumah Sakit AL (bagian dapur). Sehingga Rumah Sakit Simpang pada waktu itu masih terdapat bagian bedah, ruang bersalin, dapur dan sebagian pendidikan perawat atau bidan, serta perumahan, pegawai, Dokter/Perawat dan tenaga Administrasi.

Pada tahun 1953 sampai dengan 1954 sebagian pelayanan bagian bedah pindah ke Rumah Sakit Karang Menjangan, sedangkan untuk bedah akut (*Emergency*) masih di Rumah Sakit Simpang. Pada tahun 1980 Rumah Sakit Simpang di Jalan Pemuda 33 dijual menjadi Delta Plasa dengan sistem tukar tambah, di Rumah Sakit Karang Menjangan dibangun UGD dan ruangan bedah berlantai 3. Dengan demikian semua kegiatan pelayanan dijadikan satu di Rumah Sakit Karang Menjangan/RSUD Dr. Soetomo.

Pada tahun 1964 Rumah Umum Pusat Surabaya diubah namanya menjadi RSUD Dr. Soetomo sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI, tanggal 20 Mei 1964 No. 26769/KAB/76. Dan tahun 1965 berdasarkan PP No. 4 Th 1965 pengelolaan atau penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soetomo diserahkan pada Pemerintah Daerah Tingkat I Jawa Timur. Tahun 1979 sesuai dengan SK. Menkes 51/Menkes/SK/1179 RSUD Dr. Soetomo ditetapkan menjadi Rumah Sakit kelas A, sebagai rumah sakit pelayanan,

pendidikan, penelitian dan pusat rujukan tertinggi untuk Wilayah Indonesia Timur.

Dengan berbagai perubahan nama yang didasarkan pada SK Menkes, Rumah Sakit Simpang mengalami pengalihan ke Rumah Sakit Karang Menjangan karena rumah sakit dijual dan diubah menjadi Delta Plasa pada tahun 1980. Pada tahun 1999 pengelolaan keuangan RSUD Dr. Soetomo sebagai Unit Swadana Daerah dan diberlakukan mulai 1 April 1999, sesuai dengan SP Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Timur No. 2 Th 1999.

2.1.1. Visi

Menjadi rumah sakit yang terkemuka dalam pelayanan, pendidikan, dan penelitian di tingkat Asia Tenggara (ASEAN).

2.1.2. Misi

1. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang prima, aman, informative, efektif, dan manusiawi dengan tetap memperhatikan aspek sosial.
2. Menyelenggarakan pelayanan rujukan yang berfungsi sebagai pusat rujukan tertinggi dengan menggunakan teknologi modern.
3. Membangun Sumber Daya Manusia (SDM) rumah sakit yang professional, akuntabel yang berorientasi pada customer serta mempunyai integritas tinggi dalam memberikan pelayanan.
4. Melaksanakan proses pendidikan yang menunjang pelayanan kesehatan prima berdasarkan standar nasional dan internasional.

5. Melaksanakan penelitian yang mengarah pada pengembangan ilmu dan teknologi di bidang kedokteran dan pelayanan perumahsakit.

2.1.3 Motto

Noto Roso, Among Roso, Mijil Tresno, Agawe Karyo.

Saya senantiasa mengutamakan kesehatan penderita.

2.1.4 Nilai

A. Etika

B. Profesionalisme

C. Integritas

D. Kemitraan

E. Keadilan

F. Kemandirian

2.1.5 Medical Service and Support

1. Gedung Pusat Diagnostik Terpadu (GPDT)

Pusat Diagnostik Terpadu (PDT) RSUD Dr.SOetomo dibuka oleh Gubernur Jawa Timur H. Imam Utomo S. pada 23 Agustus 2008. Gedung ini dibangun di bekas bangunan lama dari Instalasi Patologi Klinik, Instalasi Radiologi Diagnostik, Instalasi Radioterapi, Instalasi Diagnostik dan Intervensi Kardiovaskuler (IDIK), Poliklinik Paliatif, dan sebagian Instalasi Kebidanan dan Kandungan.

2. Instalasi Rawat Inap (IRNA)

Instalasi rawat inap dibagi menjadi lima bagian, yaitu: Irna Anak, Irna Bersalin, Irna Medik, Irna Bedah, dan Irna Jiwa.

