

ISSN 0126 - 351X

LENSA BUDAYA

Volume 5 Nomor 1, April 2010

Tradisi Shamanisme dalam Pertunjukan Seni Tradisional Korea
Kim Jang-Gyem

Sastra Anak dalam Persimpangan
Fathu Rahman
La galigo

Episode Cinta Terlarang Sawerigading Kepada Wē Tenriabēng:
Tinjauan Kritik Sastra Feminis
Basiah

Filologi dalam Penelitian Sastra Lisan:
Studi Kasus pada Sastra Lisan *Sinrilik* Makassar
Inriati lewa

Dari Singgasana Ke Singgasini: Artikulasi dalam Praksis
Andi Faisal

Drama “I Tolok” karya Rahman Arge
dan Perkembangan Sastra Drama/Teater Indonesia
Ridwan Effendy

Penguasaan Modalitas Bahasa dalam Pembentukan Kata oleh Penderita
Afasia Tidak Lancar
Ikhwan M. Said

Kebudayaan menurut Koentjaraningrat, Ward Goodenough,
Heddy Shri Ahimsa-Putra: Sebuah Perbandingan dan Alternatif
Ilham

JURNAL ILMU-ILMU BUDAYA

JOURNAL OF CULTURAL SCIENCES

LENSA BUDAYA

ISSN: 0126-351X
Volume 5 Nomor 1, April 2010

LENSA BUDAYA merupakan jurnal ilmiah Fakultas Ilmu Budaya Universitas Hasanuddin sebagai media komunikasi guna menyebarluaskan pemikiran dan hasil penelitian ilmu-ilmu budaya. LENSABUDAYA diterbitkan pertama kali pada tahun 2006, terbit 3 kali setahun dengan edisi April, Agustus, dan Desember.

PENGELOLA JURNAL LENSABUDAYA

Pembina:

Prof. Dr. Idrus A. Paturusi

Penanggung Jawab:

Prof. Dr. A. Rasyid Asba, M.A.

Ketua Dewan Redaksi:

Prof. Drs. Burhanuddin Arafah, M.Hum., Ph.D.

Anggota Redaksi:

Prof. Dr. Yumi Sugahara (Tanri University, Japan), Dr. Erwiza Erman, M.A. (LIPI)
Prof. Chun Tai Hyun (Hankuk University of Foreign Studies (HUFS), South Korea)
Prof. Dr. C. Bakdi Soemanto, SU. (UGM), Prof. Dr. M. Amin Rasyid, M.S. (UNM)
Prof. Dr. Heddy Shri Ahimsa-Putra (UGM), Prof. Dr. Sumarwati K. Poli, M.Litt. (UNHAS)
Dr. Edward Poelinggomang (UNHAS), Prof. Dr. Najmuddin Abd. Safa, M.A. (UNHAS)
Prof. Dr. Sien Daud Laratu, M.S. (UNTAD), Prof. Dr. Tadjuddin Maknun, S.U. (UNHAS)
Drs. Stanislaus Sandarupa, M.A., Ph.D. (UNHAS), Dr. Ery Iswary, M.Hum. (UNHAS)

Editor Pelaksana:

Drs. Hasbullah, M.Hum, Fierenziana G. Junus, S.S., M.Hum., Wahyuddin, S.S.
Andi Akhmar, S.S., M.Hum., Andi Faisal, S.S., M.Hum., Abd. Rahman Hamid., M.Si.
Dra. Prasuri Kuswarini, M.A., Ilham, S.S., M.Hum.

Pelaksana Tata Usaha:

Drs. M. Amir P., M.Hum., H. Baharuddin, S.Sos., Joni Sulu,

Alamat Penerbit / Redaksi:

Fakultas Ilmu Budaya Universitas Hasanuddin
Jl. Perintis Kemerdekaan Kampus Tamalanrea Km. 10 Makassar 90245
Telp. (+62411) 587223, Fax. (+62411) 587223
E-mail: lensabudaya@yahoo.com

Jurnal LENSABUDAYA mengundang para pemikir, civitas akademika, serta penggiat masalah sosial kemasyarakatan untuk menulis artikel ilmiah yang berkaitan dengan wilayah kajian BUDAYA. Naskah yang masuk disunting oleh dewan redaksi. Dewan redaksi berhak melakukan perubahan/suntingan tanpa mengubah isinya.

LENSA BUDAYA

JUNAL ILMU-ILMU BUDAYA

KATA PENGANTAR

Ragam wacana kebudayaan tak hentinya diketengahkan kepada pembaca Lensa Budaya. Pada volume 5 nomor 1, April 2010, redaksi kembali menyuguhkan tujuh artikel terpilih yang berfokus pada kajian kebudayaan dan paradigma penelitian kebudayaan. Artikel pertama dari Kim Jang-Gyem tentang tradisi Shamanisme dalam pertunjukan seni tradisional Korea. Pertunjukan ini berkaitan erat dengan ritual shamanistik, yang dilakukan oleh masyarakatnya untuk meminta perlindungan dan rezeki atas usaha dan kehidupannya. Jang-Gyem berhasil menyingkap indikasi struktur masyarakat yang direfleksikan lewat tarian-tariannya. Singkatnya, media ini dapat membantu kita memahami nilai-nilai dan norma-norma masyarakat Korea.

Artikel kedua dari Fathu Rahman membahas mengenai sastra anak yang kini menurutnya berada pada persimpangan, ditengah derap media elektronik yang begitu akrab dan diminati oleh anak-anak. Selain itu, juga karena maraknya sastra anak terjemahan dan saduran yang mendominasi pasar. Selanjutnya, Basih pada bagian ketiga menulis episode cinta terlarang Sawerigading kepada We Tenriabeng dalam naskah La Gaaligo, menggunakan perspektif feminis. Dengan perspektif ini terungkap, antara lain potensi, peran, dan posisi perempuan dalam kaitannya dengan nilai-nilai budaya Bugis *pangngadereng*. Masih dalam konteks budaya lokal, Irianti Lewa mengulas tentang sastra lisan *Sinrilik* Makassar dalam kerangka studi (teori dan metode) filologi. Melalui sastra lisan ini dapat dijajaki dan dipelajari aspek-aspek kehidupan masyarakat Sulawesi Selatan, khususnya Makassar, yang selama ini membentuk pikiran, nilai, dan perilaku mereka.

