

INAMIKA_PSIKOLOGIS_PENDERITA_AFASIA_PASCASTROKE_BUKU_REF_opt.pdf

by Musdalifah Dachrudd

Submission date: 30-May-2022 01:45PM (UTC+0700)

Submission ID: 1847010790

File name: INAMIKA_PSIKOLOGIS_PENDERITA_AFASIA_PASCASTROKE_BUKU_REF_opt.pdf (27.89M)

Word count: 390

Character count: 2470

Dr. Musdalifah Dachrud, S.Ag., S.Psi., M.Si.

Dinamika Psikologis
PENDERITA
AFASIA
PASCASTROKE



DINAMIKA PSIKOLOGIS PENDERITA AFASIA PASCASTROKE

Dr. Musdalifah Dachrud, S.Ag., S.Psi., M.Si.

DINAMIKA PSIKOLOGIS PENDERITA AFASIA PASCASTROKE



DINAMIKA PSIKOLOGIS PENDERITA AFASIA PASCACASTROKE

© Dr. Musdalifah Dachrud, S.Ag., S.Psi., M.Si.

ISBN : 978-602-52936-8-9

Hak Cipta dilindungi Undang-undang
All Rights Reserved

Editor : Ghazali, M.HI
Penata Letak : Gazali
Perancang Sampul : Ahmad Bahaudin

Diterbitkan Oleh:

Fakultas Ushuluddin Adab dan Dakwah IAIN Manado

Gedung Fakultas Ushuluddin Adab dan Dakwah IAN Manado

Jl. Dr. S.H. Sarundajang Kawasan Ringroad I, Kota Manado

Telp : +62431860616

E-Mail : fuad@iain-manado.ac.id

Web : www.fuad.iain-manado.ac.id

Anggota Asosiasi Penerbit Perguruan Tinggi Indonesia (APPTI)

Dicetak & didistribusikan oleh:

CV. ISTANA AGENCY

Istana Publishing

Jl. Nyi Adi Sari Gg. Dahlia I, Pilahan KG.I/722 RT 39/12

Rejowinangun-Kotagede-Yogyakarta

☎ 0851-0052-3476 ✉ istanaagency09@gmail.com

☎ 0857-2902-2165 📘 istanaagency

📍 istanaagency 🌐 www.istanaagency.com

Cetakan Pertama, Januari 2019

vii + 124 halaman; 15,5 x 23 cm

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara
apapun tanpa izin tertulis dari penerbit

KATA PENGANTAR

Buku *Dinamika Psikologis Penderita Afasia Pascastroke* disusun untuk menjadi bacaan dan sumber informasi bagi para pembaca dari berbagai kalangan dan latarbelakang pendidikan yang berbeda. Buku ini menjadi sumber bacaan seyogyanya dimiliki bagi siapa saja yang ingin mendalami tentang psikoneurolinguistik. Disamping itu menjadi bekal pengetahuan dalam menyelami kehidupan para penderita stroke yang semakin meningkat, terutama yang mengalami afasia pascastroke.

Selain menjadi dasar bagi pelaksanaan kegiatan belajar mengajar, buku ini diharapkan dapat pula menjadi sumber bacaan dalam proses belajar mengajar mahasiswa oleh pihak pengelola Program Pendidikan Sarjana, Magister Psikologi, Magister Psikologi Profesi, untuk mendukung peningkatan kualitas dan kuantitas lulusan yang kita harapkan bersama. Melalui buku ini, diharapkan dapat membantu menyelesaikan permasalahan yang berkaitan dengan buku rujukan bacaan psikoneurolinguistik sesuai yang diharapkan. Para pembaca dapat menemukan hal-hal penting yang mendasar yang berkaitan dengan psikoneurolinguistik. Bila kemudian ditemukan kekurangan,

koreksi terhadap penulisan buku ini dapat dilakukan secara terbuka maupun tertulis.

Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penerbitan buku.

Semoga amal ibadah kita bersama dapat dicatat sebagai kebaikan oleh Allah S.W.T. dan selalu mendapatkan kekuatan serta bimbingannya. Amin.

Manado, Desember 2015

Dr. Musdalifah Dahrud, S.Ag., S.Psi., M.Si

DAFTAR ISI

| | |
|---|----|
| KATA PENGANTAR | v |
| DAFTAR ISI | ix |
| BAGIAN I PENDAHULUAN URGENSI KAJIAN AFASIA | 1 |
| BAGIAN II BERKENALAN DENGAN AFASIA | 13 |
| 1. Pengertian Afasia Pascastroke | 13 |
| 2. Tipe Afasia..... | 17 |
| 3. Akibat Afasia Pascastroke | 25 |
| BAGIAN III PENGALAMAN KESEPIAN (<i>LONELINESS</i>)..... | 27 |
| 1. Kesepian..... | 27 |
| 2. Konsep Pengalaman Kesepian | 41 |
| 3. Tema-Tema Utama dalam Pengalaman Kesepian | 44 |
| 4. Dimensi Pengalaman Kesepian | 47 |
| BAGIAN IV PROSES PEMULIHAN AFASIA..... | 63 |
| A. Proses Pemulihan Afasia..... | 63 |
| B. Perspektif Teoritis | 67 |

BAGIAN V KONDISI PSIKOLOGIS PENDERITA AFASIA PASCASTROKE 81

BIBLIOGRAFI 95

BAGIAN I

PENDAHULUAN

URGENSI KAJIAN AFASIA

Afasia adalah kehilangan atau kelemahan bahasa yang disebabkan oleh luka pada otak (Agranowitz, 1975). Afasia merupakan gangguan perolehan bahasa yang disebabkan oleh cedera otak dan ditandai oleh gangguan pemahaman serta gangguan pengutaraan bahasa, lisan maupun tertulis (Dharmaperwira-Prins, 2002; Kusumoputro, 1999).

Afasia juga merupakan gangguan bahasa multimodalitas, yaitu ketidakmampuan seseorang untuk berbicara, ketidakmampuan dalam menyimak, ketidakmampuan dalam menulis, dan ketidakmampuan dalam membaca. Setiap individu yang terkena afasia tergantung pada jenis afasia, artinya ketidakmampuan dalam modalitas tersebut pada setiap individu tidak sama dan tidak merata, akan tetapi ketidakmampuan tersebut hanya menonjol pada salah satu dari beragam ketidakmampuan tersebut.

Melihat dari sisi jenis afasia, afasia dapat dibagi dalam 2 kategori besar yaitu afasia *non-fluent* dan *fluent* (tidak lancar dan lancar). Secara umum afasia juga terbagi dalam beragam jenis yaitu afasia Broca, afasia Wernicke, afasia Konduksi, afasia Global, afasia Transkortikal Motorik, afasia Transkortikal Sensorik, afasia Transkortikal Campuran, dan afasia Anomik (Dharmaperwira-prins, 2002).

Jenis-jenis afasia tersebut dapat terjadi pada setiap individu, tidak hanya karena adanya luka di otak, namun dapat terjadi pada individu yang mengalami kecelakaan, adanya penyakit tumor, trauma kepala, infeksi susunan saraf pusat dan bahkan stroke (Barret, 2001). Pada kasus stroke, kemungkinan seorang penderita menderita afasia adalah 25%, karena separuhnya menderita *hemiparesis dekstra* dan separuh dari ini mungkin menderita afasia. Seseorang yang terkena stroke dapat mengalami afasia karena terjadinya cedera di otak berupa pendarahan. Pendarahan di otak tersebut berupa penyumbatan dan kebocoran pada pembuluh darah (Dharmaperwira-Prins, 1996; Kusumoputro, 1999).

Data insidensi afasia yang disebabkan oleh stroke adalah 33 % (Laska *et al.* 2001), sementara hampir 21%-38% pada fase akut (Engelter, 2006; Godefroy & Dubois *et al.* 2002), dan sebesar 40% terjadi di USA (Mendez *et al.* 1997). Sepertiga dari semua penderita stroke akut mengalami afasia (Laska, Hellbom, Murray, Kahan & Von Arbin, 2001; Pedersen, Jorgensen, Raaschou & Olsen, 1995). Pedersen *et al.* (1995) melaporkan bahwa angka kejadian afasia pascastroke berkisar antara 17% - 38% tergantung pada kriteria diagnostik, waktu evaluasi afasia pertama dan seleksi populasi.