3. Graha Amerta

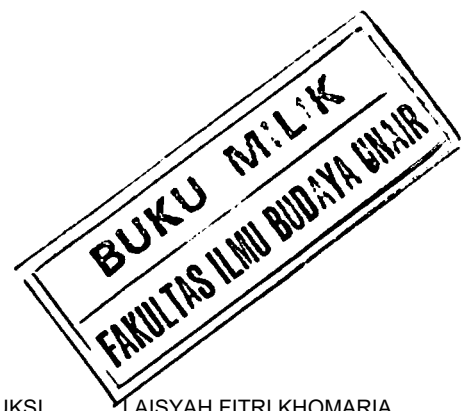
Graha Amerta RSUD Dr.Soetomo adalah unit pelayanan kesehatan di RSUD Dr.Soetomo bagi masyarakat yang menginginkan kepuasan tersendiri. Merupakan pengembangan dari Paviliun RSUD Dr.Soetomo yang dikelola secara professional dan dilengkapi dengan peralatan medis, penunjangmedis yang mutakhir, memiliki fasilitas medis yang siap selama 24 jam dalam menerima psien dan melakukan tindakan medis.

4. Instalasi Rawat Jalan (IRJ)

Instalasi Rawat Jalan (IRJ) berlantai 4 dengan 24 Unit Rawat Jalan dan 105 Poliklinik yang siap melayani anda disetiap hari kerja mulai pukul 07.00 sampai dengan pukul 14.00WIB.

5. Instalasi Rawat Darurat (IRD)

Pelayanan penderita gawat darurat di gedung Instalasi Rawat Darurat (IRD) yang berlantai lima ini memberikan pelayanan selama 24 jam, dengan tenaga ahli darurat yang profesional dan terlatih baik, dilengkapi dengan peralatan modern dan canggih.



Sistem pelayanan di IRD RSUD Dr. Soetomo merupakan sistem yang terkordinasidan terpadu di bawah satu atap. Sistem managementnya ISO 9001:2008, berfungsi untuk :

1. Pusat rujukan (*Top referal*) untuk Jawa Timur dan di wilayah Timur Indonesia.
2. Pertolongan gawat darurat medik dan bedah serta resusitasi dalam 24 jam, meliputi :
 - a. Bedah Umum, Orthopaedi, Bedah Plastik, Bedah Saraf, dan Urologi.
 - b. Kebidanan dan Kandungan
 - c. Penyakit Mata
 - d. Penyakit THT (Telinga, Hidung dan Tenggorokan) & Kepala Leher
 - e. Anestesi & Reanimasi
 - f. Kesehatan Anak
 - g. Penyakit Dalam
 - h. Penyakit Jantung
 - i. Penyakit Paru
 - j. Penyakit saraf
 - k. Kedokteran Jiwa
 - l. Penyakit Kulit & Kelamin
 - m. Ruang Rawat Inap Obsgyn & Neonatus
 - n. Ruang Observasi Intensif (ROI)
 - o. Ruang VIP (*Very Important Person*)

p. Ruang NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*)

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

b. ECG

c. Radiologi

d. USG

e. CT Scan

f. Endoskopi

g. Echo Cardiografi

h. Hemodialisis

4. Kamar Operasi Emergency pelayanan 24 jam.

5. Apotik Depo Farmasi melayani pasien umum, Asuransi Kesehatan (Askes), Jamkesmas, Jamkesda dan terbuka 24 jam.

6. Pusat pengendalian musibah masal dengan sistem komunikasi Radio Medik Terpadu.

7. Pusat Informasi Keracunan dan Toksikologi.

8. Pelayanan Ambulans 118, yang dilengkapi dengan radio komunikasi dan alat bantu pertolongan terbaru di dalam ambulans serta tim yang terlatih.

2.2. Dokter dan Penderita

2.2.1. Dokter

Dokter dalam penelitian ini adalah tim dokter SMF Neurologi yang terdiri dari 7 orang dokter spesialis saraf dan 6 orang PPDS yang bertugas untuk memberikan pelayanan kesehatan dan terapi kepada pasien afasia karena stroke di Lab/SMF Saraf RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Dokter juga berperan sebagai *occupational therapists*, yang mengetahui seluk beluk kelainan ucapan dan bahasa.