Tulisan Andi Faisal menyoroti tentang artikulasi dalam praksis, dengan fokus analisis teradap hotel Singgasana dan warung Singgasini di Kota Makassar. Pembacaan artikulasinya memperlihatkan adanya berbagai kepentingan dan pertarungan ideologis dalam ranah kebudayaan, juga hegemoni kapitalisme bekerja dalam kehidupan masyarakat.

Ridwan Effendy menulis drama *I Tolok* karya Rahman Arge dan perkembangan sastra drama Indonesia. Selain mengangkat cerita *sinrilik*, drama ini juga mengandung unsur-unsur kesenian tradisional Bugis-Makassar. Bahkan, berbicara tentang kekuasaan sebagai suatu realitas di tengah kehidupan manusia. Dengan menggunakan pendekatan hubungan antarteks, karya ini diidentifikasi sebagai drama post-modern Indonesia, atau dengan kata lain tampil sebagai reaksi atas drama modern yang berlandaskan realisme Barat.

Masalah penguasaan modalitas bahasa dalam pembentukan kata oleh penderita afasia tidak lancar menjadi fokus artikel Ikhwan M. Said. Tiga aspek modalitas bahasa yang menjadi fokus analisisnya adalah berbicara spontan, menamai, dan memahami. Menurutnya, kompetensi penderita afasia tersebut dalam pembentukan kata berkembang secara periodik, dan kebanyakan dari mereka hingga tahap ketiga terganggu.

Artikel terakhir dari Ilham tentang konsep kebudayaan menurut Koentjaraningrat, Ward Goodenough, dan Heddy Shri Ahimsa-Putra. Ketiganya mendasarkan paradigmanya dalam membaca fenomena-fenomena budaya dari pengalaman penelitiannya. Menurut penulisnya, Ahimsa-Putra menyuguhkan paradigma alternatif dalam penelitian kebudayaan, yang dapat digunakan pada kajian-kajian sejarah.

Redaksi menanti buah pena Anda untuk meramaikan wacana budaya guna menghasilkan berbagai pemikiran dan paradigma kebudayaan. Akhir kata, partisipasi anda menentukan masa depan kebudayaan dan kajian kebudayaan, dan tentunya pilihan medianya adalah Lensa Budaya.

Redaksi

LENSA BUDAYA

Jurnal Fakultas Ilmu Budaya Universitas Hasanuddin

ISSN 0126 - 351X

VOLUME 5 Nomor 1, April 2010

DAFTAR ISI

Tradisi Shamanisme dalam Pertunjukan Seni Tradisional Korea <i>Kim Jang-Gyem</i>	1
Sastra Anak dalam Persimpangan <i>Fathu Rahman</i>	11
La galigo Episode Cinta Terlarang Sawerigading Kepada Wē Tenriabēng: Tinjauan Kritik Sastra Feminis <i>Basiah</i>	22
Filologi dalam Penelitian Sastra Lisan: Studi Kasus pada Sastra Lisan <i>Sinrilik</i> Makassar <i>Inriati lewa</i>	37
Dari Singgasana Ke Singgasini: Artikulasi dalam Praksis <i>Andi Faisal</i>	50
Drama “I Tolok” karya Rahman Arge dan Perkembangan Sastra Drama/Teater Indonesia <i>Ridwan Effendy</i>	57
Penguasaan Modalitas Bahasa dalam Pembentukan Kata oleh Penderita Afasia Tidak Lancar <i>Ikhwan M. Said</i>	69
Kebudayaan menurut Koentjaraningrat, Ward Goodenough, Heddy Shri Ahimsa-Putra: Sebuah Perbandingan dan Alternatif <i>Ilham</i>	81

PENGUASAAN MODALITAS BAHASA DALAM PEMBENTUKAN KATA OLEH PENDERITA AFASIA TIDAK LANCAR

Ikhwan M. Said¹

ABSTRACT

This article aims to reveal the development of three competencies: spontaneous speaking, naming, and comprehension out of six language modalities in the formation of words by the non-fluent aphasia sufferers. The research uses descriptive analytical survey by apply Kohort method. It was carried out in Makassar (at several educational hospitals). Thirty informants meeting the criteria were selected for the research. The data were quantitatively analysed with SPSS V15.0 and followed by qualitative analysis.

The result shows that spontaneous speaking competency, naming, and comprehension in the level of word formation by the non-fluent aphasia sufferers have improved from time to time. Most of them reach Stage 3 falling into Category 3 (Affected) out of five.

Key Words: *Aphasia, competencies, modality*

INTISARI

Artikel ini bertujuan mengungkap perkembangan tingkat kompetensi terhadap tiga dari enam modalitas bahasa (berbicara spontan, menamai, dan memahami) dalam pembentukan kata oleh penderita afasia tidak lancar. Metode penelitian yang digunakan adalah metode survei deskriptif analitik dengan menggunakan metode *kohort*. Penelitian berlokasi di Makassar (beberapa rumah sakit pendidikan). Sebanyak 30 orang informan ditetapkan sebagai sampel. Data dianalisis secara kuantitatif melalui Program SPSS V15,0 dan dilanjutkan secara kualitatif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kompetensi berbicara spontan, menamai, dan memahami dalam tingkat pembentukan kata oleh penderita afasia tidak lancar mengalami perkembangan waktu ke waktu (tahap ke tahap). Kebanyakan mereka hingga Tahap 3 dapat mencapai Kategori 3 (terganggu) dari lima kategori yang ditetapkan.

Kata Kunci: *Afasia, kompetensi, modalitas*

PENDAHULUAN

Bahasa adalah fungsi luhur yang paling utama bagi manusia selain fungsi daya mengingat, persepsi, kognisi, dan emosi. Kerusakan atau kelainan di otak dapat menimbulkan gangguan kemampuan berbahasa yang disebut afasia. Afasia adalah gangguan kemampuan berbahasa seseorang (baik lisan maupun tulis) yang disebabkan oleh gangguan atau kerusakan di otak (Kusumoputro, 1999:22). Kerusakan otak itu sendiri dapat disebabkan oleh berbagai macam penyakit, tetapi yang paling sering oleh penyakit gangguan peredaran darah di otak dan cedera otak (strok dan trauma)

¹ Staf Pengajar Jurusan Sastra Indonesia, Universitas Hasanuddin, Makassar. E-mail: ionesaid@gmail.com

(Yunus, 1999:3).

