

STUDI KASUS KEMAMPUAN BAHASA BICARA KLIEN PASCA STROKE DENGAN *DYSARTHRIA UNILATERAL UPPER MOTOR NEURON*

Rahmi Khalida¹, Yuli Afmi Ropita Sari²,

Prodi D-III Terapi Wicara, STIKes MERCUBAKTIJAYA PADANG

email : rahmikhalidadias@gmail.com

ABSTRAK

Disarthria adalah gangguan bicara motorik di mana penyakit neurologis mengakibatkan kelemahan, kelumpuhan, atau inkoordinasi di antara otot-otot mekanisme bicara. Berdasarkan data 64% dari 88.974 penderita stroke yang memenuhi kriteria mengalami gangguan komunikasi: 28% memiliki afasia dan dysarthria, 24% hanya memiliki disarthria dan 12% hanya memiliki afasia. Tujuan penelitian ini kemampuan bahasa bicara klien pasca *stroke* dengan *dysarthria unilateral upper motor neuron*.

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini deskriptif kualitatif. Penelitian ini dilaksanakan di Padang pada pertengahan bulan Desember 2021 sampai pertengahan Januari 2022. Subjek penelitian yaitu pasien pasca stroke non hemoragic. Desain penelitian ini adalah *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan pada bulan desember 2021 sampai Januari 2022. Teknik analisis data terdiri dari beberapa tahap yaitu, mentranskripsikan data, kategorisasi, verifikasi, interpretasi dan deskripsi.

Hasil penelitian menunjukkan sindrom kelemahan lidah sinistra, kelemahan wajah sinistra, dan adanya kelemahan pada orofaringeal. Kondisi bicara lemas, gangguan respirasi-fonasi dengan durasi pendek dari sindrom yang ditemukan diagnosa mengarah ke *Dysarthria Unilateral Upper Neuron Motor* (UUMN).

Kesimpulan dari hasil penelitian adalah kemampuan bahasa bicara klien pasca *stroke* dengan *dysarthria unilateral upper motor neuron* tidak mempunyai masalah bahasa namun mengalami masalah pada bicara yaitu masalah respirasi dan fonasi yang mengakibatkan panjang ucapan pendek. Saran diharapkan klien bisa memperbaiki posisi punggung dengan posisi tegap agar memperlancar jalan udara yang masuk dan keluar dari paru-paru.

Daftar Bacaan : 23 (2011-2018)

Kata Kunci : kemampuan bahasa bicara, stroke, dysarthria unilateral upper motor neuron

ABSTRACT

Dysarthria is a motor speech disorder in which a neurological disease results in weakness, paralysis, or incoordination among the muscles of the speech mechanism. Based on data from 64% of the 88,974 stroke survivors who met the criteria for communication disorders: 28% had aphasia and dysarthria, 24% had only dysarthria and 12% only had aphasia. The study's goal was the speech language skills of post-stroke clients with unilateral dysarthria upper motor neurons.

The type of research used in this research is qualitatively descriptive. This study was conducted in Padang in mid-December 2021 to mid-January 2022. The study subjects were non-hemorrhagic post-stroke patients. The design of this research is descriptive of analytics with a cross-sectional approach. The study was conducted from December 2021 to January 2022. Data analysis techniques consist of several stages, namely, describing data, categorization, verification, interpretation and description.

The results showed unilateral tongue weakness syndrome, unilateral facial weakness, and weakness in the oropharyngeal. The condition of limp speech, a disorder of respiration-phonation with a short duration. From the syndrome found diagnosis leads to Dysarthria Unilateral Upper Neuron Motor (UUMN).

The conclusion of the results of the study is that the speech language skills of post-stroke clients with unilateral dysarthria upper motor neurons do not have language problems but have problems with speech, namely respiratory and phonation problems that result in short speech lengths. Advice is expected that the client can improve the position of the back with a firm position to facilitate the air road in and out of the lungs.

Bibliography : 23 (2011-2018)

Keyword : speech language skills, stroke, unilateral dysarthria upper motor neurons

PENDAHULUAN

Stroke dapat menyebabkan penderitanya mengalami gangguan komunikasi. Komunikasi menurut Harold D. Lasswell “*who says what in which channel to whom with what effect?*”, definisi tersebut memberikan gambaran tentang komunikasi sebagai suatu proses transmisi pesan. Komunikasi adalah proses penyampaian pesan yang bersifat satu arah dari komunikator (penyampaian pesan) kepada komunikan (penerima pesan) dengan menggunakan media tertentu sehingga memunculkan efek. Komunikasi terbagi dua yaitu, komunikasi verbal dan nonverbal.