2.2.2. Penderita

Penderita dalam penelitian kali ini adalah pasien Afasia Broca dan Afasia Wernicke yang peneliti temui selama masa penelitian di Lab/SMF Saraf RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pasien yang untuk selanjutnya disebut M1, M2, M3, M4, dan M5 terdiri dari lima orang penderita afasia dengan rincian:

1. Dua orang penderita afasia broca
2. Tiga orang penderita afasia wernicke

2.3. Manifestasi Klinis Penderita Afasia di Lab/SMF Saraf RSUD Dr. Soetomo Surabaya

2.3.1. Patofisiologi Afasia pada Penderita Stroke

Gangguan pembuluh darah otak (stroke) merupakan suatu gangguan neurologik fokal yang dapat timbul sekunder dari adanya

trombosis, embolus, ruptur dinding pembuluh darah. Akibat adanya sumbatan tersebut mengakibatkan pecahnya pembuluh darah sehingga aliran darah ke daerah dibawahnya mengalami gangguan, sel mengalami kekurangan oksigen sehingga mengakibatkan terjadinya infark. Bila lesi tersebut terjadi pada daerah hemisfer dominan tepatnya lobus frontalis, dimana di lobus ini terdapat area broca.

Bila terjadi kerusakan area ini tidak akan menghalangi seseorang mengeluarkan suara, tetapi akan mengakibatkan seseorang tidak mungkin mampu mengucapkan seluruh kata-kata (hanya mampu mengucapkan kata-kata sederhana) atau dengan kata lain mampu memahami bahasa, tetapi kemampuannya mengekspresikan kata-kata bermakna dalam bentuk tulisan atau bahasa lisan akan terganggu.

Bila lesi terjadi di lobus temporalis kiri, dimana disana terdapat area wernicke maka klien mampu mengekspresikan bahasa secara utuh, tetapi pemahaman terhadap kata-kata yang diucapkan atau tertulis terganggu.

Hal ini bisa terjadi karena didalam girus temporalis superior di hemisfer dominan yang dinamakan area wernicke berfungsi untuk pendengaran dan penglihatan. Informasi dari area wernicke tersebut akan disampaikan ke area broca melalui fasikulus arkuatus, kemudian diproses menjadi gambaran yang mendetail dan tersusun untuk bicara, kemudian berproyeksi ke kortek motorik yang menimbulkan gerakan lidah, bibir dan

laring yang sesuai untuk menghasilkan suara. Girus angularis dibelakang area wernicke akan memproses informasi dari kata-kata yang dibaca sehingga menjadi kata-kata bentuk auditorik pada area wernicke.

Area bahasa di posterior ialah area kortikal yang terutama bertugas memahami bahasa lisan. Area ini biasa disebut area Wernicke; mengenai batasnya belum ada kesepakatan. Area bahasa bagian frontal berfungsi untuk produksi bahasa. Area Brodmann 44 merupakan area Broca.

Penelitian dengan PET (positron emission tomography) tentang meta-bolisme glukosa pada penderita afasia, menyokong spesialisasi regional tugas ini. Namun demikian, pada hampir semua bentuk afasia, tidak tergantung pada jenisnya, didapat pula bukti adanya hipometabolisme di daerah temporal kiri. Penelitian ini memberi kesan bahwa sistem bahasa sangat kompleks secara anatomi-fisiologi, dan bukan merupakan kumpulan dari pusat-pusat kortikal dengan tugas-tugas terbatas atau terpisah-pisah atau sendiri-sendiri.

2.3.2. Gejala dan Gambaran Klinis Afasia

1. Afasia Broca

Bentuk afasia ini sering peneliti lihat ditandai oleh bicara yang tidak lancar, dan disartria, serta tampak melakukan upaya bila berbicara. Pasien sering atau paling banyak mengucapkan kata-benda dan kata-kerja. Bicaranya bergaya telegram atau tanpa tata-bahasa (tanpa grammar).

Contoh kasus:

"Saya....sembuh....rumah...pulang....ya..pu..lang."

"Minum...lagi...air...makan...banyak.."

Mengulang (repetisi) dan membaca kuat-kuat sama terganggunya seperti berbicara spontan. Pemahaman auditif dan pemahaman membaca tampaknya tidak terganggu, namun pemahaman kalimat dengan tatabahasa yang kompleks sering terganggu (misalnya memahami kalimat:

"Seandainya anda diharuskan untuk menentukan pilihan dengan tepat, apa yang akan anda lakukan?").