Di Indonesia, khususnya Yogyakarta, data penderita stroke di salah satu Rumah Sakit terdapat sebanyak 700-800 orang. Dari jumlah tersebut, hampir 18% (120-130) orang menderita afasia akibat stroke tersebut pada tahun 2008-2009 (Pinson dkk, 2009). Meskipun

demikian, dari 120-130 orang penderita afasia pascastroke di Rumah Sakit tersebut belum diketahui jenis afasia yang diderita, karena belum dilakukan TADIR (Tes Afasia untuk Diagnosis Inventarisasi dan Rehabilitasi). Walaupun demikian, pada umumnya penderita afasia pascastroke mengalami beragam jenis afasia sebagaimana yang telah diuraikan.

Realitasnya, berdasarkan hasil penelitian tingkat kecacatan dan kematian lebih tinggi dibandingkan penderita afasia yang bukan disebabkan oleh stroke (Laska, 2001). Afasia pada penderita pascastroke diasosiasikan dengan peningkatan mortalitas, penurunan laju dari penyembuhan fungsi, dan pengurangan kemungkinan untuk kembali beraktivitas dibandingkan dengan penderita stroke tanpa afasia (Said, 2009). Hal ini menunjukkan bahwa penderita afasia pascastroke sangat beresiko atau rentan menghadapi kematian dan kecacatan. Untuk itu, penelitian ini memfokuskan pada penderita afasia pascastroke, sementara organisasi afasia sangat gencar memberikan informasi tentang apa sebenarnya afasia itu dan bagaimana akibat-akibat yang ditimbulkannya serta bagaimana menangani dengan tepat (AIA, 2011).

Afasia pascastroke merupakan gejala sisa akibat stroke berupa ketidakmampuan dalam berkomunikasi dan *handicap* sosial yang akan diderita hampir sepanjang umurnya (Dharmaperwira-Prins & Maas, 1993, 2002). Ketidakmampuan berkomunikasi yang dimaksud adalah ketidakmampuan menggunakan bahasa lisan dan tulisan, sementara *handicap* sosial adalah cacat secara sosial dalam berbahasa karena bahasa merupakan fungsi dasar manusia sebagai alat komunikasi (Mendez *et al.* 1997).

Afasia yang dimaksud dalam tulisan ini adalah afasia Wernicke dan afasia Broca. Alasan yang mendasari pilihan pada kedua jenis

afasia tersebut mewakili dua kemampuan berbahasa yang penting bagi manusia yakni produksi kata-kata dan menyimak. Area Broca merupakan gudang tempat menyimpan sandi ekspresi kata-kata, sementara Wernicke sebagai gudang tempat menyimpan sandi komprehensi kata-kata. Jika afasia pascastroke tidak dapat berbicara disebut dengan afasia ekspresif, karena terdapat lesi pada otak bagian depan dalam area Broca yang dikenal dengan afasia Broca. Penderita afasia broca dapat memahami bahasa, namun kata-kata tidak terbentuk sempurna, ucapan lambat dan tidak jelas. Sementara lesi yang terjadi pada bagian belakang kepala di area Wernicke disebut afasia impresif, yang dikenal dengan afasia Wernicke. Afasia Wernicke sering lebih parah karena membuat penderita tidak dapat memahami bahasa. Penderita afasia Wernick dapat berbicara dengan jelas akan tetapi kata-kata yang muncul sering tidak bermakna.

Berdasarkan uraian di atas, penderita afasia pascastroke pada area Broca dan area Wernicke mengalami gangguan dalam berbahasa yang menyebabkan ketidakmampuan dalam berkomunikasi. Penderita afasia pascastroke pada kedua jenis tersebut dapat dipulihkan guna menurunkan tingkat kecacatan bagi penderita afasia pascastroke.

Data menunjukkan bahwa pemulihan afasia pascastroke akan berlangsung cepat pada satu bulan pertama dan akan berkurang sampai tiga bulan pertama dan akhirnya pemulihan afasia pascastroke berlangsung lambat dan akan mengalami remisi yang sempurna lebih kurang enam sampai dua belas bulan (Holland, 1994; Lefkos *et al.*, 1999). Hal ini dikuatkan oleh Holland (1994) bahwa proses pemulihan afasia pascastroke akan mengalami remisi pada satu bulan pertama.

Proses pemulihan tersebut menjadi sangat penting bagi penderita afasia pascastroke, yang mengalami kerusakan otak. Kerusakan otak berimplikasi pada gangguan tubuh, gangguan kognisi, dan perubahan

psikososial. Perubahan tersebut dapat menyebabkan konsep diri negatif. Hal ini dikarenakan kemampuan dan kemandirian mengalami penurunan, dan adanya rasa pemisahan antara diri dan tubuh yang berubah (Ellis-Hill & Horn, 2000; Ellis-Hill, Payne & Ward, 2000).

Efek yang muncul tersebut menyebabkan penurunan kualitas hidup penderita sehingga penderita membutuhkan dukungan psikososial. Hal ini telah terungkap dalam beberapa penelitian mulai dari awal tahun 1980-an hingga awal tahun 2000-an (Ahlsio, Britton, Murray & Theorell, 1984; De Haan, Limburg, van der Meulen, Jacobs & Aaronson, 1995; Glader, Stegmayr, Johansson, Hulter-Asberg, Staaf & Wester, 2001; King, 1996; Mayo, Kayu-Dauphinee, Cote, Durcan & Carlton, 2002). Oleh karena itu diperlukan pemahaman yang lebih mendalam mengenai pengalaman-pengalaman psikososial penderita afasia pascastroke dan kebutuhannya selama proses pemulihan utamanya pemulihan bahasa tampaknya telah terbukti selama dua dekade.

Pengalaman penderita selama dalam proses pemulihan bahasa tersebut bersifat individual, kompleks dan mengalami perubahan secara terus menerus dalam fase-fase yang berbeda (Parr, 2001). Di antaranya, mengalami depresi (Ytterberg, Anderson, Malm & Britton, 2000), krisis perkembangan atau krisis eksistensi diri dengan perasaan kesendirian (Hjelmblink, Bernsten, Uvhagen, Kunkel & Holmstro, 2007; Nilsson, Jansson & Norberg, 1999; Nilsson, Jansson & Norberg, 1997; Nystrom, 2006, 2011) dan pengalaman kesepian (Nystrom, 2006, 2009, 2011; Sundin & Jansson, 2003).

Selama ini berbagai metode pemulihan yang dilakukan sebagai upaya pemulihan bahasa lebih ditekankan pada aspek linguistik dibandingkan aspek psikologis penderita. Temuan Hartman dan Landau (1987) menunjukkan bahwa antara perpaduan terapi bicara

konvensional dan terapi konseling berupa dukungan emosional lebih efektif dibandingkan dengan terapi bicara konvensional.

Pemulihan berbahasa penderita afasia pascastroke dilakukan sebagai upaya dapat berkomunikasi kembali dengan orang lain. Dalam berkomunikasi terjadi interaksi yang mengisyaratkan simbol-simbol dan tanda-tanda sebagai persetujuan pada konteks kultur tertentu (Charon, 1989). Komunikasi juga melibatkan kemampuan memahami sebuah arti tertentu dalam pikiran orang lain dan memahami apa yang ingin disampaikan orang lain (Nystrom, 2006).

Pada penderita afasia pascastroke, kesulitan yang parah adalah hilangnya simbol-simbol penting untuk berbahasa. Bukan hanya kata lisan atau tulisan yang hilang dan tidak memiliki arti, tetapi juga simbol-simbol pelengkap seperti mengangguk dan menggeleng, mengenali ekspresi kesenangan atau kesedihan ataukah suara yang meninggi dalam kemarahan. Hal ini karena para penderita afasia pascastroke mengalami situasi yang tidak menyenangkan dalam kehidupannya karena keterbatasan berbahasa, sebagaimana yang tidak ditemukan pada pasienstroke yang dapat berkomunikasi dengan normal (Doyle, McNeil, Hula & Micolie, 2003).

