

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian tentang pengaruh *melodic intonation therapy* terhadap kemampuan bahasa(bicara) dan kemampuan fungsional komunikasi pada pasien stroke dengan afasia motorik dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Trenggalek pada bulan Juli sampai dengan Agustus 2018. RSUD dr. Soedomo Trenggalek merupakan salah satu Rumah sakit tipe C Soedomo. Berdiri sejak tahun 1931 dengan kelembagaan yang mengalami beberapa kali perubahan dan terakhir dengan keputusan bupati nomor 188.45/518/406.013/2010, rumah sakit ini diresmikan menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) milik pemerintah kabupaten Trenggalek. Rumah sakit ini beralamatkan di Jalan dr. Soetomo, nomor 2, Trenggalek, Jawa Timur, 66312. Visi dan misi RSUD dr. Soedomo

Trenggalek “ menjadi rumah sakit berstandar nasional pilihan masyarakat” dengan misi “ mewujudkan kualitas pelayanan paripurna yang prima dengan mengutamakan keselamatan dan kepuasan pasien, mewujudkan tata kelola rumah sakit yang profesional, akuntabel, dan transparan” (<http://rsud.trenggalekkab.go.id/>, 2018).

2. Analisis Univariante

a. Karakteristik responden

Responden dalam penelitian ini adalah pasien stroke yang mengalami afasia motorik di wilayah RSUD dr Soedomo Trenggalek. Responden terdiri dari pasien stroke fase akut (< 1 bulan pasca stroke) yang di rawat di ruang anggrek (rawat inap), fase sub akut (1 – 12 bulan pasca stroke) yang kontrol di poli, pasien fase kronis (> 1 tahun pasca stroke). Dokter penanggung jawab untuk terapi wicara di RSUD dr. Soedomo adalah Dokter spesialis syaraf dan bukan dokter rehabilitasi medis sehingga biaya terapi wicara di tanggung pribadi pasien. Populasi penderita afasia tidak bisa diketahui secara

keseluruhan karena tidak ada pelaporan khusus mengenai jumlah penderita afasia.

Responden yang memenuhi syarat kriteria inklusi dan bersedia berpartisipasi berjumlah 24 orang. Setelah pasien bersedia menjadi responden, peneliti memberi pilihan kertas kepada responden untuk menentukan kelompok intervensi dan kontrol. Kelompok intervensi berjumlah 12 orang, dan kelompok kontrol berjumlah 12 orang. Selama proses penelitian, terdapat 1 orang responden dari kelompok kontrol drop out karena penyebab afasia motorik dari pasien berdasar hasil CT Scan adalah disebabkan karena adanya tumor otak dan pasien harus di rujuk ke RS Saiful Anwar Malang.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data karakteristik responden meliputi, usia, jenis kelamin, pendidikan, frekuensi serangan stroke, dukungan keluarga, dan fase post stroke. Karakteristik tersebut dianalisis dengan distribusi frekuensi pada tabel 4.1 dibawah ini.

Tabel 4.1 Karakteristik responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke dengan afasia motorik di wilayah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Karakteristik	Kelompok intervensi (n = 12)		Kelompok kontrol (n = 11)		p value
	F	%	F	%	
Jenis kelamin					
Laki – laki	7	58,3	7	63,6	0,795
Perempuan	5	41,7	4	36,4	
Pendidikan					
Tidak sekolah	3	25	3	27,3	0,602
SD	5	41	4	36,4	
SMP	1	8,3	0	0	
SMA	2	16,7	4	36,4	
PERTI	1	8,3	0	0	
Fase stroke					
Akut	2	16,7	3	27,3	0,662
Sub akut	6	50	6	54,5	
Kronis	4	33,3	2	18,2	
Dukungan keluarga					
Ada	9	75	8	72,7	0,901
Tidak	3	25	3	27,3	
Usia					
43 – 60	2	16,7	4	26,1	0,517
61 – 70	8	66,7	5	56,5	
71 – 83	2	16,7	2	17,4	
Frekuensi serangan stroke					
stroke	8	66,6	9	81,8	0,711
1 kali	2	16,7	1	9,1	
2 kali	2	16,7	1	9,1	
3 kali					

Sumber data : Data primer, 2018

Berdasarkan tabel 4.1 dapat dilihat bahwa karakteristik responden pada kelompok intervensi adalah sebagian besar berjenis kelamin laki laki (7 orang)

dengan usia 61 – 70 tahun (8 orang), berpendidikan SD (5 orang). Sebagian besar responden berada pada fase stroke sub akut (6 orang) dan mengalami stroke serangan ke – 1 (8 orang) serta mendapatkan dukungan keluarga (9 orang).