Gambaran klinik afasia Broca yang peneliti temukan antara lain:

1. Bicara tidak lancar.
2. Tampak sulit memulai bicara.
3. Kalimatnya pendek (5 kata atau kurang per kalimat).
4. Pengulangan (repetisi) buruk.
5. Kemampuan menamai (naming) buruk.
6. Kesalahan parafasia.
7. Pemahaman lumayan (namun mengalami kesulitan memahami kalimat yang sintaktis kompleks).
8. Gramatika bahasa kurang, tidak kompleks.
9. Irama kalimat dan irama bicara terganggu.

Menamai (naming) dapat menunjukkan jawaban yang parafasik. Lesi yang menyebabkan afasia Broca mencakup daerah Brodmann 44 dan sekitarnya. Lesi yang mengakibatkan afasia Broca biasanya melibatkan operkulum frontal (area Brodmann 45 dan 44) dan massa alba frontal dalam (tidak melibatkan korteks motorik bawah dan massa alba paraventrikular tengah). Selain itu, ada pasien dengan lesi dikorteks peri-rolandik, terutama daerah Brodmann 4; ada pula yang terganggu di daerah peri-rolandik dengan kerusakan massa alba yang ekstensif.

Bila kerusakan terjadi hanya di area Broca di korteks, tanpa melibatkan jaringan di sekitarnya, maka tidak akan terjadi afasia. Penderita afasia Broca sering mengalami perubahan emosional seperti frustrasi dan depresi. Apakah hal ini disebabkan oleh gangguan berbahasanya atau merupakan gejala yang menyertai lesi di lobus frontal kiri belum dapat dipastikan.

Pemulihan terhadap berbahasa (prognosis) umumnya lebih baik daripada afasia global. Karena pemahaman relatif baik, pasien dapat lebih baik beradaptasi dengan keadaannya.

2. Afasia Wernicke

Kelainan afasia jenis wernicke ini pemahaman bahasanya terganggu. Di Lab/SMF saraf RSUD Dr. Soetomo Surabaya, pasien afasia Wernicke ditandai oleh ketidakmampuan memahami bahasa

lisan, dan bila ia menjawab iapun tidak mampu mengetahui apakah jawabannya benar atau salah. Ia tidak mampu memahami kata yang diucapkannya, dan tidak mampu mengetahui kata yang diucapkannya, apakah benar atau salah. Maka terjadilah kalimat yang isinya kosong, berisi parafasia, dan neologisme. Misalnya menjawab pertanyaan: Bagaimana keadaan anda sekarang ? Pasien menjawab: "Saya pergi sana sakit tanding tak berasa".

Pengulangan (repetisi) terganggu berat, dalam artian sulit untuk dilakukan. Menamai (naming) umumnya parafasik. Membaca dan menulis juga terganggu berat.

Gambaran klinik yang peneliti temui pada pasien afasia Wernicke antara lain:

1. Keluaran afasik yang lancar.
2. Panjang kalimat normal.
3. Artikulasi baik.
4. Prosodi baik.
5. Anomia (tidak dapat menamai).
6. Parafasia fonemik dan semantik.
7. Komprehensi auditif dan membaca buruk.
8. Repetisi terganggu.
9. Menulis lancar tapi isinya "kosong".

Penderita afasia jenis Wernicke ada yang menderita hemiparese, ada pula yang tidak. Penderita yang tanpa hemiparese, karena kelainannya hanya atau terutama pada berbahasa, yaitu bicara yang kacau disertai banyak parafasia, dan neologisme, bisa-bisa disangka menderita psikosis.

Lesi yang menyebabkan afasia jenis Wernicke terletak di daerah bahasa bagian posterior. Semakin berat efek dalam komprehensi auditif, semakin besar kemungkinan lesi mencakup bagian posterior dari girus temporal superior. Bila pemahaman kata tunggal terpelihara, namun kata kompleks terganggu, lesi cenderung mengenai daerah lobus parietal, ketimbang lobus temporal superior. Afasia jenis Wernicke dapat juga dijumpai pada lesi subkortikal yang merusak isthamus temporal memblokir signal aferen inferior ke korteks temporal.