Berdasarkan data 64% dari 88.974 penderita stroke yang memenuhi kriteria mengalami gangguan komunikasi: 28% memiliki afasia dan dysarthria, 24% hanya memiliki disarthria dan 12% hanya memiliki afasia. Mereka yang berada dalam rentang usia yang lebih tua dan dengan stroke yang lebih parah lebih cenderung memiliki gangguan komunikasi dan memiliki hasil yang

lebih buruk daripada mereka yang tidak memiliki gangguan komunikasi.

Dysarthria adalah konsekuensi umum dari stroke dan memberikan pengaruh yang merugikan pada komunikasi dan kualitas hidup. Ahli patologi wicara-bahasa (SLPs) memainkan peran penting dalam evaluasi dan rehabilitasi penderita stroke yang disertai dysarthria.

Memahami kemungkinan dampak gangguan komunikasi pada populasi stroke menyoroti pentingnya penelitian yang mencerminkan temuan dan mendukung layanan untuk mengakomodasi kemungkinan kebutuhan penderita stroke.

Terapi wicara merupakan para profesional otonom, dimana layanan terapi wicara tidak ditentukan atau dikontrol oleh profesional lain Speech Pathology Australia (SPA), 2015. American Speech Language Hearing Association (2016) “Terapi wicara adalah bentuk pelayanan kesehatan profesional berdasarkan ilmu pengetahuan, teknologi dalam bidang bahasa, wicara, suara, irama/kelancaran dan menelan yang ditujukan kepada individu, keluarga

dan/atau kelompok untuk meningkatkan upaya kesehatan yang diakibatkan adanya gangguan/kelainan anatomis, fisiologi, psikologis dan sosiologis. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PERMENKES No.81 Tahun 2014) tentang Standar Pelayanan Terapi Wicara, dijelaskan bahwa bidang garap terapis wicara meliputi gangguan bahasa, gangguan wicara (produksi bunyi, fluensi, suara), dan gangguan menelan. Kemudian alur dari pelayanan terapi wicara terdiri dari assesmen (pengkajian data), diagnosis (termasuk prognosis), membuat perencanaan penanganan, melakukan penanganan dan evaluasi. "Bicara merupakan aktifitas motorik yang unik, kompleks, dinamis dalam mengekspresikan pikiran, dan emosi serta merespons dan mengendalikan lingkungan kita. Bicara membutuhkan integrasi dari berbagai aktifitas neurokognitif, neuromotor, neuromuscular dan musculoskeletal". Dikutip dari buku *Motor Speech Disorder* oleh Joseph R. Duffy.

Disartria adalah gangguan bicara

motorik di mana penyakit neurologis mengakibatkan kelemahan, kelumpuhan, atau inkoordinasi di antara otot-otot mekanisme bicara (Duffy, 2013).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini *deskriptif kualitatif* yaitu untuk melihat kejadian yang diteliti. Creswell(2013:47), menjabarkan 3 teknik utama pengumpulan data yang bisa dilakukan dalam studi deskriptif kualitatif yaitu: partisipan observer, telaah dokumen dan wawancara. Analisis data kualitatif adalah pengujian sistematis terhadap hal-hal tertentu untuk menentukan komponennya, hubungan antara penelitian, dan hubungan secara keseluruhan (Spradley, 1980). Dengan kata lain "Semua analisis data kualitatif akan mencakup pencarian data melalui anotasi (observasi lapangan) untuk menemukan pola budaya yang dipelajari oleh peneliti." (Gunawan, 2013:210). Analisa data kualitatif dilakukan secara bersamaan dengan proses pengumpulan data berlangsung, artinya kegiatan tersebut

dilakukan juga selama dan sesudah pengumpulan data.“(Gunawan, 2013; 211). Data yang sudah terkumpul kemudian dianalisis melalui 4 tahap berikut yaitu: Mentraskripsikan data, kategorisasi, verifikasi, interpretasi dan deskripsi.