Masih terbatasnya perhatian orang terhadap afasia (khususnya di Indonesia) menjadi salah satu alasan ketertarikan penulis untuk mengkajinya. Alasan lain, penulis tertarik juga dengan gaya berbicara para penderita strok yang tampilan fisiologisnya berbeda dengan orang-orang normal. Seringkali orang mengira mereka mengalami gangguan kejiwaan, padahal menderita afasia. Untuk pengkajian ini penulis hanya terfokus pada penderita afasia yang disebabkan oleh strok, khususnya strok iskemik (*nonhemorrhagic stroke = NHS*). Afasia yang terjadi pada mereka lebih disebabkan oleh adanya penyumbatan pada pembuluh darah sehingga penyaluran darah ke otak mengalami gangguan. Dengan kata lain, mereka akan mengalami gangguan berbahasa.

Dari pengamatan langsung penulis selama kurang lebih enam bulan di tiga rumah sakit di Kota Makassar sebagai lokasi penelitian diketahui jumlah penderita strok rata-rata 200 orang/bulan. Sekitar 12 hingga 15% dari mereka itu dapat mengalami afasia, suatu jumlah yang dapat dikatakan cukup besar.

Afasia dapat diklasifikasikan ke dalam berbagai jenis menurut sudut pandang yang berbeda-beda. Untuk kepentingan kajian ini, penulis mengacu kepada penggolongan afasia berdasarkan tingkat kelancaran verbal yang membedakan afasia lancar dan afasia tidak lancar (*fluent aphasia and nonfluent aphasia*) (Poerwadi, 1999:17). Di antara kedua jenis afasia tersebut, terpilih jenis afasia tidak lancar sebagai objek kajian.

Sejumlah hal menarik dapat kita kaji melalui tuturan verbal para penderita afasia. Salah satu di antaranya adalah tingkat kelancaran verbal yang sekaligus menjadi permasalahan yang ingin dibahas di sini. Untuk mengkaji secara mendalam tentang tingkat kelancaran verbal mereka (termasuk penetapan jenis afasia apa yang diderita seseorang), peranan keenam modalitas bahasa (yaitu berbicara spontan, menamai, memahami, mengulang, membaca, dan menulis) tak dapat diabaikan. Hal ini dirasa perlu untuk segera diungkap sehingga penulis memformulasikan judul tulisan ini menjadi "*Penguasaan Modalitas bahasa dalam Pembentukan Kata oleh Penderita Afasia: Suatu Kajian Rintis Neurolinguistik*". Dari judul ini diharapkan dapat menjawab pertanyaan "Bagaimana tingkat kompetensi modalitas bahasa dalam pembentukan kata oleh penderita afasia?" Tiga dari enam modalitas bahasa (yaitu **berbicara spontan**, **menamai**, dan **memahami**) menjadi tujuan yang hendak dicapai pada kesempatan ini.

TINJAUAN TEORI

A R. Jakobson (1971) mengatakan bahwa ahli bahasa harus bertanggung jawab dan sepatutnya mempunyai peranan dalam penyelidikan afasia. Penemuan kekeliruan berbahasa pada afasia akan memberikan pandangan baru terhadap kaidah bahasa secara umum terutama oleh linguist dan neurolog.

Ada beberapa kajian yang perlu dikemukakan berkaitan dengan penyelidikan yang akan dilakukan. Salah satu di antaranya adalah J.I. Cummings. Cummings (1985:8) mengatakan bahwa afasia merupakan gangguan semua kemampuan bertutur, yaitu: (1) gangguan pertuturan dan pengenalan simbol, (2) kehilangan kemampuan membuat, menyatakan, dan menghasilkan perkataan, (3) gangguan membaca dan menulis, (4) bukan merupakan gangguan mekanisme neuromuskuler

tuturan, misalnya disartria (cadel), dan (5) bukan gangguan intelektual, misalnya demensia.

Dalam sumber yang sama, dikemukakan pula bahwa beliau telah melakukan penyelidikan secara neurologis untuk menetapkan adanya gangguan peredaran darah di otak melalui pendekatan afasiologi. Penyelidikannya tersebut didasarkan atas sindromologi pemeriksaan afasia, yaitu dengan mengkaji berbagai kemampuan pertuturan yang sudah dikelompokkan. Kemampuan yang dimaksudnya mencakup pertuturan spontan, pengertian pendengaran, pengulangan, penamaan, membaca, dan menulis (Cummings, 1985:13). Lebih lanjut, beliau menyatakan bahwa sindrom afasia dapat menentukan letak gangguan di otak, yaitu dengan mengkaji tanda atau gejala yang disebabkan oleh penyakit atau kelainan. Adanya sindrom afasia pada seseorang penderita menunjukkan suatu gangguan di hemisfer otak kiri yang secara fisik banyak berkaitan dengan adanya kecekatan tangan kanan (*righthander*).

Pengkaji lain yang perlu dikemukakan ialah Susan E. Kohn. Selain mengkhususkan perhatian kepada aspek fonologi para penderita afasia, ada pernyataan penting dari Kohn yang dapat dijadikan dasar penyelidikan ini, yaitu “tidak semua maksud dapat dikenali pada pertuturan spontan, banyak pertuturan yang dapat dikumpulkan tetapi banyak yang tidak logik” (Sastra, 2005:80).

Selain kedua pakar di atas, ada satu tinjauan yang patut dikemukakan, yakni Sheila E. Blumstein. Ia telah menyelidiki dan menjelaskan berbagai perkara yang berkaitan dengan afasia. Di samping melakukan penyelidikan yang terfokus pada bidang fonologi seperti halnya Kohn, ia juga memperkuat temuan Lecours dkk (1971). Blumstein telah menyelidiki pula tentang pertuturan para penderita afasia yang dirangkumnya dalam “Neurolinguistics: An Overview of Language – Brain” (1994). Berkaitan dengan penyelidikan ini, temuan Blumstein tentang pertuturan, khususnya mengenai pembentukan kata juga dapat menjadi dasar acuan. Blumstein mengatakan bahwa penderita afasia masih mampu menghasilkan kata-kata tunggal bermakna walaupun tidak sefrekwentatif kata-kata jargon (leksikon yang tidak bermakna) (Blumstein, 1994:19).