Tabel 1. Manifestasi Klinis Afasia Mayor

Bentuk Afasia	Ekspresi	Komprehensi verbal	Repetisi	Menamai	Komprehensi membaca	Menulis	Lesi
Ekspresi (Broca)	Tak lancar	Relatif terpelihara	Terganggu	Terganggu	Bervariasi	Terganggu	Frontal Inferior posterior
Reseptif (Wernicke)	Lancar	Terganggu	Terganggu	Terganggu	Terganggu	Terganggu	Temporal Superior Posterior (Area Wernicke)

Sebagai informasi tambahan tentang parafasia, parafasia (*Paraphasia*) adalah menggunakan kata-kata yang salah, pengantian kata, kesalahan tata bahasa, diobservasi pada bahasa dengan mulut dan tulisan. Ada dua jenis parafasia, yaitu parafasia semantik (verbal) dan parafasia fonemik (literal). Parafasia semantik ialah mensubstitusi satu kata dengan kata yang lain misalnya: "kucing" dengan "anjing". Parafasia fonemik, ialah mensubstitusi suatu bunyi dengan bunyi yang lain, misalnya bir dengan kir, balon dengan galon.

2.4. Dasar – Dasar Rehabilitasi Penderita Afasia

Terapi wicara bagi pasien stroke dengan afasia dimulai dari 24 jam penderita stroke masuk rumah sakit (bila kondisi fisiknya telah memungkinkan), dan kemudian dilakukan secara berkelanjutan dari 3 – 7 hari setelah MRS. Rehabilitasi secara dini akan mempercepat proses penyembuhan, rehabilitasi ini harus rutin sehingga otak mampu untuk mengingatnya. Adapun tujuan dari rehabilitasi ini adalah untuk melatih sel-sel yang tidak rusak menggantikan sel-sel yang telah rusak. Bina wicara didasarkan pada :

1. Dimulai seawal mungkin. Segera diberikan bila keadaan umum pasien sudah memungkinkan pada fase akut penyakitnya.
2. Dikatakan bahwa bina wicara yang diberikan pada bulan pertama sejak mula sakit mempunyai hasil yang paling baik.

3. Hindarkan penggunaan komunikasi non-linguistik (seperti isyarat).
4. Program terapi yang dibuat oleh terapis sangat individual dan tergantung dari latar belakang pendidikan, status sosial dan kebiasaan pasien.
5. Program terapi berlandaskan pada penumbuhan motivasi pasien untuk mau belajar (re-learning) bahasanya yang hilang. Memberikan stimulasi supaya pasien memberikan tanggapan verbal. Stimuli dapat berupa verbal, tulisan atau pun taktil. Materi yang telah dikuasai pasien perlu diulang-ulang(repetisi).
6. Terapi dapat diberikan secara pribadi dan diseling dengan terapi kelompok dengan pasien afasi yang lain.
7. Penyertaan keluarga dalam terapi sangat mutlak.

Tujuan spesifik dari terapi wicara meliputi :

1. kejelasan dalam ucapan.
2. Kemampuan untuk mengerti kata-kata sederhana.
3. Kemampuan membuat perhatian.
4. Kemampuan mengeluarkan kata-kata yang solid/jelas dan dapat di mengerti.

2.5. Subjek Penelitian

Data klinis yang peneliti dapatkan berdasarkan hasil pemeriksaan dokter dari kelima penderita afasia broca dan afasia wernicke yang menjadi subjek penelitian di Lab/SMF Saraf RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah sebagai berikut:

1. Penderita adalah seorang wanita berinisial D selanjutnya disebut M1, berusia 56 tahun, suku bangsa jawa, seorang pensiunan pegawai negeri sipil, berasal dari kota Jember, Jawa Timur. M1 menggunakan bahasa Madura dan bahasa Indonesia dalam kesehariannya.

M1 diantar keluarganya ke RS dalam keadaan tidak sadar. Keluarga menyatakan bahwa 6 jam sebelum dibawa ke RS pasien mengeluhkan pusing ketika sedang bekerja, muntah-muntah, dan jatuh pingsan. Pasien dirawat di ICU selama 7 hari dan koma selama 5 hari. Saat dilakukan pemeriksaan (setelah sadar dari koma) didapatkan:

Keadaan Umum tampak lemah; Kesadaran: Compos Mentis,

GCS: E₄M₆V_{afasia}; Vital Sign (TD: 176/96 mmHg, nadi : 82x/menit, respirasi: 28x/menit, suhu: 35.6⁰C).

Anggota gerak kiri tidak bisa diangkat, refleks fisiologis anggota gerak kiri meningkat, refleks patologis anggota gerak kiri (+), kekuatan anggota gerak kiri baik atas maupun bawah adalah 0.