Peneliti bertujuan untuk mengetahui profil klien *Dysarthria Unilateral Upper Motor Neuron (UUMN)* usia 55 tahun yang berdomisili di Padang. Informan merupakan sumber atau kunci utama dalam memperoleh informasi terkait kegiatan observasi, oleh karena itu akses merupakan hal yang penting guna mendapatkan informasi dari informan. Dalam menjalin hubungan baik dengan (rapport) dengan informan, hal yang pertama peneliti lakukan yaitu berkomunikasi dengan informan dengan cara memperkenalkan diri sebelum melakukan wawancara, kemudian bertanya untuk meminta kesediaan informan dalam memberikan informasi terkait penelitian. Penelitian ini dilakukan dalam kurun waktu kurang lebih 1 bulan yang dilaksanakan di Padang pada pertengahan bulan

Desember 2021 sampai pertengahan Januari 2022. Data yang sudah terkumpul kemudian dianalisis melalui 4 tahap berikut yaitu: Mentraskripsikan data, kategorisasi, verifikasi, interpretasi dan deskripsi. Kategorisasi merupakan proses perbandingan. Dalam teknik pemeriksaan keabsahan data dilakukan uji validitas dan realibilitas. Data ini kemudian dikelompokkan atau diklasifikasikan ke dalam kategori tertentu sehingga memiliki arti dan makna. Definisi kategorisasi menurut (Kountur, 2009: 192) “Kategorisasi yaitu proses penyusunan kembali catatan yang diperoleh dari wawancara atau hasil observasi menjadi bentuk yang sistematis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan wawancara dengan keluarga diperoleh informasi stroke yang dialami klien disebabkan oleh riwayat penyakit jantung dan kolesterol. Klien sudah mengalami serangan Stroke sebanyak dua kali. Serangan pertama sekitar tahun 2015 di RST dr. Reksodiwiryo Padang klien diagnosa Stroke dengan tensi normal

yaitu 100/80. Sempat mengalami mencong dalam perjalanan ke RS namun setelah mendapatkan perawatan selama 2 hari, mencong yang dialami klien hilang dan kembali normal kemudian dibolehkan pulang. Diketahui dari hasil wawancara penyebab terjadinya yaitu karena penyakit jantung dan kolesterol. Pada serangan kedua tanggal 30 Januari 2017, klien jatuh dari kamar mandi lagi sampai tidak sadarkan diri. Penyebab serangan masih karena jantung dan kolesterol dengan tensi normal yaitu 110/80. Hal ini menyebabkan gangguan gerak irama jantung. Dan ditemukan adanya penyumbatan di selaput otak klien. Berdasarkan hasil observasi klien sudah bisa berdiri dan berjalan sendiri tetapi masih terlihat goyang dan sering berhenti. Langkah kaki pun agak sedikit berat, klien tidak bisa mengangkat kakinya seperti saat sebelum sakit. Dengan kondisi klien yang sekarang dalam kondisi dari berbaring ke duduk, pasien juga membutuhkan waktu beberapa menit. Untuk memakai baju dan celana klien juga masih dibantu. Klien mampu

menyebut namanya saat ditanya dan cukup jelas. Klien mampu menjawab pertanyaan 5w1h (misalnya siapa nama, dimana tinggal, kapan tanggal lahir). Klien juga paham beberapa instruksi (misalnya, gembungkan pipi, julurkan lidah). Tidak terdapat gangguan pendengaran maupun penglihatan. Klien mampu mengingat saat diminta menyebutkan nama-nama hewan. Klien tidak menunjukkan adanya gangguan bahasa karena klien mampu menyebut nama-nama hewan, dan menamai gambar. Klien mampu menelan saliva hingga liquid. Kondisi gigi klien tidak lengkap. Klien mampu meniup dan menahannya sampai 3 detik.

Hasil tes yang dilakukan pada klien yaitu pada tes TADIR yang digunakan untuk menentukan klien termasuk ke kategori diagnosis afasia atau bukan. Hasil kemampuan bicara spontan diketahui klien mampu menjawab semua pertanyaan tentang informasi pribadi dengan benar dan tepat. Hasil kemampuan menyebut diketahui klien mampu menyebutkan 10 nama hewan dalam 1 menit seperti kucing, harimau, anjing, singa, macan,

cicak, ular, buaya, lipan dan kuda. Hasil kemampuan menamai saat diberi kartu stimulus diketahui klien mampu menamai kartu bergambar dengan benar. Hasil pemeriksaan TEDYVA diketahui

Tabel 1. Bicara Spontan

		Terganggun maks	Terganggun n parah	Terganggun usedang	Terganggun uringan	Normal
Kejelasan bicara		1	2	3	4(√)	5
Kecepatan	Terlalu Pelan/	1	2	3(√)	4	5
	Terlalu cepat					
Bicara	Lemas/	1	2	3(√)	4	5
	Tegang/	1	2			
	Putus- Putus	1	2			
Prosodi		1	2	3(√)	4	5

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan aspek kejelasan wicara terganggu ringan dan aspek aspek bicara spontan lainnya mengalami terganggu sedang.