METODE PENELITIAN

Penelitian dilaksanakan secara **survei deskriptif analitik** melalui metode kohort (*cohort*), yaitu metode penelitian epidemologik yang digunakan untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dan efek, dengan model pendekatan longitudinal ke depan, pendekatan prospektif (Pratiknya, 2003:184). Melalui pendekatan ini, penulis dapat mengetahui tingkat perkembangan kompetensi ketiga modalitas bahasa oleh penderita afasia tidak lancar.

Secara keseluruhan penelitian ini mengambil lokasi Kota Makassar. Secara khusus dilakukan di tiga rumah sakit (RS. Wahidin Sudirohusodo, RS Labuang Baji, dan RS Pusat Stok Dadi). Waktu pelaksanaannya enam bulan (Februari s.d. Juli 2009). Sebanyak 30 orang informan menjadi sampel penelitian yang harus memenuhi kriteria Inklusi (positif strok iskemik, positif afasia tidak lancar, berjenis kelamin lelaki dan perempuan, berusia 35 s.d. 75 tahun, menyatakan tidak berkeberatan disertakan dalam penelitian, dan dapat berbahasa Indonesia). Penentuan sampel dilakukan dengan teknik purposif atau *emergent* ‘mencuat’ (Alwasilah, 2003:72) dengan rasio yang cukup proposional.

Terhadap ke-30 sampel tersebut dilakukan pengambilan data secara bertahap masing-masing

tiga kali. Tahap 1 adalah masa akut (yaitu 14 hari terhitung sejak serangan strok). Tahap 2 adalah satu minggu pascaakut. Untuk Tahap 3 dilakukan satu bulan setelah Tahap 2.

Penggunaan teknik interview (wawancara) tak terstruktur dan instrumen menjadi pilihan dalam pengumpulan data di samping teknik elisitasi (pemancingan). Selain itu, teknik perekaman akan sering digunakan secara bersamaan dengan tujuan pada saat pengolahan datanya masih dapat didengar kembali tuturan mereka.

Data yang telah diperoleh diberikan skor melalui dua bentuk; (1) skor kasar yaitu jumlah poin yang diperoleh penderita (0 – 10) dan (2) skor norma, yaitu skor yang memberi ukuran penilaian perkembangan kompetensi dengan merujuk ke Tes TADIR yakni dengan menggunakan 5 angka seperti berikut:

Kategori 1 = tidak mungkin (sama sekali tidak ada kemampuan bertutur = tak ada kompetensi) (0 poin)

Kategori 2 = sangat terganggu (1 – 3 poin)

Kategori 3 = terganggu (4 – 6 poin)

Kategori 4 = sedikit/agak terganggu (7 – 9 poin)

Kategori 5 = normal (10 poin)

Semua data yang diperoleh dianalisis secara kuantitatif dan kualitatif. Semua analisis dilakukan dengan menggunakan Program SPSS versi 15,0. Setelah selesai analisis kuantitatif, interpretasi segera dilakukan sebagai wujud analisis kualitatif. Untuk mengkaji dan menganalisis kompetensi berbicara spontan, menamai, dan memahami dalam pembentukan kata oleh penderita afasia tidak lancar, kita dapat merujuk ke Tabel 1 sampai dengan Tabel 3 yang ada pada lampiran. Tabel (a) masing-masing memperlihatkan frekuensi dari ketiga modalitas bahasa yang dikaji dan Tabel (b) menunjukkan grafik perkembangan kompetensi tiap-tiap modalitas bahasa.

BERBICARA SPONTAN

Tabel 1a memperlihatkan bahwa dari 30 orang sampel terdapat 8 orang (26,7%) yang hampir tidak dapat memberikan informasi sama sekali atau berada pada kategori **tak ada kompetensi** (selanjutnya disebut **K1**), 20 orang (66,7%) yang masih kategori **sangat terganggu** (selanjutnya disebut **K2**), 2 orang (6,7%) yang tergolong kategori **terganggu** (selanjutnya disebut **K3**), dan tidak ada (0%) yang **agak terganggu** (selanjutnya disebut **K4**), serta **kategori normal** (selanjutnya disebut **K5**) berbicara spontannya. Ini terjadi pada **Tahap 1 = T1** (masa akut penderita, yakni selama 14 hari terhitung sejak penderita afasia diserang strok).

Kemudian, pada **Tahap 2 = T2** (satu minggu pascaakut), perkembangan kemampuan berbicara spontan mereka mulai terlihat yang ditandai dengan adanya penurunan jumlah penderita yang berada pada **K1** dari 8 orang menjadi 6 orang (20%). Demikian pula pada **K2** terjadi penurunan dari 20 orang menjadi 19 orang (63,3%). Sementara pada **K3** terjadi peningkatan dari 2 orang (6,7%) pada **T1** menjadi 5 orang (16,7%) pada **Tahap 2 = T2** walaupun belum ada yang mencapai **K4** dan **K5**.

Selanjutnya, pada **Tahap 3 = T3** (satu bulan kemudian), perkembangan kompetensi berbicara spontan mereka semakin membaik yang ditandai dengan adanya perubahan (penurunan) jumlah

pendeita, seperti pada **K1** dari 6 orang (20%) pada **T2** tersisa 2 orang (6,7%) pada **T3** dan dari 19 orang (63,3%) tersisa 5 orang (16,7%) untuk **K2**. Sebaliknya, pada **K3** justru terjadi peningkatan jumlah pada **T3** (yakni, 18 orang atau 60%) dari 5 orang pada **T2**. Selain itu, pada **T3** ini telah ada penderita (sebanyak 5 orang atau 16,7%) yang sampai ke **K4** untuk kompetensi berbicara spontan pada tingkat kata. Untuk memperjelas bagaimana grafik perkembangan kompetensi berbicara spontan penderita afasia tidak lancar pada tingkat kata dapat dilihat Tabel 1b pada lampiran.