Saat dilakukan pemeriksaan pada tanggal 14 April 2012, pasien disuruh untuk mengangkat kaki kanannya tetapi pasien menjawab satu

dan dinyatakan bahwa pasien mengalami afasia sensorik setelah terjadi serangan stroke hemoragik. Hasil pemeriksaan *head CT-Scan* menunjukkan tampak lesi hiperdense di daerah *ganglia basalis sinistra* yang mendesak dan menyempitkan ventrikel lateralis sinistra.

Diagnosis Klinis :*Hemiparese dextra* dengan *afasia sensorik*

Diagnosis Topik :*Hemisferium sinistra*

Diagnosis Etiologik :*Stroke hemoragik e.c Hipertensi.*

M1 mengalami gangguan pada *temporal superior posterior* atau disebut sebagai area wernicke, dengan kata lain M1 ini menderita afasia wernicke. Modalitas bahasanya sebagian besar terganggu, namun penderita dapat berekspresi dengan lancar. M1 kebanyakan menggunakan bahasa Madura dalam berkomunikasi, sehingga ujaran yang diproduksi pun sebagian kental dengan logat Madura dan banyak yang diucapkan dalam bahasa Madura dan Jawa.

2. Pengkajian dilakukan pada tanggal 16 Oktober 2012 pukul 09.00 WIB.

Pasien berinisial S selanjutnya disebut M2, dengan umur 52 tahun, beragama islam, suku bangsa jawa, seorang ibu rumah tangga, yang tinggal di Kediri, Jawa Timur. M2 menggunakan bahasa Jawa dalam kehidupan sehari – harinya. M2 dirawat dengan diagnosa media stroke hemoragik, hipertensi stadium II, dan afasia.

Riwayat kesehatan penderita, pada tanggal 14 Oktober 2012 saat mencuci piring pasien mengalami pusing hebat dan tiba-tiba pasien

terjatuh, bicara pelo, badan sebelah kanan mengalami kesemutan, berangsur-angsur *ekstremitas dekstra* mengalami *parese* dan penurunan kesadaran. Lima jam kemudian penderita dibawa ke RSUD Dr. Soetomo dan di sarankan untuk dirawat di IRNA karena alasan biaya. Data yang ditemukan saat pengkajian kondisi pasien adalah;

Tingkat kesadaran somnolen, GCS: E₂M₅V_{afasia}, tekanan darah: 140/90 mmHg, Nadi: 70x/menit, frekuensi pernapasan: 32 X/menit, suhu: 39,3⁰C, jantung: bunyi jantung I dan II, mur-mur (-), Gallop (-), Paru: vesikuler, ronchi +/+ basah kasar, wheezing-/-, abdomen; lemas, datar, hepar/limpa dbn, bising usus 10 X/menit, leher; JVP 5 + 3.

Status neurologis; pupil isokor, diameter pupil 3/3, reflek terhadap cahaya langsung 3/3, cahaya tidak langsung 3/3.

Tanda rangsang meningeal; kaku kuduk(-), tanda lasseg >700/>700, tanda kerning > 1350/ > 1350.

Nerves kranial; paresis nerves V dekstra, VII dekstra, IX – X, dan XII dekstra. Motorik; kekuatan otot ekstremitas atas 1111/5555, ekstremitas bawah 1111/5555, sensibilitas; hemihipestesi (-), reflek fisiologis +/+/, reflek babinski +/+.

Berdasarkan penilaian siriraj stroke scor (SSS) didapat : $(2,5 \times 1) + (2 \times 0) + (2 \times 1) + (0,1 \times 90) - (3 \times 0) - 12 = 1,5$ (artinya adanya perdarahan supratentorial).

Hasil NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*) = 18, artinya pasien mengalami stroke berat.

Pemeriksaan penunjang; hasil pemeriksaan CT-Scan; perdarahan di ponssekitar 1,2 cc (hasil penghitungan gambaran CT-Scan, lakunar infark basal gangliakiri).

Foto thorak; CTR<50%, aorta elarge, tampak gambaran fibroinfiltrat parukanan. Pasien mempunyai riwayat hipertensi sejak sekitar 4 tahun yang lalu, pasien berobat ke puskesmas, tidak teratur, berobat jika ada keluhan, jenis obat tidak tahu. Tidak ada riwayat gangguan pernapasan, batuk (-) dan TBC (-), riwayat DM (-), penyakit jantung (-), stroke (-).