Selanjutnya hasil pemeriksaan membaca bersuara klien diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 2. Membaca Bersuara

		Sangat berubah	Sedikit berubah	Tidak berubah
Kejelasan bicara		a	b (√)	c
Kecepatan	Terlalu Pelan/	a	b (√)	c
	Terlalu cepat	a	b (√)	c
Bicara	Lemas/	a	b(√)	c
	Tegang/	a	b(√)	c
	Putus- Putus	a	b(√)	c
Prosodi		a	b (√)	c

Berdasarkan tabel diatas diperoleh informasi kondisi klien melalui rekaman suara bahwa penilaian untuk membaca bersuara klien agak berubah. Selanjutnya untuk aspek klien mampu untuk membaca keterangan pribadi saat diminta. Kemudian saat menulis keterangan pribadi, klien mampu menuliskannya dan tulisan klien cukup bisa dibaca. Dapat disimpulkan klien tidak terdapat gangguan penglihatan dan juga kemampuan visiomotoris yang cukup baik. Selanjutnya yaitu hasil pemeriksaan komponen fungsional kelakuan bicara yang meliputi evaluasi pengontrolan pernapasan, membuat evaluasi fonasi, evaluasi kerja velum, evaluasi diadokinesia, evaluasi artikulasi pada

tingkat kata, dan evaluasi prosodi. Berdasarkan observasi, kelainan-kelainan yang nampak selama pemeriksaan pernafasan pada waktu berbicara, klien menarik napas cepat dan tidak dalam. Berdasarkan observasi, penilaian fonasi klien dengan cara mendengarkan kembali rekaman suara saat bicara spontan terdapat suara yang tinggi/keras. Selanjutnya untuk aspek resonansi Dengan cara mengulangi ucapan dua pasangan suku kata yaitu (ma-pa) dan (ne-te). Diketahui tidak terdengar perbedaan yang jelas pada kedua, sehingga disimpulkan tidak ada hipernasal.

Hasil pemeriksaan artikulasi diperoleh klien mengalami gangguan sedang sedang dengan keterangan dalam lima detik pa-ta-ka diucapkan 4 sampai 7 kali.

Tabel 3. Mengulang ucapan kata-kata

Fonem-Fonem yang Diperiksa				
Stimulus	Respon	Vocal	Konsonan	
Udang	Udang	u a	/d-/ /-ng/	mampu
Monyet	Monyet	o e	/m-/ /-ny-/ /-t/	Mampu
Naik	Naik	a	/n-/ /-k/	Mampu
Raya	laya	i a	/r-/ /-y-/	substitusi
Sikap	Sikan	i	/s-/ /-k-/ /-p/	substitusi
Lelah	Lelah	e	/l-/ /-l-/	Mampu

			/-h/	
Besar	Besal	E a	b-/ /-s-/ /-r/	Substitusi
Kocok	Kocok	o	/k-/ /-c-/ /-k/	Mampu
Hafal	Hasal	a	/h-/ /-f-/ /-l/	tidak mampu
Khusus	Kusus	a u	/kh-/	Tidak ada konsonan /kh/
ngantuk	ngantuk	A u	/ng-/ /-t-/ /-k/	mampu
puing	puing	U i	/p-/ /-ng/	Mampu
stupa	stupa	U a	/s-/ /-t-/ /-p-/	Mampu
trauma	tlauma	A u a	/t-/ /-r-/ /-m-/	mampu
slendang	slendan g	E a	/s-/ /-l-/ /-d-/ /-ng/	mampu
sri	sli	i	/s-/ /-r-/	substitusi
brantas	blantas	A a	/b-/ /-r-/ /-t-/ /-s/	substitusi

Berdasarkan hasil pemeriksaan mengulang kata-kata dapat disimpulkan bahwa konsonan /r-/, /-r/ terdapat substitusi dan konsonan /-f-/ substitusi menjadi /-s-/, dan tidak mampu pada konsonan /kh/. Maka skornya yaitu 4 dengan 15% kesalahan artikulasi maksimal 10 fonem dan kelompok fonem. Hasil pemeriksaan prosodi dilakukan dengan meminta klien membaca keras, diketahui memperoleh skor 3 yaitu sedang dengan 4 sampai 6 aksent (dengan sulit atau cukup jelas) dapat didengar.