Uraian di atas menjelaskan bahwa proses pemulihan bahasa penderita afasia pascastroke yang dimaksudkan lebih lanjut dalam tulisan ini adalah sebagai *setting* dalam meneropong pengalaman yang terjadi, yaitu pengalaman kesepian. Yang dimaksud *setting* dalam proses pemulihan tersebut bukan pemberian intervensi, melainkan sebagai *background* dalam memahami pengalaman kesepian penderita afasia pascastroke.

Kesepian adalah perasaan sedih dan kerinduan yang dihasilkan dari kurangnya keterhubungan beberapa aspek dengan dunia sekitar (Gaev, 1976; Peplau, & Perlman, 1982). Hubungan ini sering dicirikan

ke dalam istilah-istilah emosional, sosial, dan eksistensial yang berkaitan dengan dunia, yang terletak pada perbedaan umum antara kesepian emosional, sosial, dan eksistensial (Cherry, & Smith, 1993; Paloutzian, & Janigian, 1987; Perlman, 1987). Dalam beberapa literatur lebih memilih untuk berbicara tentang intrapersonal atau sifat kesepian, interpersonal atau kesepian umum, dan pengalaman kesepian (Andersson, 1985; Mayers, & Svartberg, 2001; Mayers, Khoo, & Svartberg, 2002; Sand, & Strang, 2006; Yalom, 1980).

Pengalaman kesepian adalah peristiwa hilangnya kesadaran akan segala sesuatu, atau hilangnya segala rasa untuk menjadi (Mijuskovic, 1979). Pengalaman kesepian merupakan aspek intrinsik yang dimiliki oleh setiap manusia (Booth, 1997), juga perasaan tentang kesendirian, serta pertahanan diri seseorang dalam kurun waktu yang panjang tanpa adanya penanganan yang permanen (Mayers, Naples & Nilsen, 2005).

Pengalaman kesepian dapat terjadi dalam berbagai kasus dan menjadi ancaman yang menakutkan, seperti keterkaitan pengalaman kesepian dengan kehilangan, dan perpisahan atau kematian (Mayers, Naples & Nilsen, 2005). Pengalaman kesepian yang di alami seseorang tersebut berkenaan dengan keterbatasan diri sendiri tidak dapat dihilangkan oleh adanya keberadaan orang lain, akan tetapi diri sendirilah yang dapat mengantisipasi situasi yang mengancam atau menakutkan tersebut (Mayers, Khoo & Svartberg, 2002). Sebagaimana saat kehilangan bahasa dalam berkomunikasi, merupakan peristiwa yang membatasi atau bahkan menghentikan seseorang untuk dapat melakukan sesuatu (Yalom, 1980).

Pengalaman kesepian berkaitan dengan keberadaan manusia, dan keberadaan manusia ditandai dengan adanya komunikasi dengan orang lain. Ketika terjadi kesulitan-kesulitan dalam berkomunikasi,

seseorang dapat mengalami kesepian (Mijuskovic, 1979 ; Moustakas, 1961). Oleh karena itu, kehilangan bahasa untuk tujuan berkomunikasi dan pengalaman kesepian keduanya ditandai oleh ketiadaan akan keberadaan (*being*) (Park, 2006).

Pengalaman kesepian merupakan cermin dari sifat-sifat kemanusiaan. Artinya, sejauh manusia sadar dan menerima pengalaman kesepian tersebut dapat mengarah pada pertumbuhan batin (spiritualitas), dan pengalaman kesepian dianggap sebagai kekuatan positif (Carter, 2000; Moustakas, 1961). Pengalaman kesepian menjadi kekuatan positif karena seseorang yang mengalami kesepian dapat memaknai kehidupan dan kehilangan sebagai ketidakberdayaan manusia. Dalam memaknai ketidakberdayaan tersebut manusia menggunakan potensi dan mengembangkan kapasitasnya sebagai manusia (Carter, 2000; Perlman, 1987). Sebagai konsekuensinya, pengalaman kesepian yang di alami dapat menjadi "titik balik" dalam kehidupan seseorang dan mendorong untuk menempa kehidupan yang lebih bermakna dan lebih otentik (Mayers, Naples & Nilsen, 2005).

Pengalaman kesepian merupakan aspek intrinsik yang dimiliki oleh setiap manusia. Pengalaman kesepian memiliki sembilan gagasan kunci yaitu (1) yang ada dimana-mana (*everpresent*) (2) perasaan (3) pertahanan (4) kematian (5) kesadaran (6) komunikasi yang sulit (7) pertumbuhan batin (8) memberi makna (9) keaslian atau otensitas (Ettema, Derksen, & Van Leeuwen, 2010). Kesembilan gagasan tersebut merupakan persoalan yang seringkali muncul dalam kesepian yang dialami penderita afasia pascastroke karena kesulitan dalam berkomunikasi.

Kesulitan dalam berkomunikasi selama proses pemulihan bahasa bagi penderita afasia pascastroke menyulitkan bagi penderita dan

orang sekitarnya. Dari sisi penderita, ketidakmampuan tersebut sangat berhubungan dengan perasaan-perasaan keterasingan, rendah diri, dan rasa malu dalam tatanan sosial. Hal ini disebabkan hilangnya kemampuan mengenali, memahami dan mengeluarkan kata-kata dan simbol-simbol (Nystrom, 2006). Dari sisi orang-orang yang ada disekitarnya juga ditemukan adanya kesulitan dalam memahami kemauan penderita afasia pascastroke (Nystrom, 2011).

Hasil temuan pada penderita afasia pascastroke menunjukkan bahwa ketidakmampuan dalam berbahasa salah satunya gangguan kemampuan untuk simbolisasi, berdampak pada kesepian, perasaan malu, perasaan tersingkir, merasa terisolasi karena upaya bertukar pikiran, perasaan, bersikap dan pengalaman bersama orang lain berubah menjadi kegagalan (Nystrom, 2006; Storm, 2005; Van der Gaag *et al.*, 2005; Zammuner, 2008). Kegagalan untuk ikut berpartisipasi dalam komunitas karena kemampuan verbal yang rusak sering memunculkan perasaan-perasaan kesepian dan terisolasi (Wahrborg, 1991).

Berdasarkan beberapa studi awal yang dilakukan penulis, ditemukan bahwa bagi penderita afasia pascastroke didapati perubahan perilaku diantaranya, berdiam diri, menyendiri, mudah tersinggung, tidak bisa beradaptasi, dan agresif. Ditemukan pula bahwa penderita menunjukkan kesedihan yang mendalam, hanya dapat berkomunikasi dengan orang-orang tertentu, memiliki kemandirian (dalam beraktivitas tidak ingin mendapatkan bantuan dari orang lain), serta selalu ingin berbicara dengan siapa saja walaupun bahasanya tidak mudah dipahami (Wawancara dan observasi, November-Desember 2009).

Wawancara penulis pada beberapa penderita rawat inap dan penderita yang menjalani pemulihan dengan rawat jalan, ditemukan

adanya kesulitan orang lain dalam memahami kemauan penderita afasia pascastroke; sebaliknya penderita mengalami kesulitan dalam menyampaikan keinginannya sehingga penderita bersikap diam. Hal senada dikemukakan salah seorang keluarga dari penderita bahwa jika terdapat keinginan penderita yang tidak dimengerti, maka reaksi yang muncul adalah marah, menangis, dan berdiam (terlihat dalam ekspresi atau bahasa tubuhnya (Wawancara, November-Desember 2009). Kondisi psikologis hasil studi awal tersebut pada penderita afasia pascastroke, sejalan dengan temuan Kim *et al.* (2002) bahwa penderita afasia akibat stroke sering menjadi mudah terangsang, impulsif dan marah atau agresif terhadap orang lain.