M2 mengalami gangguan pada *frontal inferior posterior* atau disebut sebagai area broca, dengan kata lain M2 ini menderita afasia broca. Kemampuan repetisi dan menamai sebagian besar terganggu, komprehensi verbalnya relatif terpelihara, namun tidak dapat berekspresi dengan lancar. Kemampuan untuk memahami ujaran cukup baik sehingga produksi ujarannya cukup baik jika dibanding penderita lain.

3. Penderita adalah pria 62 tahun berinisial J, selanjutnya disebut M3, berasal dari Lawang – Malang, JawaTimur, seorang pensiunan pegawai kantor pos, menggunakan bahasa Jawa dan bahasa Indonesia dalam kehidupan sehari – harinya. Penderita dirawat di ICU selama 4

hari dan koma selama 2 hari. Saat dilakukan pemeriksaan (setelah sadar dari koma) didapatkan:

Keadaan Umum tampak lemah dan mengacuhkan kondisi sekitar;
Kesadaran: Compos Mentis, GCS: E₄M₆V_{afasia}; Vital Sign (TD: 160/90 mmHg, nadi : 70x/menit, respirasi: 24x/menit, suhu: 32⁰C. Anggota gerak kiri tidak bisa diangkat, refleks fisiologis anggota gerak kiri meningkat, refleks patologis anggota gerak kiri (+), kekuatan anggota gerak kiri baik atas maupun bawah adalah 0.

Saat dilakukan pemeriksaan pada tanggal 20 Oktober 2012, penderita disuruh untuk mengangkat kaki kanannya tetapi penderita hanya diam. Saat perintah diulang sebanyak tiga kali, penderita merespon dengan bergumam, dan dinyatakan bahwa penderita mengalami afasia sensorik setelah terjadi serangan stroke hemoragik. Dari hasil pemeriksaan *head CT-Scan* didapatkan tampak lesi hiperdense di daerah *ganglia basalis sinistra* yang mendesak dan menyempitkan *ventrikel lateralis sinistra*.

Diagnosis Klinis :*Hemiparese dextra* dengan afasia sensorik

Diagnosis Topik :*Hemisferium sinistra*

Diagnosis Etiologik :*Stroke hemoragik e.c Hipertensi*.

M3 mengalami afasia sensorik bukan afasia motorik atau global karena kemungkinan area yang mengalami lesi adalah area Wernicke yang merupakan area sensorik penerima untuk impuls pendengaran. Lesi

pada area ini akan mengakibatkan penurunan hebat kemampuan memahami serta mengerti suatu bahasa.

M3 mengalami gangguan pada *temporal superior posterior*. M3 menderita afasia wernicke dengan modalitas bahasa yang sebagian besar terganggu dan tidak dapat berekspresi dengan lancar. M3 cenderung mengacuhkan keadaan disekitarnya, baik lingkungannya maupun interaksi verbal disekitarnya. Kemampuan memahami kurang, karena penderita seperti enggan merespon dan lebih banyak diam atau mengumam. Jika merasa terganggu dan tidak nyaman M3 akan mengeluarkan suara geraman dan gumaman seperti orang yang sedang kesal atau marah.

4. Seorang pria 54 tahun, selanjutnya disebut M4, berasal dari Sidoarjo, Jawa timur, adalah seorang makelar mobil bekas yang diantar keluarganya ke RS dalam keadaan tidak sadar. Keluarga menyatakan bahwa sebelum dibawa ke RS penderita mengeluhkan pusing ketika sedang menonton televisi, muntah-muntah, dan kemudian jatuh pingsan. M4 berbahasa Indonesia dan bahasa Jawa dalam kesehariannya.

Data yang ditemukan saat pengkajian kondisi penderita setelah sadar dari koma adalah; tingkatkesadaran somnolen, GCS: E₂M₅V_{afasia}, tekanan darah: 160/90 mmHg, Nadi: 70x/menit, frekuensi pernapasan: 32 X/menit, suhu: 39,3 C, jantung: bunyi jantung I dan II, mur-mur (-),

Gallop (-), Paru: vesikuler, ronchi +/- basah kasar, wheezing-/-, abdomen; lemas, datar, hepar/limpa dbn, bising usus 10 X/menit, leher; JVP 5 + 3. Status neurologis; pupil isokor, diameter pupil 3/3, reflek terhadap cahaya langsung 3/3, cahaya tidak langsung 3/3.