Selanjutnya untuk gambaran dari hasil pemeriksaan saraf-saraf otak

yang meliputi evaluasi kerja nervus trigeminus (N.5), nervus fasialis (N.7), nervus glosfaringus (N.9), nervus vagus (N.10), dan nervus hipoglosus (N.12). Untuk kerja ketika otot rahang (muskulus maseter, muskulus temporalis dan muskulus pterigoidus) yang digerakkan oleh N.5. Berdasarkan observasi diketahui klien waktu bicara gerakannya pelan sedikit dan waktu istirahat mulut kadang terbuka kalau lelah. Hasil observasi N.7 diperoleh sisi kiri mulut terlihat sedikit kendor, tertawa klien asimetris bagian sisi kiri tidak diangkat, mengembungkan pipi diketahui klien kehilangan tenaga otot bagian kiri dan mampu menahannya selama 9 detik, membuat mulut bundar dan lebar /U-E/ dalam 15 detik diketahui klien hanya mampu 4 sampai 6 kali.

Berdasarkan hasil anamnesis N.9 terdapat gangguan yang ringan pada menelan yaitu klien mengalami kondisi refleks tercekik dan mulut terlihat kering. Berdasarkan pemeriksaan N.10 diketahui klien menunjukkan paresis satu sisi. gerakan velum yang sedikit asimetris sehingga mengakibatkan keparauan dan

gangguan menelan yang ringan. Berdasarkan pemeriksaan N.12 klien terdapat sedikit getaran pada lidah dengan ukuran lidah normal. Klien mampu mengeluarkan lidah, saat diberi instruksi keluaran lidah tiga kali. Diketahui penilaiannya lumayan, lidah klien dikeluarkan dengan pelan (3 kali dalam 7 sampai 12 detik). Untuk menggerakkan lidah ke sisi kanan klien mampu sedangkan ke sisi kiri mampu namun sedikit sulit dan pelan. Selanjutnya saat diminta keluaran lidah kearah hidung dan dagu tiga kali. Diketahui mendapatkan penilaian sedang, lidah digerakkan ke atas dan bawah, tetapi sulit dan pelan (3 kali dalam waktu lebih dari 20 detik).

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis data klien dapat disimpulkan dengan diagnosa *Dysarthria Unilateral Upper Motor Neuron* (UUMN) dengan sindrom Oral motor. Kelemahan lidah sinistra, kelemahan wajah sinistra, dan adanya kelemahan pada orofaringeal. Kondisi saat berbicara agak terlihat

lemas, resprasi-fonasi pendek. Klien juga mengalami kesulitan memproduksi bunyi konsonan yang tepat misalnya konsonan /r/ serta mengalami hemiparesis kiri.

Menurut penulis, *stroke iskemik* yang dialami klien ditandai dengan adanya hambatan aliran darah ke otak sehingga terjadinya penyumbatan. Hal ini didukung oleh Junaidi (2011) stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak akut vokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena pendarahan (*stroke hemoragic*) ataupun sumbatan (*stroke iskemic*) dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian. *Stroke iskemic* merupakan suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak yang terserang yang apabila tidak ditangani dengan segera berakhir dengan kematian otak tersebut. *Stroke iskemic* atau *non hemoragic* adalah *stroke* yang terjadi karena adanya sumbatan di pembuluh darah otak.

Menurut penulis *Stroke* yang

mempengaruhi kapsul internal dan daerah sekitarnya sering menjadi penyebab motorik atas unilateral disartria neuron. Kapsul internal adalah titik di mana banyak neuron motorik atas turun dipadatkan erat karena mereka berjalan ke bawah antara thalamus dan ganglia basalis. Hal ini didukung dalam sebuah penelitian terhadap 56 subjek dengan ini dysarthria, Duffy dan Folger (1986) menemukan bahwa 91% kasus pernah disebabkan oleh *stroke*. *Stroke* yang mengakibatkan disartria ini dapat terjadi hampir di mana saja di otak yang berisi motorik atas neuron. Ini akan mencakup banyak area kortikal dan subkortikal, serta batang otak. Dalam menemukan diagnosa klien, penulis melakukan serangkaian proses mulai dari wawancara, observasi dan tes. Proses pertama yaitu melakukan tes TADIR, dengan pemaparan hasil di bawah ini:

Tabel 5. Skor Norma Subtes-Subtes Menyebut dan Menamai Tingkat Kata

	Terganggu	Normal
Menyebut	1-4	5
Menamai-tingkat kata	1-4	5

Berdasarkan hasil pemeriksaan menggunakan TADIR pada tes menyebut dan menamai. Diagnosis boleh diambil jika skor klien terganggu (1-4) pada kedua tes. Jika salah satu bagian menghasilkan skor 5 (normal), berarti klien tidak mengalami afasia (Dharmaperwira, 1996). Diketahui klien mendapatkan skor 5 sehingga dapat disimpulkan klien bukan afasia.