Hampir tidak ada informasi yang dapat diperoleh dari keenam penderita afasia global (AF, MR, DgR, BH, StR, dan AdS) dan satu penderita afasia Broca (SM) serta satu penderita afasia transkortikal motorik (StM) pada **T1** (pada saat ditanyakan tentang informasi pribadi seperti siapa namanya, kapan lahirnya, di mana tinggal, dan apa pekerjaannya?) Menurut Yunus (1999:5) hal seperti itu lazim terjadi pada penderita afasia global sampai batas waktu tertentu bahkan dapat berlangsung dalam waktu yang cukup lama, bergantung pada tingkat keparahannya. Ketika memasuki **T2**, saat ditanya “Siapa nama Anda/Bapak/Ibu/Saudara?”. Jawaban mereka bervariasi, ada yang diam saja, ada yang hanya mengangguk, dan ada pula yang berusaha keras menyebut namanya, namun yang keluar hanyalah kata seperti [wow...], [ah...], [bah...], [mah..., mah..., ma:ria] → /Maria/, [minnah] → /Sumina/. Akan tetapi, dua penderita di antara mereka (StR dan StM) mulai memperlihatkan perkembangan karena mereka sudah dapat menyebutkan nama dan tempat tinggalnya atau tahun kelahiran meskipun masih belum sempurna, seperti:

StR : [amah, amah] → /Rahmah/, [marr...marr ...eh... marros] → /Maros/

StM : [munija] → /Mulya/, [joña] → /Jongaya/, [tigatusuh] → /tigatujuh/ (tahun 1937)

Kemudian pada **T3**, sisa dua orang (DgR dan BH) yang masih berada pada **K1**. Empat orang lainnya telah mengalami kemajuan karena mereka rata-rata sudah dapat menyebut nama dan tempat lahir atau pekerjaannya, misalnya:

AF : [arsat, baru] → /Arsyad, Barru/

MR : [jawa, jual] → /Jawa, menjual/

SM : [bena, cini] → /Kabaena, Macini/

AdS : [saha, dehe...dehe...de...(sambil menunjuk arah tempat tinggal) → /Dg. Saha, dekat/

Dalam hal kompetensi berbicara spontan pada tingkat kata bagi ke-20 orang informan (66,7%) yang tergolong **K2** tidak banyak berubah pada **T2**, kecuali satu orang (FA). Akan tetapi, pada **T3** sisa 5 orang (16,7%) yang masih tetap berada pada **K2** (AF, MR, MW, dan AdS), yang lainnya sudah berada pada **K3** bahkan terdapat 3 orang (10%) langsung ke **K4** (ED, H Dg R, dan UK). Perhatikan contoh berikut.

Tahap 2:

ED : [jawa, gowa] → /Djawa, Gowa/ (nama diri dan nama tempat)

H Dg R : [ajiasna, makasar] → /Hajah Hasnah, Makassar/

UK : [señkañ, pensiuñ] → /Sengkang, pensiuñ/

Tahap 3:

ED : [Ewisjawa, flores, 51, lupa, be te en asri, pe en es, kristen] →

/Eustakius Djawa, Flores, 51 (tahun), lupa, BTN Asri, PNS, kristen/

H Dg R : [ajiasna, tuamaka, esdeja, tida?, tinggal di rumah, sendiri] →

/Hajah Hasnah, tua, SD, tidak, tinggal di rumah, sendiri/

UK : [ummi, senkaŋ, 58, pensiun, kesehatan, kota, kokeba k27] →

/Umy, Sengkang, 58 (tahun), kesehatan, kota, Jl. Kokeba Blok K 27/

Sejak **T1** terdapat 2 orang (6,7%) yang sudah berada pada **K3** (UM dan MWs). Keduanya memang merupakan penderita yang tidak dalam rawat inap. Pada **T2**, keduanya belum mengalami kemajuan, namun pada **T3**, keduanya memperlihatkan kemajuan yang berbeda karena UM sudah berada pada **K4**, sedangkan MWs berada pada **K3**. Kompetensi bicara spontan UM pada **T3** sama seperti penderita lain yang berada dalam **K4**, yakni dapat memberikan informasi yang hampir lengkap.

MENAMAI

Melalui Tabel 2a (lampiran) terlihat distribusi kompetensi menamai pada tingkat kata agak berbeda dengan bicara spontan. Dalam **T1** misalnya, untuk **K1** dan **K2** masing-masing 14 orang (46,7%) dan **K3** sebanyak 2 orang (6,7%). Meskipun demikian pada tahap berikutnya (2 dan 3), kompetensi (menamai) mereka juga berkembang seperti pada bicara spontan. Secara berurut pada **T2** dan **T3**; untuk **K1** adalah 8 orang (26, 7%) dan 1 orang (3,3%), **K2** sebanyak 19 orang (63,3%) dan 9 orang (30%), dan **K3** masing-masing 3 orang (10%) dan 15 orang (50%). Demikian pula untuk **K3** muncul pada **T3**, yakni sebanyak 4 orang (13,3%). Ada perkembangan yang mencapai **K5** pada kompetensi menamai tingkat kata (1 orang atau 3,3%), hal yang berbeda dengan kompetensi bicara spontan. Silakan perhatikan Tabel 2b pada lampiran untuk mengetahui grafik perkembangan kompetensi menamai pada tingkat kata.

Tabel 2b tersebut secara jelas memperlihatkan bahwa perkembangan kompetensi menamai pada tingkat kata bagi penderita afasia tidak lancar mengalami kemajuan dari tahap ke tahap. Sebagai contoh, pada **K1** di **T1** terdapat 14 orang (46,7%) turun menjadi 8 orang (26,7%) pada **T2** dan sisa 1 orang (3,3%) pada **T3**. Ini berarti bahwa pada kategori yang lebih tinggi akan menjadi bertambah jumlahnya.

Keempat belas orang yang tergolong **K1** pada **T1** rata-rata belum ada yang dapat menamai atau menyebutkan suatu nama yang disebut atau ditunjukkan, juga belum dapat menunjuk suatu benda/gambar yang ditunjuk, kecuali 3 orang (RA, HAS, dan BS) yang masing-masing dapat menamai atau menunjukkan benda yang dimaksudkan. Misalnya, RA : [guntiŋ] → /gunting/, HAS : [julut] → /jeruk/, dan BS yang dapat menunjukkan gambar seekor kambing yang disandingkan dengan gambar sapi. Jawaban atau reaksi yang mereka berikan memang benar, tetapi karena butuh waktu lebih dari lima detik sehingga diberi poin 0,5 yang berarti mendapat skor 1 (**K1**).