Pada akhirnya, kesepian dapat menimbulkan berbagai efek pada penderita afasia pascastroke. Implikasinya berdampak pada masalah perilaku dan kesehatan. Telah banyak studi yang mendukung pernyataan ini, bahwa beberapa di antara aspek yang dapat menjadi faktor atau mediator dalam rasa kesepian adalah kognitif, afektif dan perilaku (Zammuner, 2008). Ketidakmampuan individu dalam melakukan suatu fungsi atau beberapa fungsi baik yang bersifat sementara atau menetap seperti memahami dan merespon pembicaraan, menjadi faktor dalam kesendirian yang direfleksikan dalam merasa nyaman dengan menutup kontak dengan orang lain (Zammuner, 2008).

Berdasarkan uraian di atas, diperlukan kajian lebih mendalam guna memahami bagaimana pengalaman kesepian penderita akibat stroke selama proses pemulihan. Selama ini beberapa kajian tentang penderita afasia lebih banyak dikaitkan dengan neurologi atau neurolinguistik (Fabbro, 2001). Tulisan ini akan lebih difokuskan pada kajian dalam perspektif psikologis yaitu dinamika psikologis berupa

pengalaman kesepian penderita afasia pascastroke selama proses pemulihan bahasa.

BAGIAN II

BERKENALAN DENGAN AFASIA

1. Pengertian Afasia Pascastroke

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf akibat gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak. Secara sederhana stroke didefinisikan sebagai penyakit otak karena terhentinya atau terganggunya suplai darah ke otak yang disebabkan oleh adanya sumbatan atau perdarahan dengan gejala kelemahan/kelumpuhan sesaat atau gejala berat sampai hilangnya kesadaran dan hingga kematian. WHO *Task Force in Stroke and Other Cerebral Disease* (1989) mendefinisikan stroke sebagai suatu disfungsi neurologik akut yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah dan terjadi secara mendadak (dalam beberapa detik) atau setidak-tidaknya secara cepat (dalam beberapa jam) dengan tanda-tanda sesuai daerah fokal otak yang terganggu. (Basir, 2002; Cort, *at al.*, 2004; Gillroy, 1979; Harsono, 1999; Pernamawati & R. Lamsudin, 1990; Sastra, 2007).

Stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu. Dalam jaringan otak, kurangnya

aliran darah menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusak atau mematikan sel-sel otak. Kematian jaringan otak dapat menyebabkan hilangnya fungsi yang dikendalikan oleh jaringan itu (Permanawati & R. Lamsuddin, 1990).

Sejumlah literatur mengungkapkan bahwa stroke menjadi penyebab kematian ketiga di Amerika Serikat dan banyak negara industri di Eropa setelah penyakit jantung dan kanker (Jauch, 2005; Stroke page, 2008) dan menurut WHO (1989) dalam Aliah (2006) menduduki peringkat kedua sedunia dalam urutan angka kematian setelah penyakit jantung. Walaupun data pasti belum ada, diperkirakan satu dekade ini di Indonesia terjadi peningkatan jumlah penderita stroke sekitar 10-15% (Yuhana, 2008). Lebih lanjut Yuhana mengatakan bahwa stroke lebih cenderung diderita oleh orang-orang lanjut usia, namun tidak jarang menyerang remaja dan orang-orang di usia produktif (15-40 tahun) bahkan dapat menyerang bayi dan anak-anak. Banyak faktor yang menjadi penyebabnya (Yuhana, 2008).

Dua hal utama yang menjadi penyebab stroke adalah tersumbatnya pembuluh darah dan perdarahan. Tersumbatnya pembuluh darah disebabkan oleh terganggunya peredaran darah ke otak sehingga terjadi penyempitan di pembuluh darah. Perdarahan dapat terjadi karena adanya kerusakan atau akibat kecelakaan. Atas dasar ini pula, kebanyakan para ahli membagi stroke ke dalam dua kelompok, yaitu perdarahan dan bukan perdarahan atau *infark serebri* (Adam's, 1981; Gilroy, 1979; WHO, 1989). Aliah (2006) yang juga didukung oleh berbagai sumber lain membagi stroke ke dalam dua jenis seperti di atas dengan sebutan stroke hemoragik (SH) dan stroke nonhemoragik atau disebut juga stroke iskemik (SI).

Stroke iskemik (*cerebral infark stroke*) terjadi oleh karena adanya gangguan aliran darah ke otak akibat penyumbatan di salah satu arteri

otak baik oleh trombosis maupun oleh emboli, dan sebagai penyebab utamanya adalah *aterosklerosis* (Caplan, 1988; Gilroy, 1979; Toole, 1984) sebagaimana yang dikutip dalam Permanawati dan Lamsudin (1990). Selanjutnya, dengan berpatokan pada kedua faktor penyebab tersebut stroke iskemik dibagi menjadi dua lagi, yaitu trombotik dan embolik (Sidharta, 1989).

Stroke trombotik yang merupakan bagian stroke iskemik adalah stroke karena akibat pecahnya pembuluh darah di otak, sementara stroke embolik adalah akibat penyumbatan pembuluh darah di otak. Kedua jenis stroke tersebut dikenal dengan GPDO (Gangguan peredaran darah di otak) (Kusumoputro, 1992). Adanya serangan stroke tersebut selain meninggalkan kecacatan berupa kelumpuhan, juga meninggalkan gangguan berbahasa (afasia) dan gangguan berbicara (disartria).

The Agency for Health Care Policy and Research Post-Stroke Rehabilitation Clinical Practice Guidelines mendefinisikan afasia sebagai hilangnya kemampuan untuk berkomunikasi dengan lisan bahkan isyarat, atau secara tertulis atau ketidakmampuan untuk memahami komunikasi tersebut atau hilangnya kemampuan berbahasa (Gresham, 1995).

Darley (1982) mengemukakan bahwa afasia biasanya melukiskan suatu kerusakan atau pelemahan bahasa akibat terjadinya cedera otak pada arca dominan bahasa *cerebral hemisphere*. Afasia dapat terjadi mengikuti stroke dan *traumatic brain injury*, dan dapat pula dihubungkan dengan penyakit yang mempengaruhi unsur dan fungsi otak (Nadau *et al.* 2000).

Definisi lain mengungkapkan afasia dicirikan sebagai permasalahan bahasa dan *cognitive communication* yang berhubungan dengan kerusakan otak lainnya seperti *dementia*, dan *traumatic brain*

injury (Orange, 1998). Bagaimanapun, penjelasan terhadap afasia tidak sederhana semata-mata sebagai kekacauan berbahasa, melainkan sebagai suatu kesatuan klinis yang kompleks.

Secara klinis Kertezs (1979) menguraikan afasia sebagai bagian dari neurology dimana gangguan terjadi pada pusat bahasa yang ditandai oleh *paraphasias*, kesukaran menemukan kata-kata, pemahaman yang berbeda dan berubah lemah, berkaitan pula dengan gangguan membaca dan menulis yang lazim seperti *dysarthria*, konstruksi non-verbal, kesulitan menyelesaikan masalah serta kelemahan dalam memberi dan merespon melalui isyarat (*impairment of gesture*).

Afasia dapat didefinisikan sebagai gangguan fungsi bahasa karena kerusakan tertentu pada bagian otak yang menyebabkan timbulnya kesulitan untuk memahami atau menghasilkan bentuk-bentuk linguistik. (Cahyono, 1995). Afasia merupakan gangguan berbahasa sebagai akibat adanya kelainan pada hemisfer kiri (Kusumoputro dalam Dardjowidjojo, 1991). Pandangan Kusumoputro ini didasarkan pada pendekatan sindromologi yang dapat dengan jelas menetapkan afasia terjadi karena adanya kelainan di hemisfer kiri otak. Berdasarkan pendekatan ini pula sehingga dikatakan penyebab utama afasia adalah stroke (gangguan peredaran darah di otak).