Karakteristik responden di kelompok kontrol tidak jauh berbeda dari kelompok intervensi, hal ini dapat dilihat dari hasil uji beda dengan *chi square test* pada seluruh karakteristik responden dengan hasil *p value* > 0,05. Karakteristik responden pada kelompok kontrol tersebut adalah sebagian besar berjenis kelamin laki laki (7 orang) dengan usia 61 – 70 tahun (5 orang), berpendidikan SD dan SMA (masing –masing 4 orang). Sebagian besar responden berada pada fase stroke sub akut (6 orang) dan mengalami stroke serangan ke – 1 (9 orang) serta mendapatkan dukungan keluarga (8 orang).

Tabel 4.2 Uji homogenitas sebelum intervensi

Variabel	<i>p value</i>
Kemampuan Bahasa (bicara)	1,000
Kemampuan fungsional komunikasi	0,492

Hasil uji homogenitas dengan *levene test* didapatkan hasil *p value* > 0,05 yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna kemampuan bahasa (bicara) maupun kemampuan fungsional komunikasi pada kedua kelompok (homogen).

- b. Kemampuan bahasa (bicara) dan kemampuan fungsional komunikasi sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi dan kontrol.

Tabel 4.3 Uji perbedaan kemampuan bahasa (bicara) sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi dan kontrol

Kelompok	n	Pre		Post		<i>p value</i>
		Min – max	Mean ± SD	Min – max	Mean ± SD	
Intervensi	12	1 – 3	2,75 ± 0,62	2 – 4	3,33 ± 0,65	0,008
Kontrol	11	2 – 3	2,82 ± 0,40	2 – 4	3,00 ± 0,44	0,157

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa uji analisis dengan *wilcoxon test* didapatkan perbedaan rata – rata nilai kemampuan bahasa (bicara) pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah perlakuan. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan rata – rata nilai kemampuan bahasa (bicara) pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah perlakuan.

Tabel 4.4 Uji perbedaan kemampuan fungsional komunikasi sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi dan kontrol

Kelompok	n	Pre		Post		p value
		Min – max	Mean ± SD	Min – max	Mean ± SD	
Intervensi	12	4 – 18	11,17±3,76	5 – 20	13,92±4,52	0,000
Kontrol	11	4 – 14	10,18±2,89	6 – 17	11,82±3,06	0,015

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rata – rata nilai kemampuan fungsional komunikasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah perlakuan.

- c. Perbedaan kemampuan bahasa (bicara) dan kemampuan fungsional komunikasi setelah *Melodic Intonation Therapy* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Tabel 4.5 Perbedaan kemampuan bahasa (bicara) dan kemampuan fungsional komunikasi setelah *Melodic Intonation Therapy* antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol

Kelompok	Kemampuan bahasa (bicara)		p value	Kemampuan fungsional komunikasi		p value
	Min-max	Mean ± SD		Min-max	Mean ± SD	
Intervensi	2-4	3,33 ± 0,65	0,14	5-20	13,92 ± 4,52	0,20
Kontrol	2-4	3,00 ± 0,44		6-17	11,82 ± 3,06	

Kemampuan bahasa (bicara) setelah pemberian *Melodic Intonation Therapy* antara kelompok intervensi dan kontrol diuji menggunakan *mann whitney test* menunjukkan hasil tidak terdapat perbedaan yang signifikan kemampuan bahasa (bicara) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Kemampuan fungsional komunikasi setelah pemberian terapi *Melodic Intonation Therapy* antara kelompok intervensi dan kontrol diuji menggunakan *independent t-test* menunjukkan hasil tidak terdapat perbedaan yang signifikan kemampuan fungsional komunikasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