Pada **T2**, sebagian dari mereka (6 orang: RA, HAS, JF, SG, StR, dan StM) telah mengalami perkembangan. BS yang pada **T1** dapat menunjukkan gambar justru belum memperlihatkan perkembangan kompetensinya. Kita perhatikan kompetensi menamai keenam penderita tersebut.

- RA : [gelas, kuniŋ, semban] → /gelas, kuning, sembilan/
 HAS : [minum, kuniŋ, sembilan, tujubelas] → /gelas, kuning, 9, 17/
 JF : [pa...pa...panas...eh...payuŋ, bubundar, biru, enam] →
 /payung, bundar, biru, 9]
 SG : [gelas, payuŋ, pana] → /gelas, payung, anak panah/
 StR : (melakukan gerakan minum), menunjuk benda, sembilan, tujusatu] → /gelas, vulpen, 9, 17/
 StM : [jelas, pajuŋ, hijau, kuniŋ] → /gelas, payung, biru, kuning/

Untuk **K2** juga sebanyak 14 orang (46,7%) pada **T1**. Jumlah tersebut menjadi bertambah pada **T2** (19 orang atau 63,3%) dikarenakan berkurangnya jumlah pada **T2** dan **T3** untuk **K1**. Kemudian pada **T3** berkurang menjadi 9 orang (30%) saja. Perubahan seperti ini mengindikasikan bahwa melalui waktu (*by the time*) kompetensi mereka dapat meningkat.

Dapat dipahami bahwa **K3** merupakan kategori tingkat sedang atau berada di tengah-tengah di antara kelima kategori sehingga jumlah penderita yang berkompotensi menamai pada **T1** masih kurang sekali seperti halnya pada kompetensi berbicara spontan. Jika dibandingkan dengan **K1** yang jumlahnya semakin berkurang dari tahap ke tahap, **K3** justru terjadi sebaliknya, yakni terjadi peningkatan jumlah dari tahap ke tahap (2 orang atau 6,7% **T1**, 3 orang atau 10% **T2**, dan 15 orang atau 50% **T3**).

Seperti sudah diutarakan di atas bahwa kedua orang yang berada pada kategori terganggu sama-sama bukan merupakan penderita yang dirawat inap melainkan mereka dalam masa rawat jalan. Pada **T1**, mereka berdua sudah dapat menamai dan atau menunjukkan gambar yang dimaksud. Hanya saja dalam artikulasi mereka sering terganggu untuk UM seringkali kesulitan pada bunyi (konsonan) bersuara, misalnya:

UM : [kelas, pasuŋ, ikau] → /gelas, payung, hijau/

MWs : [geras, paiyuŋ, hajau] → /gelas payun, hijau/

Terdapat tambahan 1 orang pada **T2** dan lebih besar lagi tambahannya terjadi pada **T3**, yakni 15 orang (50%). Umumnya mereka ini berada pada kategori yang lebih rendah.

Tampaknya kompetensi menamai pada tingkat kata bagi penderita afasia tidak lancar dapat mencapai **K5** meski hanya satu orang (3,3%), yakni UK. Hampir semua pertanyaan dan permintaan dapat dijawab atau diresponnya dengan baik meski ia membutuhkan waktu agak lama. Contoh:

UK : [gelas, payuŋ, anapanah, kotaktiga, liŋkaran biru, liŋkaran kuniŋ, sembilan, enam, tujubelas, tujusatu] → /gelas, payung, anak panah, segitiga, lingkaran biru, lingkaran kuning, 9, 6, 17, 71/

MEMAHAMI

Frekuensi kompetensi memahami pada tingkat kata bagi penderita afasia tidak lancar dapat diketahui melalui Tabel 3a (pada lampiran). Dari Tabel tersebut terungkap bahwa pada **T1** kompetensi mereka hanya sampai pada **K3** seperti halnya pada dua kompetensi sebelumnya (berbicara spontan

dan menamai). Secara berurut frekuensinya untuk **K1** dan **K2** masing-masing berjumlah 14 orang (46,7%) dan untuk **K3** sejumlah 2 orang (6,7%) sama dengan perolehan kompetensi menamai. Pada tahap berikutnya (2 dan 3) juga mengalami perubahan yang menunjukkan adanya perkembangan kompetensi memahami mereka yang ditandai dengan semakin menurunnya jumlah pada **K1** serta meningkatnya **K2** dan **K3**.

Rinciannya, untuk **K1** dari 14 orang pada **T1** turun menjadi 10 orang (33,3%) pada **T2** dan menurun jauh sekali pada **T3** hingga tersisa 1 orang (3,3%). Sementara untuk **K2** dan **K3** sama-sama bergerak naik frekuensinya, dari 14 orang pada **T1** berubah menjadi 17 orang (56,7%) pada **T2** dan sedikit berkurang menjadi 15 orang (50%) pada **T3** untuk **K2**. Untuk **K3**, dari 2 orang pada **T1** bergerak naik menjadi 3 orang (10%) pada **T2** dan naik lagi menjadi 9 orang (30%) pada **T3**.

Kondisi di atas mengindikasikan bahwa terjadi perubahan yang menandakan adanya perkembangan kompetensi memahami mereka dari waktu ke waktu. Bahkan untuk **K4** yang pada **T1** dan **T2** belum dijumpai, namun pada **T3** terdapat 5 orang (16,7%). Perkembangan seperti ini menurut hemat saya sangat berarti meskipun belum ada yang sampai ke **K5**. Menurut Goodglass, Kaplan, & Barresi (2001: 27) bahwa perkembangan kemampuan berbahasa penderita afasia akan terjadi setelah tiga bulan pascaserangan strok, sedangkan waktu yang digunakan untuk kajian ini kurang lebih dua bulan. Untuk memperjelas bagaimana grafik perkembangan kompetensi memahami penderita afasia tidak lancar, dapat kita lihat Tabel 3b (lampiran).