Berdasarkan hasil pemeriksaan menggunakan TEDYVA pada saat melakukan anamnesis. Diketahui skor kejelasan bicara klien 4 yaitu terlihat ada kelainan, kemudian kecepatan bicara klien sangat terganggu dengan skor 3, bicara klien tegang dengan skor 3 yaitu terganggu sedang nampak pada kira-kira separuh ucapan, dan prosodi saat membaca dengan skor 3 yaitu terganggu sedang dengan keterangan jelas kurang intonasi dan tekanan tetapi tidak mengganggu pengertian.

Menurut penulis bicara spontan klien terganggu sedang. Hal ini didukung oleh Duffy dan Folger (1986) Beberapa penelitian telah meneliti karakteristik bicara disartria neuron motorik atas unilateral. Salah

satu yang paling komprehensif dilakukan, yang menemukan bahwa 98% subjek mereka dengan disartria ini mengalami defisit artikulasi. Kesulitan utama untuk hampir semua aspek ini adalah tidak tepat produksi konsonan. Sebagian besar defisit artikulasi subjek memiliki peringkat keparahan dalam kisaran ringan hingga sedang.

Berdasarkan hasil pemeriksaan komponen-komponen fungsional kelakuan bicara. Diketahui pengontrolan napas klien waktu meniup dapat ditahan sebentar (2-3 detik) keterangan sedang yaitu dengan skor 3, kemudian pengontrolan napas pada waktu menghitung sedang dengan skor 3 yaitu perlu menarik napas 5 sampai 7 kali. Menurut penulis pernapasan klien pendek, hal ini berdasarkan buku TEDYVA oleh (Dharmaperwira, 1996) penarikan maupun penghembusan napas normal paling sedikit dapat ditahan 5 detik.

Berdasarkan hasil pemeriksaan fonasi, diketahui durasi fonasi klien selama 6,08 detik mendapatkan skor 3 karena bunyi /a/ diucap selama 6 sampai 10 detik. Menurut penulis

durasi fonasi /a/ klien tidak normal, hal ini didukung oleh (Shipley & McAfee,2015). Pencapaian suara klien saat diminta menyanyikan satu tangga nada diperoleh skor 4, dan nada suara klien saat menghitung diperoleh 59,1 dB. Menurut penulis suara klien sedikit rendah dan terkadang sesak nafas. Hal ini didukung oleh (Shipley & McAfee, 2015) yang menyatakan nada suara rata-rata normal adalah 60 sampai 80 dB. Resonansi klien terdapat hipernasal ringan karena terdengar perbedaan yang jelas pada kedua pasangan, tetapi /pa/ dan /ta/ masih sedikit nasal. Menurut Duffy dan Folger (1986) menemukan bahwa 11% dari subjek mereka dengan disartria neuron motorik atas unilateral mengalami hipernasalitas.

Kemampuan artikulasi klien pada tes diadokinetik ketika mengucapkan pa-ta-ka klien mampu mengucapkan 4 sampai 7 kali dalam 5 detik. Menurut Reni Dharmaperwira-Prins (1996) normalnya dalam 5 detik pa-ta-ka diucap paling sedikit 12 kali. Pada saat mengulang kata-kata, banyak terjadi kesalahan produksi konsonan, seperti konsonan /r/ menjadi /l/. Dan prosodi

klien pada saat membaca keras diperoleh skor 3 yaitu sedang.

Berdasarkan pemeriksaan saraf-saraf otak, pada nervus trigeminus (N.5) kemampuan rahang klien lemah sebelah kiri dan memperoleh skor 4, pada nervus fasialis (N.7) kemampuan klien saat tertawa lebar wajah klien tampak asimetris di bagian kiri/ kiri tidak diangkat. Saat menggembungkan pipi klien hanya bisa menahan selama 5 detik namun udaranya keluar di sudut sebelah kiri. Nervus glossofaragus (N.9) terdapat gangguan yang ringan pada menelan cairan yang menunjukkan paresis pada satu sisi. Nervus vagus (N.10) saat pengangkatan velum hanya bergerak sedikit asimetris dengan skor 4 yaitu lumayan. Nervus hipoglossus (N.12) saat mengeluarkan lidah, klien mampu secara pelan (3 kali dalam 7 sampai 12 detik). Lateralisasi lidah ke samping kiri, klien tidak mampu. Berdasarkan teori menyatakan beberapa *stroke* dapat menyebabkan hilangnya aliran darah ke bagian yang sangat kecil dari saluran kortikobulbar, yang mengakibatkan gangguan bicara motorik ringan dan bersifat sementara

yang disebut disartria neuron motorik atas unilateral (UUMN).