- d. Pengaruh *Melodic Intonation Therapy* terhadap kemampuan bahasa (bicara) antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Tabel 4.6 Pengaruh *Melodic Intonation Therapy* terhadap kemampuan bahasa (bicara) antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol

Kelompok	Δ kemampuan bahasa (bicara)		<i>p value</i>
	Min – max	Mean \pm SD	
Intervensi	0,00 – 1,00	0,58 \pm 0,51	0,054
Kontrol	0,00 – 1,00	0,18 \pm 0,40	

Rata – rata peningkatan kemampuan bahasa (bicara) pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol, namun hasil tersebut tidak bermakna secara statistik atau tidak ada pengaruh *Melodic Intonation Therapy* terhadap kemampuan bahasa (bicara) antara kelompok intervensi dan kontrol.

- e. Pengaruh *Melodic Intonation Therapy* terhadap kemampuan fungsional komunikasi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Tabel 4.7 Pengaruh *Melodic Intonation Therapy* terhadap kemampuan fungsional komunikasi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol

Kelompok	Δ kemampuan fungsional komunikasi		<i>p value</i>
	Min – max	Mean \pm SD	
Intervensi	1,00-7,00	2,75 \pm 1,86	0,08
Kontrol	-1,00-6,00	1,63 \pm 1,85	

Rata – rata peningkatan kemampuan fungsional komunikasi pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol, namun hasil tersebut tidak bermakna secara statistik atau tidak ada perbedaan yang bermakna peningkatan kemampuan fungsional komunikasi antara kelompok intervensi

dengan kelompok kontrol. Hal ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh *Melodic Intonation Therapy* terhadap kemampuan fungsional komunikasi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden di kelompok intervensi maupun kontrol berusia antara 61 – 70 tahun. Umumnya pasien dengan afasia lebih mungkin terjadi pada usia lebih tua dengan prevalensi yang besar pada usia lansia (Engelster *et al*, 2006). Kang *et al* (2010) menemukan tidak perbedaan antara jenis kelamin dan usia terhadap keparahan afasia.

Sebuah studi oleh Pickersgill & Lincoln (1983 dalam Friedman, 2004) menemukan bahwa pasien yang lebih muda dengan afasia lebih cepat membaik dari pasien yang lebih tua. Laska *et al*. (2001)

melaporkan bahwa usia yang lebih tua memiliki prediksi negatif untuk perbaikan. Pengaruh usia pada pemulihan afasia masih belum jelas, dengan kecenderungan untuk pasien yang lebih tua memiliki peluang pemulihan yang lebih buruk.

b. Jenis kelamin

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kelompok intervensi maupun kontrol berjenis kelamin laki – laki. Hal ini bertolak belakang dengan penelitian Kyoriz *et al.* (2009) yang menyatakan bahwa insiden afasia dilaporkan lebih tinggi di antara wanita, sementara Kang *et al* (2010) melaporkan tidak ada variasi jenis kelamin. Studi oleh Seniów *et al.* (2009) dan Godefroy *et al.* (2002) melaporkan tidak ada perbedaan jenis kelamin dalam pemulihan afasia, dan bahwa perbedaan jenis kelamin pada afasia tampaknya tidak mempengaruhi pemulihan afasia. Singkatnya ada bukti yang lemah dan tidak

meyakinkan bahwa gender memprediksi pemulihan fungsional dari afasia.

c. Pendidikan

Hasil Penelitian ini menunjukkan bahwa hampir setengah responden di kelompok intervensi berpendidikan SD sedangkan dikelompok kontrol terdapat 4 responden berpendidikan SD dan SMA yaitu 4 responden. Pasien yang memiliki pendidikan yang kurang akan rentan terhadap gangguan bahasa karena stroke (González-Fernández *et al.*, 2011). Seniów *et al.* (2009) melaporkan bahwa memori visuo-spasial utuh berkorelasi dengan peningkatan pemahaman yang lebih baik dan memberi nama / penamaan / *naming*. Penelitian lain melaporkan tidak ada pengaruh pencapaian pendidikan pada pemulihan afasia (Lazar *et al.*, 2008)

d. Fase post stroke

Sebagian besar fase stroke di kelompok intervensi berada pada fase sub akut. Penelitian yang dilakukan Meulen *et al.* (2014) terhadap 27 responden (16 responden kelompok intervensi dan 11 responden kelompok kontrol) dengan judul “The Efficacy and Timing of Melodic Intonation Therapy in Subacute Aphasia” menunjukkan hasil terhadap pasien afasia sub akut berat MIT sangat efektif terhadap pengulangan bahasa (produksi bahasa), komunikasi verbal dalam kelompok intervensi akan tetapi tidak signifikan terhadap kelompok kontrol.