Keempat belas penderita yang berada pada **K1** pada **T1** belum dapat memahami apa yang diminta atau diperintahkan, misalnya penderita afasia diminta menunjuk sebuah gambar di antara sekian gambar yang dirujuk oleh sebuah kata, terutama bagi mereka yang mengalami lemah salah satu atau kedua lengannya. Namun ada 3 orang di antara mereka yang memberi reaksi ketika dimintai seperti itu, yakni BS, AR, dan PJ. Akan tetapi, apa yang mereka tunjuk tidak betul. Misalnya, BS menunjuk gambar “kambing” ketika diperlihatkan kata “kuda”, dan AR menunjuk gambar “segi tiga” ketika diperlihatkan kata “segi empat, serta PJ yang menunjuk angka “41” sewaktu diperlihatkan kata “empat belas” sama seperti ketika ditanyakan “Berapa umur Ibu?”, jawabannya 37 padahal 73 tahun. Bagi AR dan PJ pada tahap awal memang menunjukkan adanya kesadaran yang menurun sehingga diperkirakan mereka kurang atau tidak memahami, sedangkan AR sedikit ada gangguan visualisasi. Sebelas orang lainnya belum memberikan reaksi.

Memasuki **T2**, 4 orang (HAS, H Dg R, SG, dan UK) dari 14 orang tersebut telah menunjukkan kompetensi memahami mereka pada tingkat kata. Misalnya, dari sepuluh kata yang diperlihatkan (gunting, kambing, kuda, sapi, palu, segi tiga, segi empat, sembilan, enam, dan empat satu), rata-rata mereka dapat menunjuk secara benar 2 - 3 gambar, seperti:

HAS : gunting, palu, 9, dan 6
H Dg R : gunting, segi tiga, segi empat, dan kambing
SG : gunting, kambing, kuda,
UK : segi tiga, 9, 6, dan 41.

Pada **T3**, dari 10 orang tersisa pada **T2** menurun drastis jumlahnya sehingga tersisa 1 orang yang masih berada pada **K1**. Penderita yang masih tetap berkompotensi memahami pada **K1** ini adalah sama dengan pada dua kompetensi sebelumnya (berbicara spontan dan menamai), yaitu Dg

R. Kesembilan orang lainnya telah meningkat ke **K2** sebanyak 6 orang (MR, MW, BG, SF, AR, dan PJ) dan ke **K3** sebanyak 3 orang (MW, BS, dan StR). Ketiga orang yang disebut terakhir ini rata-rata dapat menjawab (menunjuk gambar) secara benar antar 4 – 6 buah. Sementara yang enam orang lainnya rata-rata sudah dapat menjawab (menunjuk gambar) secara benar antara 2 – 3 buah selain beberapa jawaban mereka yang salah. Perhatikan contoh berikut ini.

MR : gunting, kambing, kuda

MW : gunting, kambing, 41

BG : palu, kuda

SF : kambing, kuda, palu

AR : gunting, palu, 9

PJ : gunting, segi tiga, segi empat

Perlu diketahui bahwa pada **T3**, khusus terhadap penderita yang langsung melompat ke **K3** biasa dibarengi dengan metode elisitasi, yakni dengan mencoba meminta mereka menunjuk (tulisan) kata dari gambar yang peneliti tunjukkan (*role change* ‘pergantian peran’). Hal ini dilakukan dengan maksud apakah penderita itu benar-benar telah memahaminya. Jika mereka hanya mampu menunjuk gambar secara benar tetapi salah menunjuk kata atau sebaliknya, jawaban yang benar tersebut hanya diberi skor 0,5.

Untuk **K2** yang juga berjumlah 14 orang (47%) pada **T1** justru menjadi bertambah pada **T2**, yakni 17 orang (56,7%) dan kembali berkurang menjadi 15 orang (50%) saja pada **T3**. Kompetensi mereka tentang memahami pada tingkat kata tidak berbeda jauh dengan kompetensi ketiga orang untuk **K1** pada **T3**. Mereka rata-rata dapat menunjuk dengan benar 2 – 3 gambar/kata. Demikian pula dengan **K3** yang pada **T1** hanya ada 2 orang (6,7%), yakni AM dan MWs, dan pada **T2** bertambah lagi 1 orang (3,3%), yakni FA, sedangkan pada **T3** dapat bertambah jadi 5 orang (16,7%). Kompetensi memahami pada tingkat kata mereka dapat dilihat dalam uraian contoh berikut.

ED : gunting, kambing, kuda, palu, segi tiga, segi empat, 9, 41

H Dg R: gunting, kambing, kuda, palu, segi tiga, segi empat, 9

FA : gunting, kambing, kuda, palu, segi empat, 9, 6, 14

AdS : gunting, kambing, kuda, segi tiga, segi empat, 9, 6.

KESIMPULAN

Dari uraian di atas dapat ditarik dua kesimpulan, yaitu kesimpulan secara umum dan kesimpulan secara khusus. Secara umum dapat disimpulkan bahwa didasarkan atas tiga modalitas bahasa (berbicara spontan, menamai, dan memahami) dapat diketahui perkembangan tingkat kelancaran verbal penderita afasia tidak lancar yang rata-rata berkembang dari tahap ke tahap. Selain itu, secara kategorial taraf penguasaan modalitas mereka rata-rata berada pada **K2 (sangat terganggu)** dan **K3 (terganggu)**. Hanya sekitar 4% yang masih berstatus **K1 (tak ada kompetensi)** dan sekitar 16% yang berstatus **K4 (agak terganggu)**.

Secara khusus dapat disimpulkan bahwa di antara ke-30 orang penderita afasia tidak lancar yang dijadikan sampel tidak ada yang memiliki kompetensi sekaligus ketiga modalitas bahasa yang dikaji. Mereka saling melengkapi, jika sebagiannya menonjol pada kompetensi berbicara spontan, sebagian yang lainnya akan menonjol pada kompetensi menamai dan atau memahami. Memang ada beberapa orang di antaranya yang menonjol tingkat kompetensinya terhadap ketiga modalitas bahasa seperti HDgR, FA, dan UK. Akan tetapi, taraf kategorinya berbeda seperti untuk kompetensi berbicara spontan bisa sampai **K4** atau **K5**, sementara kompetensi menamai hanya sampai pada taraf **K3**. Disimpulkan pula bahwa tidak ada kompetensi yang lebih mudah dikuasai di antara ketiga modalitas bahasa yang diteliti dalam hal pembentukan kata oleh penderita afasia tidak lancar. Hal itu tampak jelas pada distribusi frekuensi dalam ketiga tabel (lampiran).