Afasia merupakan satu penyakit bahasa yang berhubungan dengan otak saraf berbahasa. Secara umum, orang-orang dengan gangguan afasia mengalami kesulitan menemukan kata-kata. Ketidaknormalan bahasa dalam afasia hampir selalu diakibatkan adanya kerusakan pada belahan kiri otak. Namun, adanya gangguan belahan kanan juga dapat menyebabkan adanya afasia. Ini dapat terungkap berkat adanya perhatian berbagai pakar. Sebagai bukti adalah adanya penggolongan afasia atas afasia motorik (otak kiri) dan afasia sensorik (otak kanan).

Dari beberapa kasus yang pernah ada, tampak orang-orang yang afasia tidak mampu memproses bahasa secara auditoris, tetapi masih dapat mendengarkan bunyi-bunyi secara normal dalam sebagian besar kata-kata lisan. Demikian juga bahwa mereka ini dapat melihat, tetapi tidak dapat membaca. Mereka dapat mengunyah, menelan, dan bersenandung, tetapi tidak dapat berbahasa (Lyons, 1992).

Gangguan berbahasa bagi penderita stroke atau afasia pascastroke meskipun hanya dialami penderita stroke sekitar 15 % (Munandar, 2004), namun sangat mengganggu karena penderita akan mengalami kesulitan berkomunikasi dengan individu lain. Sebagai contoh kasus pernah dialami oleh almarhum Soeharto (Presiden RI II) yang menyandang afasia yang berasal dari sisa gejala stroke sebelumnya.

Menurut Lumenpou sebagaimana dikutip Kusumoputro (1992), afasia timbul karena gangguan di bagian-bagian otak yang bertugas memahami bahasa lisan dan tulisan, mengeluarkan isi pikiran, mengintegrasikan fungsi pemahaman bahasa dan mengeluarkannya, serta mengintegrasikan pusat fungsi berbahasa ini dengan bagian lainnya.

Berdasarkan uraian di atas, yang dimaksud dengan afasia pascastroke adalah afasia yang terjadi sebagai akibat dari terjadinya stroke. Adanya ketidakmampuan dalam berbahasa baik lisan maupun tulisan, mengeluarkan isi pikiran, mengintegrasikan antara pemahaman dengan pengeluaran bahasa serta mengintegrasikan fungsi bahasa tersebut disebabkan oleh terjadinya stroke.

2. Tipe Afasia

Di kalangan ahli bahasa sudah lama diketahui bahwa setiap orang memiliki kecenderungan untuk menggunakan perkataan-perkataan

yang disukai sehingga corak bahasanya khas bagi dirinya. Hal ini ada benarnya mengingat ekspresi verbal merupakan kemampuan manusia semata-mata, tidak dimiliki oleh hewan. (Fromkin & Rodman, 1983). Ekspresi verbal berarti mengutarakan pikiran secara lisan atau perkataan.

Ditinjau dari sudut medis, gangguan ekspresi verbal dapat dikelompokkan ke dalam tiga golongan, yaitu (a) gangguan berbicara, (b) gangguan berbahasa, dan (c) gangguan berpikir (Sidharta, 1989). Jika dikaitkan dengan orang-orang yang mengalami stroke, gangguan berpikir tidak begitu perlu mendapatkan perhatian di sini karena hal itu dapat terjadi pada diri setiap individu (termasuk orang-orang normal). Oleh karena itu, yang perlu dibahas di sini ialah afasia sebagai gangguan berbahasa.

Berbagai pengalaman klinik menunjukkan bahwa sebagian orang yang menderita afasia ditandai oleh adanya ketidaksesuaian antara bentuk leksikal dan bentuk gramatikal, sebagian lagi mengalami kesulitan dengan nomina, verba, adjektiva dan lain-lain, sebagian yang lain menemui kesulitan dalam pengucapan kata-kata tugas. Kesulitan lain yang ditemui pada sebagian di antara mereka dapat terjadi dalam bentuk ketidakmampuan untuk mengelompokkan bentuk leksikal ke dalam nilai semantiknya. Misalnya, mereka mengetahui makna kata *membaca*, tetapi tidak dapat menggolongkan kata ini sebagai nomina, verba, adjektiva, atau pun adverbial (Said, 2009, 2010)

Mencermati berbagai pengalaman klinik di atas erat sekali kaitannya dengan pengklasifikasian afasia. Penggunaan Tes Keping 36 dan Tes Boston telah dapat menentukan berbagai jenis afasia. Tiap-tiap tes tersebut terdiri atas dua bagian, yaitu tes verbal dan tes nonverbal untuk mengevaluasi modalitas bahasa seperti berbicara spontan (*spontaneous speech*), penamaan benda (*naming*), pemahaman bahasa

(*comprehension*), pengulangan (*repetition*), membaca (*reading*), dan menulis (*writing*) (Dardowidjojo, 1991; Kusumoputro, 2009; Said, 2009).

Berdasarkan klasifikasi Kirschner yang dikutip Freeman (1982) dan Kusumoputro yang dikutip oleh Dardjowidjojo (1991) bahwa karakteristik kemampuan modalitas bahasa bagi orang-orang yang menderita afasia dapat dinilai dengan pola jenis afasia masing-masing sehingga ditemukan adanya sembilan jenis afasia, yaitu Broca, Wernicke, konduksi, global, anomik, transkortikal motorik, transkortikal sensorik, aleksia dengan agrafia, dan aleksia tanpa agrafia. Untuk jelasnya dapat dilihat pada tabel klasifikasi afasia dari Kirschner berikut:

Tabel II. 1.
Kirschner Aphasia Classification, Modified From Benson and Geschwind

| | Spontaneous speech | Naming | Auditory comprehension | Repetition | Reading | Writing |
|-------------------------|------------------------|--------|------------------------|------------|---------|---------|
| Broca's | Telegraphic or mute | - | + | - | + | - |
| Wernicke's | Fluent but with errors | - | - | - | - | - |
| Global | Telegraphic or mute | - | - | - | - | - |
| Conduction | Fluent but with errors | +/- | + | - | + | + |
| Anomic | Fluent with Broca-like | - | + | + | + | + |
| Transcortical motoric | Fluent with Broca-like | +/- | + | + | + | + |
| Transc. Sensory | Wernicke-like | - | - | - | - | - |
| Isolation syndrome | Decreased or absent | - | - | + | - | - |
| Alexia with agraphia | hear normal | +/- | + | + | - | - |
| Alexia without agraphia | hear normal | +/- | + | - | - | - |

Sumber: (Dardjowidjojo, 1991 : 51)

Dharmaperwira-Prins (2000) juga memperlihatkan pengklasifikasian tipe afasia yang hampir sama dengan klasifikasi Kirschner di atas. Hal ini wajar karena Dharmaperwira-Prins mengadopsi klasifikasi Boston seperti halnya Kirschner. Perbedaan jenis klasifikasi keduanya hanya terjadi dalam penggunaan istilah (terminologi). Aleksia dengan agrafia dan aleksia tanpa agrafia dalam klasifikasi Kirschner dapat diparalelkan dengan afasia campuran dalam klasifikasi Dharmaperwira-Prins. Untuk jelasnya jenis klasifikasi afasia Dharmaperwira-Prins dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel II.2
Klasifikasi Sindrom Afasia (Boston)

| | Kelancaran | Meniru Ucapan | Pemahaman |
|-------------------------|--------------|---------------|-----------|
| Afasia Global | tidak lancar | - | - |
| Afasia Broca | tidak lancar | - | + |
| Afasia Tran. Moto | tidak lancar | + | + |
| Afasia Tran. camp | tidak lancar | + | - |
| Afasia Wernicke | lancar | - | - |
| Afasia Transk. Sensoris | lancar | + | - |
| Afasia Konduksi | lancar | - | + |
| Afasia Anomis | lancar | + | + |

Keterangan: Tanda minus (-) berarti aspek itu terganggu

Tanda plus (+) berarti aspek itu normal atau relatif tidak terganggu (dibandingkan dengan aspek-aspek lain pada sindrom itu).

Sumber: (Dharmaperwira-Prins, 2000 : 39).