Meulen *et al* (2016) melakukan penelitian kembali terhadap 17 responden (10 responden kelompok intervensi dan 7 responden kelompok kontrol) dengan judul “*Melodic Intonation Therapy in Chronic Aphasia: Evidence from a Pilot Randomized Controlled Trial*”, memiliki hasil signifikan 0,02 terhadap repetition pada kelompok intervensi, namun

tidak berpengaruh terhadap fungsional komunikasi, dan efek nya terbatas tidak seperti apabila dilaksanakan pada fase awal stroke.

e. Dukungan keluarga

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar mendapatkan dukungan keluarga pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Penelitian Amila (2012) menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan peningkatan aktivitas sosial dan kualitas hidup pasien stroke. Pada penderita stroke, dukungan keluarga sangat penting untuk menjaga dan memaksimalkan pemulihan fisik dan kognitif. Selain itu pemulihan fisik juga dapat dilakukan oleh pihak keluarga yang telah belajar dari tenaga kesehatan. Sumber dukungan yang paling sering diperoleh dari pasangan hidup, anggota keluarga, teman dekat, dan sanak saudara yang akrab dan memiliki hubungan yang harmonis. Jadi dukungan keluarga terhadap pasien stroke baik fase

akut maupun paska stroke sangat dibutuhkan untuk mencapai proses penyembuhan atau pemulihan (Kuntjoro, 2006 dalam Wurtiningsih, 2010).

f. Frekuensi serangan stroke

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa sebagian besar responden di kelompok intervensi dan kelompok kontrol mengalami stroke serangan ke – 1. Menurut Laska *et al.* (2001) dalam penelitiannya dari 36 responden penelitian afasia pasca stroke, 6 responden tersebut adalah pasien stroke berulang dengan afasia, 30 responden mengalami afasia untuk pertama kalinya. Hasil penelitian yang sama juga dikemukakan oleh Amila (2012) dengan hasil bahwa sebagian besar responden memiliki jumlah serangan strok satu kali sebanyak 11 orang (52,38%).

2. Kemampuan bahasa (bicara) setelah *melodic intonation therapy*

Hasil uji statistik menggunakan *mann whitney test* menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh *Melodic Intonation Therapy* terhadap kemampuan bahasa (bicara) antara kelompok intervensi dan kontrol. Hasil uji statistik ini tidak menjawab hipotesa penelitian ini bahwa tidak ada pengaruh *melodic intonation therapy* terhadap kemampuan bahasa (bicara) pada pasien stroke dengan afasia motorik.

Secara teoritis pasien stroke dengan afasia motorik mengalami gangguan di hemisfer dominan di lobus frontalis dan diarea ini terdapat area broca yaitu di area operkulum frontal (area brodman 45 dan 44) dan massa alba frontal dalam (tidak meliputi area korteks motorik bawah dan massa alba preventrikuler tengah). Pasien tersebut akan menunjukkan kesulitan dalam menyusun pikiran, perasaan, dan kemauan menjadi sebuah simbol yang bermakna dan yang dapat difahami orang lain. Pasien akan tidak lancar dalam berbicara lisan, terjeda/ terputus –

putus dan orang lain sering tidak akan dapat mengerti. Kalimat pembicaraan pendek dan monoton. Pasien akan sering mengucapkan kata benda dan kata kerja dan tidak menggunakan *grammar*. Pasien mampu memahami dan menginterpretasi stimulus yang diberikan, namun mengalami kesulitan dalam mengekspresikan. Pasien juga akan susah dalam penulisan, mengulang dan membaca (Lumbantobing, 2011).