DAFTAR PUSTAKA

- Alwasilah, A. Chaedar. 2003. *Pokoknya kualitatif: dasar-dasar merancang dan melakukan penelitian kualitatif*. Cetakan ke-2. Jakarta: Pustaka Jaya.
- Aliah, Amiruddin. 2006. "Analisis dinamika kadar *Interleukin-10* dan *Tumor Necrosis Factor-Alpha* Serum dan Likwor Serebrospinal terhadap derajat klinis pada penderita Strok Iskemik Akut." *Disertasi belum diterbitkan*. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Dardjowidjojo, Soenjono (ed). 1991. "Linguistik dan Neurologi" dalam *PELLBA 4*. Jakarta: Lembaga Bahasa Unika Atma Jaya.
- Dharmaperwira-Prins, Reni I.I.. 2000. *TADIR: tes afasia untuk diagnosis informasi rehabilitasi*. Diterjemahkan oleh Yita Dharma-Hillyard. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Jankers, Roel. 2007. *Neurolinguistic aspects of aphasia*. <http://www.rug.nl/staff/r.jonkers/index>.
- Osterhout, Lee, Mark Allen, and Judith McLaughlin. 2002. "Words in the brain: lexical determinants of word-induced brain activity" dalam *Journal of linguistics*: www.elsevier.com/locate/jneuroling.
- Poerwadi, Troeboes. 1999. "Definisi dan klasifikasi afasia" dalam *Majalah Kedokteran Neuro-Sains Neurona*. Vol. 16 No.1. Jakarta: Perdosi.
- Pratiknya, Ahmad Watik. 2003. *Dasar-dasar metodologi penelitian kedokteran dan kesehatan*. Cetakan ke-5. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Sastra, Gusdi. 2007. "Ekspresi verbal penderita *stroke* penutur bahasa Minangkabau: suatu analisis neurolinguistik" dalam *Jurnal MLI*. Tahun ke-25 No. 2. Jakarta: MLI-Yayasan Obor Indonesia.
- Sudaryanto. 1990. *Aneka konsep pendataan lingual dalam linguistik*. Yogyakarta: Duta Wacana University Press.
- Suhardiyanto, Totok. 1993. "Cacat gramatikal pada keluaran wicara penderita afasia broca: sebuah analisis struktural dan neurolinguistik pada lima kasus sindrom afasia broca di FKUI/RSCM Jakarta". *Skripsi belum diterbitkan*. Jakarta: Fakultas Sastra Universitas Indonesia.

Simanjutak, Mangantar. 1990. *Teori linguistik chomsky dan teori neurolinguistik wernicke*. Jakarta: Gaya Media Pratama.

Warms, Tanya L. 1995. "Lexical and sublexical processing in aphasia" dalam dalam *Journal of Neurolinguistics*. Vol. 9 No. 1 pp. 1-7.

Yunus, Syafruddin. 1999. "Anatomi dan sindroma afasia" dalam *Majalah Kedokteran Neuro-Sains Neurona*. Vol. 16 No.1. Jakarta: Perdosi.

LAMPIRAN

Tabel 1a Frekuensi Kompetensi Berbicara Spontan pada Tingkat Kata

KOMPETENSI PEMBENTUKAN KATA	TAHAP 1		TAHAP 2		TAHAP 3	
	N	%	N	%	N	%
TAK ADA KOMPETENSI	8	26,7	6	20	2	6,7
SANGAT TERGANGGU	20	66,7	19	63,3	5	16,7
TERGANGGU	2	6,7	5	16,7	18	60
AGAK TERGANGGU					5	16,7
NORMAL						

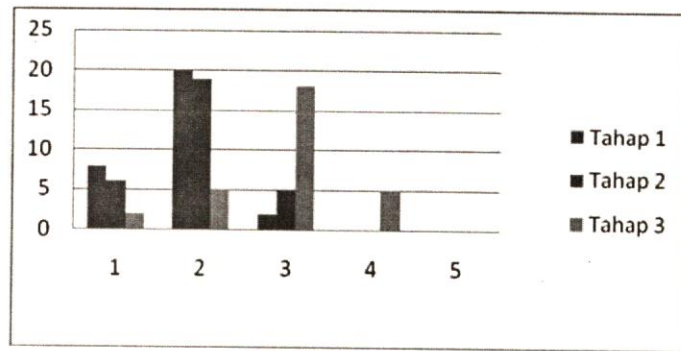
Tabel 2a Frekuensi Kompetensi Menamai pada Tingkat Kata

KOMPETENSI PEMBENTUKAN KATA	TAHAP 1		TAHAP 2		TAHAP 3	
	N	%	N	%	N	%
TAK ADA KOMPETENSI	14	46,7	8	26,7	1	3,3
SANGAT TERGANGGU	14	46,7	19	63,3	9	30
TERGANGGU	2	6,7	3	10	15	50
AGAK TERGANGGU					4	13,3
NORMAL					1	3,3

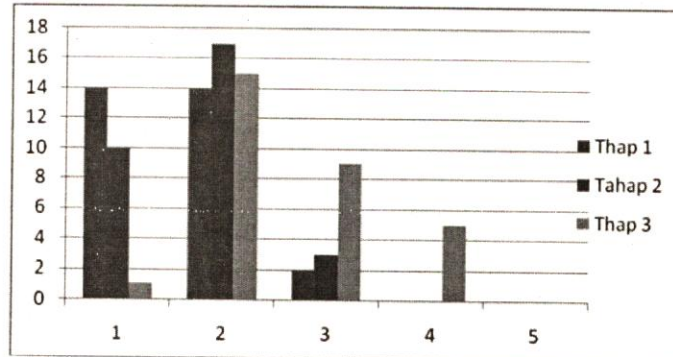
Tabel 3a Frekuensi Kompetensi Memahami pada Tingkat Kata

KOMPETENSI PEMBENTUKAN KATA	TAHAP 1		TAHAP 2		TAHAP 3	
	N	%	N	%	N	%
TAK ADA KOMPETENSI	14	46,7	10	33,3	1	3,3
SANGAT TERGANGGU	14	46,7	17	56,7	15	50
TERGANGGU	2	6,7	3	10	9	30
AGAK TERGANGGU					5	16,7
NORMAL						

Tabel 1b Grafik Perkembangan Kompetensi Berbicara Spontan pada Tingkat Kata



Tabel 2b Grafik Perkembangan Kompetensi Menamai pada Tingkat Kata



Tabel 3b Grafik Perkembangan Kompetensi Memahami pada Tingkat Kata