Berdasarkan hasil analisa diatas, dapat disimpulkan bahwa klien mengalami penyakit jantung dan kolesterol yang mengakibatkan terjadinya stroke. Kolesterol yaitu terlalu banyaknya lemak yang menyumbat aliran darah ke otak. Sehingga terjadinya disatria pada klien dikarenakan penyakit strokenya. Disartria Neuron Motorik Atas Sepihak menurut Gary dan David (2021) pada buku *Introduction To Communication Sciences And Disorders*, Disartria spastik dianggap sebagai hasil dari lesi bilateral (kedua sisi) pada saluran kortikobulbar. Sebagian besar lesi ini adalah akibat dari stroke, di mana hilangnya aliran darah ke serat yang menghubungkan sel-sel kortikal ke neuron motorik batang otak mengakibatkan kerusakan atau kehancuran serat. Namun, jika stroke hanya mempengaruhi satu sisi otak (kerusakan sepihak), meninggalkan saluran corticobulbar di sisi lain utuh dan fungsional.

Berdasarkan temuan assesmen dan analisa data mengarah ke *Unilateral*

Upper Motor Neuron Dysarthria. Secara definisi *Unilateral Upper Motor Neuron Dysarthria* adalah “motor speech disorder caused by damage to the upper motor neurons that supply cranial and spinal nerves involved in speech production, the dominant speech problem is imprecise productions of consonants, but slow diadochokinesis and voice disorder also commonly occur” (Singh & Kent, 2000). Artinya “*Unilateral Upper Motor Neuron Dysarthria* adalah Gangguan bicara motorik yang disebabkan oleh kerusakan pada neuron motorik atas yang memasok saraf kranial dan tulang belakang yang terlibat dalam produksi bicara, masalah bicara yang dominan adalah produksi konsonan yang tidak tepat, tetapi diadokokinesis lambat dan gangguan suara juga umum terjadi.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang “Studi Kasus Klien Pasca *Stroke* Dengan *Dysarthria Unilateral Upper Motor Neuron*” maka dapat disimpulkan bahwa terdapat beberapa sindrom yang dimiliki klien, diantaranya :

a) Oral motor. Kelemahan lidah

sinitra, kelemahan wajah sinitra, dan adanya kelemahan pada orofaringeal

- b) Bicara lemas
- c) Resprasi-Fonasi. Durasi fonasi 6 detik, pernafasan terganggu dan kenyaringan suara *harsness*
- d) Artikulasi. Klien mengalami kesulitan memproduksi konsonan yang tepat misalnya konsonan /r/
- e) Hemiparesis kiri

SARAN

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi tenaga kesehatan khususnya terapi wicara dalam memberikan pelayanan kesehatan terutama pada penderita stroke dengan *dysarthria unilateral upper motor neuron (UUMN)*.

DAFTAR PUSTAKA

- Notoadmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- M R. 2021 Mar;13(3):314-324. doi: 10.1002/pmrj.12469. Epub 2020 Oct 10.
- Chiaramonte R, Vecchio M.PM R. (2021) A Systematic Review of Measures of Dysarthria Severity in Stroke Patients. 2021 Mar;13(3):314-324. doi: 10.1002/pmrj.12469. Epub 2020 Oct 10.PMID: 32818305
- Claire Mitchell, Matthew Gittins, Sarah Tyson, Andy Vail, Paul Conroy, Lizz Paley & Audrey Bowen (2021) Prevalence of aphasia and dysarthria among inpatient stroke survivors: describing the population, therapy provision and outcomes on discharge, *Aphasiology*, 35:7, 950-960, DOI: [10.1080/02687038.2020.1759772](https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1759772)
- Dharmapewira-Prins, Reni (2002). *TADIR Tes Afasia Untuk Diagnosis Informasi Rehabilitasi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Dharmapewira-Prins, Reni I.I (1996). *Disatria-Apraksia Verbal dan TEDYVA Untuk Disatria dan Apraksia Verbal*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Duffy, J. R. (2013). *Motor Speech Disorder: Substrates, Differential Diagnosis, and Management*. St.Louis, MO: Elsevier
- Free Donald B. PhD (2020). *Motor Speech Disorders: Diagnosis And Treatment, Third Edition*. Hal 165
- Gary Weismer & David K. Brown (2021). *Introduction to Communication Sciences and Disorders: The Scientific Basis of clinical Practice*.