Pemberian *Melodic Intonation Therapy* yang secara teori menyatakan bahwa teknik MIT dilakukan berdasarkan pengamatan bahwa orang dengan afasia mampu menyanyikan lagu-lagu yang akrab didengarnya ketika sebelum terserang stroke (Schlaug *et al.*, 2011). Fungsi otak hemisfer kanan yang terlibat dalam pemrosesan musik bisa mengambil alih daerah homolog yang rusak dari hemisfer kiri jika mereka distimulasi dengan baik. Gangguan di bagian otak dominan (hemisfer kiri pada orang tidak kidal) yang berfungsi dalam berbicara, menulis, dan berfikir dengan tetap normalnya pada bagian otak non dominan

(hemisfer kanan) yang meliputi kemampuan visual spasial, seni, melodi, dan kreatifitas (Sparks *et al.*,1974 dalam Zumbansen *et al*, 2014). Pemberian stimulus di hemisfer non dominan dengan menggunakan melodi dapat memaksimalkan plastisitas otak (Kusumoputro, 2013)

Penelitian terdahulu tentang *Melodic Intonation Therapy* (MIT) telah memberikan gambaran mengenai pengaruh MIT terhadap kemampuan bahasa pada pasien stroke dengan afasia motorik. Menurut penelitian Meulen *et al.* (2014) menggunakan MIT dan hasil penelitiannya menunjukkan hasil yang signifikan pada *language repetition* pada kelompok intervensi setelah pemberian MIT selama 6 minggu (5 jam / minggu). Penelitian lain dari Zumbansen *et al.* (2014) menunjukkan hasil bahwa kombinasi ritme dan tekanan pada *melodic intonation therapy* meningkatkan akurasi bicara setelah pemberian terapi selama 6 minggu (3 x per minggu).

Beberapa penelitian tersebut menunjukkan variasi dari intensitas dan lamanya latihan. Terapi yang intensif dimulai pada fase lebih awal dapat mempengaruhi kemampuan bahasa pasien. Seperti halnya yang sudah dijelaskan oleh Meulen *et al.* (2016) bahwa pelaksanaan terapi / latihan lebih efektif dilakukan pada fase lebih awal setelah stroke. Fase post stroke latihan dapat dihubungkan dengan durasi pemulihan bicara. Hal ini juga dipengaruhi oleh golden periode dari pemulihan paska stroke. Golden periode dalam penelitian Cramer (2008) meneliti pada periode subakut setelah serangan. Periode sekitar tiga bulan pertama setelah stroke dianggap sebagai *golden periode* untuk eksogen terapi restoratif karena merevitalisasi endogen. Hal ini berkaitan dengan peristiwa pemulihan, neuroplastisitas, dan reorganisasi fungsional sangat diaktifkan dalam sistem saraf pusat selama periode ini (Cramer, 2008). Studi telah ditunjukkan bahwa rehabilitasi awal menginduksi efek yang lebih baik dan bahwa sebagian besar peningkatan terlihat dalam 3 bulan pertama

setelah terjadinya stroke (Cramer, 2008). Belum ada kasus efek samping yang serius setelah RTM di banyak penelitian sebelumnya pada pasien pasca stroke (Grefkes *et al.*, 2010), dan tidak ada efek samping seperti sakit kepala atau kejang yang diamati dalam penelitian ini. Dengan demikian, untuk terapi gabungan untuk menghasilkan efek maksimal, rTMS kontralateral frekuensi rendah mungkin harus dimulai dalam periode 3 bulan pertama.

Penelitian lain dari Bathier (2005), penyembuhan spontan menunjukkan pemulihan bicara tercepat selama dua atau tiga bulan dan puncaknya terjadi setelah satu tahun. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Laska *et al.* (2007) penyembuhan bicara tercepat terjadi dalam bulan pertama setelah pasca strok. Hasil penelitian ini sejalan dengan Powlawsky *et al.* (2010), bahwa sekitar 40% penyembuhan komplit afasia atau hampir komplit terjadi dalam satu tahun setelah strok tetapi sekitar 60% penyembuhan yang terjadi tidak lengkap (Salter *et al.*, 2005).