Hasil NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*) = 15, artinya penderita ini mengalami stroke berat.

Pemeriksaan penunjang; hasil pemeriksaan CT-Scan; perdarahan di ponssekitar 1,2 cc (hasil penghitungan gambaran CT-Scan, lakunar infark basal gangliakiri. Foto thorak; CTR<50%, aorta elarge, tampak gambaran fibroinfiltrat parukanan.

M4 mengalami gangguan pada *frontal inferior posterior*. Afasia broca menyebabkan M4 mengalami gangguan dalam menamai, kemampuan repetisinya kurang lancar, tidak dapat berekspresi dengan lancar, dan sulit mengungkapkan apa yang dia rasakan. Namun M4 memiliki komprehensi verbal yang terpelihara dan kemampuan untuk memahami ujaran yang cukup baik. Produksi ujaran M4 termasuk dalam kategori paling baik jika dibanding keempat penderita lain.

5. Seorang pria berinisial D selanjutnya disebut M5, berusia 59 tahun, suku bangsa jawa, seorang karyawan pabrik baja, berasal dari Surabaya. Penderita menggunakan bahasa Jawa dan bahasa Indonesia dalam kesehariannya.



Penderita diantar keluarganya ke RS dalam keadaan tidak sadar. Keluarga menyatakan bahwa 6 jam sebelum dibawa ke RS pasien mengeluhkan pusing ketika sedang bekerja, muntah-muntah, dan jatuh pingsan. Pasien dirawat di ICU selama 4 hari dan koma selama 1 hari. Saat dilakukan pemeriksaan (setelah sadar dari koma) didapatkan:

Keadaan Umum tampak lemah; Kesadaran: Compos Mentis,

GCS: E₄M₆V_{afasia}; Vital Sign (TD: 176/96 mmHg, nadi : 82x/menit, respirasi: 28x/menit, suhu: 35.6⁰C).

Anggota gerak kiri tidak bisa diangkat, refleks fisiologis anggota gerak kiri meningkat, refleks patologis anggota gerak kiri (+), kekuatan anggota gerak kiri baik atas maupun bawah adalah 0.

Saat dilakukan pemeriksaan, penderita disuruh untuk mengangkat tangan kanannya tetapi penderita menjawab sudah habis dan dinyatakan bahwa penderita mengalami afasia sensorik setelah terjadi serangan stroke hemoragik. Hasil pemeriksaan *head CT-Scan* menunjukkan tampak lesi hiperdense di daerah *ganglia basalis sinistra* yang mendesak dan menyempitkan ventrikel lateralis sinistra. Struktur mediana agak terdeviasi ke arah dextra.

Diagnosis Klinis :*Hemiparese dextra* dengan *afasia sensorik*

Diagnosis Topik :*Hemisferium sinistra*

Diagnosis Etiologik :*Stroke hemoragik e.c Hipertensi.*

M5 mengalami gangguan pada *temporal superior posterior* atau disebut sebagai area wernicke, dengan kata lain penderita ini menderita afasia wernicke. Modalitas bahasanya sebagian besar terganggu, ekspresi tidak lancar. Emosi penderita tidak stabil dan cenderung acuh dengan keadaan sekitar. Jika M5 merasa tidak mampu untuk melakukan apa yang diminta oleh peneliti, maka ia akan berekspresi kesal seperti orang frustrasi.

Tabel 2.
Manifestasi Klinis Objek Penelitian

Penderita	Ekspresi	Komprehensi verbal	Repetisi	Menamai	Pemahaman Ujaran	Lesi
M1	Lancar	Terganggu	Terganggu	Terganggu	Terganggu	Temporal Superior Posterior (Area Wernicke)
M2	Tidak lancar	Relatif Terpelihara	Terganggu	Terganggu	Relatif Paham	Frontal Inferior posterior
M3	Tidak lancar	Terganggu	Terganggu	Terganggu	Mengacuhkan	Temporal Superior Posterior (Area Wernicke)
M4	Tidak lancar	Terpelihara	Tidak lancar	Terganggu	Relatif Paham	Frontal Inferior posterior
M5	Tidak lancar	Terganggu	Terganggu	Terganggu	Relatif paham namun lebih banyak mengabaikan	Temporal Superior Posterior (Area Wernicke)

BAB III
TEMUAN DAN ANALISIS DATA