Junaidi, I. (2011). Stroke Waspada
Ancamannya. Penerbit Andi,
Yogyakarta.

Shipley, Kenneth G. dan Julie G.
McAfee. (2021). Assessment in
Speech-Phatology A Resource
Manual, 6th Edition. USA :
CENGAGE Learning.

Usrin, I. dkk (2011). Pengaruh
Hipertensi Terhadap Kejadian
Stroke Iskemik dan Stroke
Hemoragik di Ruang Neurologi
di Rumah Sakit Stroke
Nasional (RSSN). Bukittinggi.
1-9



STIKes MERCUBAKTIJAYA PADANG

Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LP2M)

Kampus : Jl. Jamal Jamil Pondok Kopi Siteba Padang, 25146 Telp. (0751) 442295 Fax. (0751) 442286

e-mail: stikesmercubaktijaya@yahoo.co.id, website : www.mercubaktijaya.ac.id

SURAT TUGAS

No.126/LPPM-MCB/XII/2021

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sunesni, SSiT, M.Biomed
NIDN : 1016037501
Jabatan : Ketua LP2M STIKes MERCUBAKTIJAYA Padang

Menugaskan kepada tenaga dosen sebagai berikut:

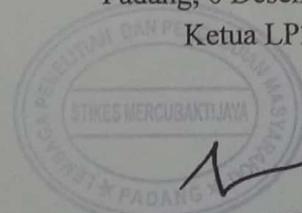
No	Nama	Jabatan
1	Rahmi Khalida, M.Pd	Ketua
2	Yuli Afmi Ropita Sari, M.Pd	Anggota

Untuk melaksanakan kegiatan penelitian dengan judul "**Studi Kasus Kemampuan Bahasa Bicara Klien Pasca Stroke dengan Dysarthria Unilateral Upper Motor Neuron**" yang akan dilaksanakan pada 20 Desember 2021-14 Januari 2022 di Kota Padang.

Demikianlah surat tugas ini dibuat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 6 Desember 2021

Ketua LP2M



Sunesni, SSiT, M. Biomed

NIDN. 1016037501

Tembusan Yth :

1. Ketua STIKes MERCUBAKTIJAYA Padang
2. Ka Prodi DIII Terapi Wicara STIKes MERCUBAKTIJAYA Padang
3. Arsip



STIKes MERCUBAKTIJAYA PADANG

Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LP2M)

Kampus : Jl. Jamal Jamil Pondok Kopi Siteba Padang, 25146 Telp. (0751) 442295 Fax. (0751) 442286

e-mail: stikesmercubaktijaya@yahoo.co.id, website : www.mercubaktijaya.ac.id

SURAT TUGAS

No.012/LPPM-MCB/I/2022

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sunesni, SSiT, M.Biomed
NIDN : 1016037501
Jabatan : Ketua LP2M STIKes MERCUBAKTIJAYA Padang

Menugaskan kepada tenaga dosen sebagai berikut:

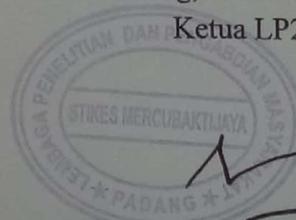
No	Nama	Jabatan
1	Rahmi Khalida, M.Pd	Ketua
2	Yuli Afmi Ropita Sari, M.Pd	Anggota

Untuk melaksanakan publikasi hasil penelitian dengan judul "**Studi Kasus Kemampuan Bahasa Bicara Klien Pasca Stroke dengan Dysarthria Unilateral Upper Motor Neuron**" di Repository STIKes MERCUBAKTIJAYA Padang untuk terbitan bulan Januari 2022.

Demikianlah surat tugas ini dibuat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 19 Januari 2022

Ketua LP2M



Sunesni, SSiT, M. Biomed

NIDN. 1016037501

Tembusan Yth :

1. Ketua STIKes MERCUBAKTIJAYA Padang
2. Ka Prodi DIII Terapi Wicara STIKes MERCUBAKTIJAYA Padang
3. Arsip