Beberapa penjelasan diatas tadi dapat disimpulkan bahwa penelitian ini tidak signifikan dapat disebabkan karena terapi yang lebih singkat dari sebelumnya. Meskipun menurut *American Aphasia Association* (1994) dalam Zumbansen (2014) mengatakan bahwa terapi dapat dilakukan selama 3 – 6 minggu, tetapi terapi MIT lebih efektif dan signifikan memberikan efek terhadap kemampuan bahasa terjadi dalam 6 minggu pelaksanaan terapi. Selain itu tidak ada persamaan karakteristik responden mengenai fase post stroke di dalam kriteria inklusi.

Meskipun tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kemampuan bahasa (bicara) setelah pemberian *melodic intonation therapy* tetapi uji analisis dengan *wilcoxon test* didapatkan perbedaan rata – rata nilai kemampuan bahasa (bicara) pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah perlakuan. Secara keseluruhan, pasien menunjukkan perbedaan kemampuan bahasa (bicara) sebelum dan sesudah pelaksanaan terapi.

3. Pengaruh pemberian *Melodic Intonation Therapy* terhadap kemampuan fungsional komunikasi pada pasien stroke dengan afasia motorik

Hasil penelitian *melodic intonation therapy* terhadap kemampuan fungsional komunikasi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan menggunakan uji *Mann Whitney* menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antar kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Menurut Musdalifah (2010) pemulihan berbahasa sehingga berpengaruh terhadap kemampuan fungsional komunikasi pada pasien afasia dapat berkaitan erat dengan efektifitas terapi yang diterapkan. Intensitas terapi merupakan salah satu penilaian dari efektifitas terapi tersebut. Terapi standar yang dilaksanakan di United Kingdom adalah terapi afasia dilaksanakan 2 kali tiap minggu (1 jam per sesi) (Greener *et al.*, 2001). Terapi intensif adalah terapi yang dilaksanakan selama 5 jam tiap minggu seperti halnya yang dilakukan penelitian sebelumnya (Meulen *et al.*, 2016).

Pemulihan bahasa – wicara terhadap kemampuan fungsional komunikasi pada pasien stroke dengan afasia motorik dapat dipengaruhi beberapa faktor, antara lain keparahan afasia, umur dan laterasi. Luas cedera yang kemungkinan berkaitan dengan efek tambahan seperti gangguan visual, motoris, auditif, gangguan daya ingat dan gangguan emosional (Kusumoputro, 1992 dalam Amila, 2012). Selain faktor – faktor tersebut terdapat faktor pengambilan subjek yang relatif kecil yaitu 23 responden yang terdiri dari 12 kelompok intervensi dan 11 kelompok kontrol. Hal ini didukung oleh pernyataan Musdalifah (2010) dalam studi metaanalisisnya terhadap intensitas terapi pada pemulihan bahasa Afasia bahwa banyak studi yang dianggap tidak kuat karena ukuran sampel yang kecil, dengan responden terbesar dilakukan oleh Bakheit *et al.* (2007) dengan 309 pasien namun hanya 70 pasien yang menerima terapi secara konsisten.

Seperti halnya variabel kemampuan bahasa (bicara), variabel kemampuan fungsional komunikasi juga

menunjukkan hasil yang tidak signifikan. Berdasarkan penjelasan di atas dapat disebabkan karena terapi yang lebih singkat dari sebelumnya, tidak ada persamaan karakteristik responden mengenai fase post stroke di dalam kriteria inklusi. Terdapat juga penyebab keparahan afasia yang tidak seragam, umur, laerasi, serta luas cedera yang kemungkinan berkaitan dengan efek tambahan seperti gangguan visual, motoris, auditif, gangguan daya ingat dan gangguan emosional serta faktor pengambilan subjek yang relatif kecil.

Meskipun tidak terdapat pengaruh yang signifikan, tetapi terdapat peningkatan peningkatan rata – rata kemampuan fungsional komunikasi pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah perlakuan. Responden tersebut mampu menggunakan komunikasi nonverbal mampu menunjukkan perubahan dengan isyarat dan menunjuk sesuai arahan terapis dan peneliti. Pasien tersebut dapat merespon salam yang disampaikan melalui

ekspresi wajah dan dapat berinteraksi dengan peneliti meskipun sebentar.