Ada berbagai macam tipe afasia, tergantung pada daerah mana di hemisfer yang terkena stroke. Perlu dipahami bahwa pengaruh stroke tidak hanya pada gangguan wicara melainkan juga pada gangguan-gangguan lainnya yang tidak langsung berkaitan dengan bahasa. Berikut adalah penjelasan singkat beberapa tipe afasia yang umum ditemukan (Dardjowidjojo, 1991; Kaplan, 1994) :

- 1) Afasia Global merupakan afasia yang sangat parah dengan ciri-ciri tidak dapat berbicara, kecuali terkadang satu kalimat otomatis, tidak dapat meniru ucapan, sulit sekali mengerti bahasa orang lain, dan sama sekali tidak dapat membaca dan menulis. Pada afasia jenis ini kerusakan terjadi tidak pada satu atau dua area saja tetapi di beberapa area yang lain. Kerusakan dapat menyebar dari daerah Broca, melewati korteks motor, menuju ke lobe parietal, dan sampai ke daerah Wernicke. Lesi yang sangat luas ini tentunya mengakibatkan gangguan

fisikal dan verbal yang sangat besar. Dari segi fisik, penderita bisa mengalami lumpuh di sebelah kanan dan mulut bisa mencong, dan lidah bisa menjadi tidak cukup fleksibel. Dari segi verbal, penderita bisa kesulitan memahami ujaran orang, ujarannya tidak mudah dimengerti orang, dan kata-katanya tidak diucapkan dengan cukup jelas.

- 2) Afasia Broca merupakan afasia yang dapat bervariasi antara ringan sampai berat dengan ciri sulit menemukan kata-kata dan berbicara tersendat-sendat dengan kalimat yang tidak lengkap, gangguan menulisnya pada umumnya setara dengan gangguan berbicaranya, pengertian bahasa lisan dan tulis lebih baik. Disebut afasia Broca karena kerusakan yang umumnya disebut *lesion* terjadi pada daerah Broca. Karena daerah ini berdekatan dengan jalur korteks motor maka yang sering terjadi adalah bahwa alat-alat ujaran, termasuk bentuk mulut, menjadi terganggu; kadang-kadang mulut bisa mencong. Afasia Broca menyebabkan gangguan pada perencanaan dan pengungkapan ujaran. Kalimat-kalimat yang diproduksi terputah-putah. Karena alat penyuaranya juga terganggu maka seringkali lafalnya juga tidak jelas. Kata-kata dari daftar kategori sintaktik utama seperti nomina, verba, dan adjektiva tidak terganggu tetapi penderita kesulitan dengan kata-kata fungsi. Penderita dapat mengingat dan mengucapkan nomina *sapu* tetapi kesulitan mengingat dan mengucapkan *menyapu*. Kalimat-kalimatnya pun banyak yang tanpa infleksi atau afiks.
- 3) Afasia Transkortikal Motorik adalah afasia yang dapat bervariasi antara ringan sampai berat dengan ciri sulit berbicara secara spontan dan terdengar ragu-ragu serta menggunakan kalimat tidak lengkap, meniru ucapan lebih baik tetapi seringkali dilakukan secara otomatis, gangguan

menulis yang setara dengan gangguan bicaranya, pemahaman bahasa lisan dan tulis lebih baik.

- 4) Afasia Transkortikal Sensorik merupakan afasia yang bervariasi antara ringan sampai berat dengan ciri pengertian bahasa lisan dan tulis sangat terganggu, dapat berbicara lancar tetapi dengan kata-kata yang salah, dapat mengulang dengan baik kata-kata dan kalimat, meskipun tidak memahami maknanya, dan umumnya gangguan menulis yang setara dengan gangguan bicaranya.
- 5) Afasia Transkortikal Campuran juga merupakan afasia yang bervariasi antara ringan sampai berat dengan ciri pemahaman maupun pengungkapan bahasa lisan dan tulis yang terganggu, dapat meniru ucapan dan menyelesaikan kalimat walaupun tidak mengerti maknanya.
- 6) Afasia Wernicke adalah afasia yang bervariasi antara sedang sampai berat dengan ciri pengertian bahasa lisan dan tulis sangat terganggu, dapat berbicara dengan lancar tetapi menggunakan kata-kata yang salah, gangguan menulisnya umumnya setara dengan gangguan bicaranya. Letak kerusakan adalah pada area Wernicke yakni bagian agak ke belakang dari lobe temporal. Korteks-korteks lain yang berdekatan yang berdekatan juga dapat terkena. Penderita afasia jenis ini lancar dalam berbicara, dan bentuk sintaksisnya juga cukup baik. Hanya saja, kalimat-kalimatnya sangat sukar dimengerti karena banyak kata yang tidak cocok maknanya dengan kata-kata lain sebelum dan sesudahnya. Hal ini disebabkan karena penderita afasia ini sering keliru dalam memilih kata-kata misalnya kata *wortel* digantikan dengan *kubis*. Penderita afasia Wernicke juga mengalami gangguan

- dalam komprehensi lisan. Penderita tidak dapat dengan mudah memahami apa yang orang lain katakan.
- 7) Afasia Konduksi adalah afasia yang bervariasi antara ringan sampai sedang dengan ciri dapat berbicara dengan lancar tetapi ragu-ragu karena ada kesulitan menemukan kata, terganggu dalam menirukan ucapan, dan pemahaman bahasa lebih baik. Bagian otak yang rusak pada afasia jenis ini adalah fiber-fiber yang ada pada fasikulus arkurat yang menghubungkan lobe frontal dengan lobe temporal. Karena hubungan daerah Broca di lobe frontal yang menangani produksi dengan daerah Wernicke di lobe temporal yang menangani komprehensi terputus maka penderita afasia konduksi tidak dapat mengulang kata yang baru saja diberikan kepadanya. Penderita dapat memahami apa yang dikatakan orang. Misalnya, dia akan dapat mengambil *buku* yang terletak di meja, kalau disuruh demikian. Dia juga akan dapat berkata *buku itu di meja*, tetapi dia tidak akan dapat menjawab secara lisan pertanyaan *Di mana bukunya?* Bisa terjadi, penderita ditanya tentang A, yang dijawab adalah tentang B, atau C.
- 8) Afasia Anomik merupakan afasia yang ringan dengan ciri kesulitan utamanya adalah menemukan kata-kata dan memahami kata-kata tertentu. (Dharmaperwira-Prins, 2000). Kerusakan otak terjadi pada bagian depan dari lobe parietal atau pada batas antara lobe parietal dengan dengan lobe temporal. Gangguan wicara tampak pada ketidakmampuan penderita untuk mengaitkan konsep dan bunyi atau kata yang mewakilinya. Jadi, kalau kepada penderita ini diminta untuk mengambil benda yang bernama *sepatu*, penderita akan dapat melakukannya. Akan tetapi, kalau kepadanya ditunjukkan

sepatu, maka dia tidak akan dapat mengatakan nama benda itu (Kaplan, 2004).

Agar pemahaman tentang afasia sebagai gangguan berbahasa dan perbedaannya dengan disartria sebagai gangguan berbicara lebih komprehensif maka disamping afasia dan disartria, ada pula bentuk-bentuk gangguan wicara lainnya yang perlu diketahui untuk memahami letak perbedaannya dengan afasia yaitu, *agnosia* atau *demensia (dementia)* adalah gangguan pada pembuatan ide. Penderita tidak dapat memformulasikan ide yang akan dikatakan dengan baik sehingga isi ujaran tidak sistematis atau tidak beraturan. *Aleksia (alexia)* adalah hilangnya kemampuan untuk membaca sedangkan *agrafia (agraphia)* adalah hilangnya kemampuan untuk menulis dengan huruf-huruf yang normal. Kedua gangguan ini disebut pula sebagai *disleksia (dyslexia)* (Dardowidjojo, 2008; Dingwall, 1998; Kusumoputro, 1992).

Berdasarkan uraian yang telah dijelaskan tentang afasia dan jenis-jenis afasia maka fokus objek penelitian adalah dua jenis afasia yakni afasia Broca dan afasia Wernicke. Pemilihan kedua jenis afasia ini didasarkan pada pembagian afasia secara umum yaitu afasia ekspresif dan afasia reseptif. Disamping itu didasarkan pada tipe afasia lancar dan tidak lancar.

3. Akibat Afasia Pascastroke

Penderita afasia akibat stroke dapat mengalami kesulitan untuk memahami dan menghasilkan bentuk-bentuk linguistik. Salah satu bukti empiris adalah hasil penelitian Gordon (1987) terhadap seorang penderita stroke yang berkemampuan dwibahasa bahwa orang tersebut mengalami kehilangan bahasa pertamanya, sedangkan bahasa kedua

yang sedang dipelajarinya masih melekat. Namun, hal sebaliknya dapat terjadi pada penderita stroke yang lain (Cahyono, 1995).

Bagi penderita afasia pascastroke apa yang dialami merupakan akibat dari terjadinya kerusakan di otak. Kerusakan di otak berimplikasi pada gangguan tubuh, gangguan kognisi, dan perubahan psikososial. Perubahan yang terjadi dapat menyebabkan konsep diri negatif. Hal ini dikarenakan kemampuan dan kemandirian mengalami penurunan, dan adanya rasa pemisahan antara diri dan tubuh yang berubah (Ellis-Hill & Horn, 2000; Ellis-Hill, Payne & Ward, 2000).

Akibat lain yang muncul bagi penderita afasia pascastroke adalah penderita sering mengalami depresi (Ytterberg, Anderson Malm & Britton, 2000), dan mengalami krisis perkembangan atau krisis eksistensi diri dengan perasaan kesendirian (Hjelmblink, Bernsten, Uvhagen, Kunkel & Holmstro, 2007; Nilsson, Jansson & Norberg, 1999; Nilsson, Jansson & Norberg, 1997; Nystrom, 2006, 2011).

Efek atau dampak yang muncul tersebut menyebabkan penurunan kualitas hidup penderita sehingga bagi penderita membutuhkan dukungan psikososial. Hal ini merupakan sebuah fakta yang telah ditunjukkan berulang kali dalam beberapa penelitian mulai dari awal tahun 1980-an hingga awal tahun 2000-an (Ahlsio, Britton, Murray & Theorell, 1984; De Haan, Limburg, van der Meulen, Jacobs & Aaronson, 1995; Glader, Stegmayr, Johansson, Hulter-Asberg, Staaf & Wester, 2001; King, 1996; Mayo, Kayu-Dauphinee, Cote, Durcan & Carlton, 2002). Oleh karena itu, merupakan suatu kebutuhan untuk pemahaman yang lebih mendalam mengenai pengalaman-pengalaman psikososial penderita afasia pascastroke dan kebutuhan selama proses pemulihan terutama pada pemulihan bahasa tampaknya telah terbukti selama dua dekade.

BAGIAN III

PENGALAMAN KESEPIAN (LONELINESS)

1. Kesepian

a. Pengertian Kesepian

Kesepian (*loneliness*) merupakan suatu keadaan non konstruktif yang membuat penderitanya berada dalam keadaan tidak berdaya secara emosional (Moustakas, 1961). Sedangkan menurut Sullivan (lihat Peplau & Perlman, 1982), kesepian merupakan pengalaman yang sangat tidak menyenangkan.

Kaasa (1998) menambahkan bahwa kesepian merupakan pengalaman subjektif dan tergantung pada interpretasi individu terhadap suatu kejadian. Kesepian tersebut pada dasarnya mengacu pada ketidaknyamanan subjektif yang dirasakan seseorang ketika beberapa kriteria penting dalam hubungan sosial terhambat dan tidak terpenuhi (Gierveld & Havens, 2004). Kekurangan tersebut dapat bersifat kuantitatif (tidak memiliki teman seperti yang diinginkan) dan bersifat kualitatif seperti merasa bahwa hubungan sosial yang dibina

bersifat seadanya dan kurang memuaskan (Gierveld & Havens, 2004; Taylor, 2000). Kesenian juga merupakan reaksi emosi dan kognisi karena memiliki hubungan yang sedikit dan tidak memuaskan dari yang diharapkan (Baron & Byrne, 2000).

Beberapa studi meninjau pengalaman kesepian sebagai fenomena isolasi atau kesendirian. Oleh karena itu, terlebih dahulu kesepian harus dibedakan dari isolasi dan kesendirian sebagai analisis utama dalam memahami pengalaman kesepian. Isolasi mengacu pada keadaan faktual dari keadaan terpisah atau dipisahkan. Dengan demikian, ini adalah kondisi eksternal dan obyektif yang dapat diukur dan dikendalikan sampai batas tertentu. Ketika suatu keadaan isolasi dapat dirasakan dan dievaluasi, ia menjadi sebuah pengalaman yang bersifat internal dan subyektif (Sadler & Johnson, 1980). Pengalaman isolasi tersebut dapat berbentuk kesendirian atau kesepian. Kesendirian menunjukkan sebuah pengalaman positif dari isolasi, yaitu cara yang konstruktif untuk menjadi terpisah dari orang lain untuk menyendiri. Kesenian, di sisi lain, menunjukkan pengalaman negatif dari isolasi, yaitu kesedihan mental dan tekanan fisik yang berat dari perasaan kesepian (Gierveld, Jenny, and Raadschelders, 1982; Tillich, 1980).

Meskipun perbedaan antara kesepian, kesendirian, dan isolasi telah diterima secara luas, istilah-istilah ini tidak sepenuhnya diterima tanpa perbedaan. Sebagai contoh, dalam studinya pada tahun 1961, Moustakas tidak membedakan antara kesepian dan kesendirian (Moustakas, 1961), tapi tidak demikian dengan studinya pada tahun 1972 (Moustakas, 1972). Selain itu, Yalom menghubungkan isolasi dan kesepian tanpa penjelasan (Yalom, 1980) serta Sand dan Strang (2006) tampaknya menggunakan istilah-istilah tersebut secara bergantian.

Perbedaan antara aspek-aspek positif dan negatif dari kesendirian dan kesepian diperdebatkan untuk alasan budaya, (Gierveld, Jenny, & Raadschelders, 1982) atau alasan semantis (Perlman, 1987). Mijuskovic (1980) mengemukakan bahwa yang membedakan antara kesepian, kesendirian, dan isolasi adalah perasaan tersia-siakan sejak semua istilah ini direduksi ke dalam bentuk yang lebih primordial, yaitu 'takut kesepian'. Akhirnya, muncullah diskusi mengenai hubungan antara kesepian dan penyembuhan inheren, yang diduga menyerang pada kesendirian (Suedfeld, 1982). Terlepas dari diskusi ini, sebagian besar peneliti menganut adanya perbedaan antara kesepian, kesendirian dan isolasi (Gaev, 1976; Larson, Csikszentmihalyi, & Graef, 1982; McGraw, 1995; Moustakas, 1972). Oleh karena itu, perbedaan ini berfungsi sebagai poin atau titik tolak bagi peneliti dalam menentukan fokus analisis.

b. Pendekatan dalam Definisi Kesepian

Secara umum definisi kesepian dapat digolongkan melalui tiga pendekatan utama, yaitu :

1) Pendekatan *Need for Intimacy*

Need for Intimacy merupakan salah satu kebutuhan akan kedekatan atau keakraban. Pendekatan ini menitikberatkan pada faktor kedekatan atau keakraban. Menurut pandangan pendekatan ini, kesepian dipandang sebagai suatu perasaan sepi yang diakibatkan karena tidak terpenuhinya kebutuhan akan keakraban dengan orang lain. Fromm-Reinchmann mengemukakan bahwa kebutuhan akan keakraban ada pada sepanjang hidup manusia. Perasaan kesepian tampaknya mendominasi hidup klien-klien yang dibantunya. Fromm-Reinchmann menyimpulkan bahwa hal tersebut bersumber dari kurangnya perhatian dan pengalaman

akan cinta kasih (dalam Moustakas, 1961). Sejalan dengan pandangan di atas, Sullivan mengemukakan bahwa kesepian adalah pengalaman yang tidak menyenangkan yang diakibatkan karena tidak terpenuhinya pengalaman untuk hubungan kedekatan dengan seseorang serta antar perorangan (Peplau & Perlman, 1982). Hal senada dikemukakan oleh Weiss (lihat Peplau & Perlman, 1982), bahwa gejala kesepian adalah reaksi dari kurang adanya perhatian yang mendalam dari orang lain dan kurangnya terjalin keakraban dengan orang lain. Dengan kata lain, kesepian dianggap bersumber dari kurangnya hubungan dengan orang lain yaitu dalam memberikan kasih sayang maupun keakraban.