4. Implikasi Keperawatan terhadap pasien stroke dengan afasia motorik dalam pemberian *melodic intonation therapy*

Menurut Kourkouta *and* Papathanasiou (2014) keperawatan sebagai ilmu perawatan kesehatan yang berfokus pada melayani kebutuhan manusia sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual. Komunikasi yang didalamnya mengandung bahasa merupakan elemen penting dalam keperawatan di semua bidang kegiatan dan dalam semua intervensi seperti pencegahan, pengobatan, terapi, rehabilitasi, pendidikan dan promosi kesehatan (Fakhr-Movahedi *et al.*, 2011). Henderson dalam 14 kebutuhan dasar manusia menjelaskan bahwa berkomunikasi dengan orang lain untuk mengungkapkan perasaan, kebutuhan, kekhawatiran, dan pendapat (Alligood, 2016) yang merujuk pada komunikasi memerlukan adanya pemahaman, interaksi, dan ekspresi (Derby *et al.*, 1997 dalam Amila,

2012). Komunikasi fungsional mengacu pada kemampuan untuk menerima atau ke menyampaikan pesan, terlepas dari modanya, untuk berkomunikasi secara efektif dan mandiri dalam suatu lingkungan (Frattali *et al.*, 1995 dalam Amila, 2012).

Individu dengan afasia telah terbukti menggunakan isyarat dari lingkungan mereka untuk membantu pemahaman dan ekspresi dalam kemampuan fungsional komunikasi. Fungsi perawat tidak hanya saja pemberi asuhan keperawatan terhadap pasien namun juga menjembatani pasien untuk mendapatkan penatalaksanaan maksimal dari seluruh tenaga kesehatan, dalam kasus ini adalah terapis wicara. Sehingga, perlu adanya kolaborasi antara terapis wicara dan perawat untuk meningkatkan intensitas dan latihan bahasa bicaranya, yang dapat meningkatkan kualitas perawatan (Poslawsky, Schuurmans, Lindeman, & Hafsteinsdóttir, 2010).

Perawat dalam fase rehabilitasi selain menjadi kolaborator adalah sebagai educator. Perawat memberi

pengetahuan tentang perawatan dan pelaksanaan terapi kepada pasien dan keluarga. Perawat memberi edukasi dan memaksimalkan upaya perawatan diri / *self care* sehingga pasien tidak akan tergantung dengan tenaga *speech therapist* ataupun perawat (Engman & Lundgren, 2009). Perawat memberikan pendidikan tentang pentingnya partisipasi pasien dan keluarga secara optimal untuk rehabilitasi pasien setelah stroke untuk memaksimalkan kemampuan pasien (Pryor & O'Connell, 2009).

Perawat meningkatkan peran keluarga untuk mendukung pasien untuk meningkatkan kemampuan bahasa dan kemampuan fungsional komunikasi sehingga meningkatkan dapat meningkatkan kualitas hidup. keluarga diharapkan dapat memberikan dukungan dalam upaya rehabilitasi pasien stroke dengan afasia, meliputi memberikan harapan yang positif, memelihara komunikasi dengan pasien afasia, memberikan informasi yang positif didapatkan dari *speech therapist*, dokter, maupun perawat (Howe et al., 2012).

C. Keterbatasan penelitian

1 Kelebihan

- a. Penelitian tentang *melodic intonation therapy* di Indonesia belum pernah dilaksanakan pada pasien stroke dengan afasia motorik dengan output kemampuan bahasa (bicara) dan kemampuan fungsional komunikasi.

2 Kekurangan

1. Standart operasional pelaksanaan *melodic intonation therapy* yang masih bersumber pada buku dan video luar negeri, namun sudah divalidasi oleh spesialis terapist wicara dari RSUP dr. Sardjito Yogyakarta.
2. Keterbatasan dalam jumlah responden, sehingga sangat diharapkan penelitian selanjutnya dengan responden lebih banyak sehingga hasil penelitian lebih bervariasi.
3. Penelitian belum spesifik dalam fase stroke, belum dibedakan pelaksanaan terapi pada setiap fase.
4. Persiapan pelaksanaan terapi kepada pasien meliputi waktu, lingkungan / ruangan, belum diseragamkan.