2) Pendekatan *Cognitive Process*

Pendekatan proses kognitif ini berpendapat bahwa kesepian merupakan hasil dari persepsi dengan evaluasi individu terhadap hubungan sosial yang dianggap tidak memuaskan. Menurut Lopata (lihat Peplau & Perlman, 1982), kesepian (*loneliness*) adalah suatu pengalaman atau perasaan sentimen yang diharapkan seseorang berbeda dari pengalaman yang ada dalam tingkat interaksi yang berbeda. Berdasarkan definisi tersebut tampak bahwa kesepian muncul akibat ketidaksesuaian antara tingkat hubungan yang diharapkan dengan kenyataan yang ada. Selain itu Sermat (lihat Peplau & Perlman, 1982) mengemukakan kesepian timbul dari perbedaan antara jenis hubungan yang dialami individu pada saat itu dengan jenis hubungan yang diinginkan.

3) Pendekatan *Social Reinforcement*

Pendekatan penguatan sosial ini berpendapat bahwa hubungan sosial yang memuaskan dapat dianggap sebagai suatu bentuk *reinforcement* dan ketidakadaan *reinforcement* ini dapat

menimbulkan kesepian (*loneliness*). Menurut Young (lihat Peplau & Perlman, 1982), kesepian (*loneliness*) adalah sebagai tidak dimilikinya hubungan sosial yang memuaskan yang dapat dianggap sebagai penguat atau *reinforcement* bagi individu. Tidak dimilikinya hubungan sosial ini dalam arti hanya berdasarkan persepsi individu saja.

Jika disimpulkan dari ketiga pendekatan di atas maka pendekatan pertama menyimpulkan kesepian (*loneliness*) merupakan akibat kurangnya hubungan sosial seseorang, sedangkan pendekatan kedua menyimpulkan kesepian (*loneliness*) merupakan pengalaman subjektif yang berbeda dari isolasi sosial yang bersifat objektif. Pendekatan ketiga menyimpulkan kesepian (*loneliness*) dianggap sebagai suatu pengalaman yang tidak menyenangkan. Namun ketiga pendekatan tersebut saling berhubungan satu dengan yang lainnya dan adanya keseragaman dalam memandang kesepian (*loneliness*).

Berdasarkan uraian di atas, yang dimaksud dengan kesepian adalah pengalaman subjektif seseorang akibat terputusnya hubungan sosial atau tidak adanya kedekatan dalam hubungan sosial hasil persepsi dan evaluasi hubungan sosial yang kurang memuaskan atau hubungan sosial yang tidak sesuai dengan harapan individu sendiri dan merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan karena tidak adanya penguat dari lingkungan. Selanjutnya, definisi kesepian yang akan digunakan adalah definisi kesepian dengan pendekatan *cognitive process*, yaitu adanya perbedaan atau kesenjangan antara hubungan sosial yang individu inginkan dengan yang individu capai.

c. Bentuk-Bentuk Kesepian

Weiss (lihat Santrock, 2003) menyebutkan adanya dua bentuk kesepian yang berkaitan dengan tidak tersedianya kondisi sosial yang berbeda, yaitu:

- 1) Isolasi emosional (*emotional isolation*) adalah suatu bentuk kesepian yang muncul ketika seseorang tidak memiliki ikatan hubungan yang intim; orang dewasa yang lajang, bercerai, dan ditinggal mati oleh pasangannya sering mengalami kesepian jenis ini.
- 2) Isolasi sosial (*social isolation*) adalah suatu bentuk kesepian yang muncul ketika seseorang tidak memiliki keterlibatan yang terintegrasi dalam dirinya; tidak ikut berpartisipasi dalam kelompok atau komunitas yang melibatkan adanya kebersamaan, minat yang sama, aktivitas yang terorganisir, peran-peran yang berarti; suatu bentuk kesepian yang dapat membuat seseorang merasadiasingkan, bosan dan cemas.

Kesepian dapat dibagi menjadi dua bentuk berdasarkan durasi kesepian yang dialami (Weiten & Lloyd, 2006), yaitu:

- 1) *Transient loneliness*, yaitu perasaan kesepian yang singkat dan muncul sesekali, banyak dialami individu ketika kehidupan sosialnya sudah cukup layak. Misalnya ketika mendengar sebuah lagu atau ekspresi yang mengingatkan pada seseorang yang dicintai yang telah pergi jauh.
- 2) *Transitional loneliness*, yaitu individu sebelumnya sudah merasa puas dengan kehidupan sosialnya menjadi kesepian setelah mengalami gangguan dalam jaringan sosialnya (misal,

meninggalnya orang yang dicintai, bercerai atau pindah ke tempat baru).

- 3) *Chronic loneliness* adalah kondisi ketika individu merasa tidak dapat memiliki kepuasan dalam jaringan sosial yang dimilikinya setelah jangka waktu tertentu. *Chronic loneliness* menghabiskan waktu yang panjang dan tidak dapat dihubungkan dengan *stressor* yang spesifik. Orang yang mengalami *chronicloneliness* bisa saja berada dalam kontak sosial namun tidak memperoleh tingkat imitasi dengan orang lain dalam interaksi tersebut. (Berg & Peplau, 1982)

d. Penyebab Kesepian

Menurut Brehm(2002) terdapat empat hal yang dapat menyebabkan seseorang mengalami kesepian, yaitu:

1) Ketidakadekuatan dalam hubungan yang dimiliki seseorang

Menurut Brehm (2002), hubungan yang tidak adekuat akan menyebabkan seseorang tidak puas dengan hubungan yang dimilikinya. Ada banyak alasan seseorang tidak puas dengan hubungan yang dimilikinya tersebut. Rubenstein dan Shaver (1982) menyimpulkan beberapa alasan yang banyak dikemukakan oleh orang yang kesepian, yaitu sebagai berikut:

- a) *Being unattached*: tidak memiliki pasangan, tidak memiliki partner seksual, berpisah dengan pasangan atau kekasihnya.
- b) *Alienation*: merasa berbeda, merasa tidak dimengerti, tidak dibutuhkan dan tidak memiliki teman dekat.

- c) *Being alone*: pulang ke rumah tanpa adanya yang menyambut, atau bisa dikatakan selalu sendiri.
- d) *Forced isolation*: dikurung di dalam rumah, dirawat inap di rumah sakit, tidak bisa kemana-mana.
- e) *Dislocation*: jauh dari rumah (merantau), memulai pekerjaan atau sekolah baru, sering pindah rumah, sering melakukan perjalanan.

Kelima kategori ini dapat dibedakan berdasarkan penyebabnya. *Being unattached*, *alienation* dan *being alone* disebabkan oleh karakteristik individu yang kesepian, sedangkan *forced isolation* dan *dislocation* disebabkan oleh karakteristik orang-orang yang berbeda disekitar lingkungan individu yang merasa kesepian.

2) Terjadi perubahan terhadap apa yang diinginkan seseorang dari suatu hubungan.

Kesepian juga dapat muncul karena terjadi perubahan terhadap apa yang diinginkan seseorang dari suatu hubungan. Pada saat hubungan sosial yang dimiliki seseorang cukup memuaskan, orang tersebut tidak mengalami kesepian. Akan tetapi ada saat dimana hubungan tersebut tidak lagi memuaskan, karena orang itu telah merubah apa yang diinginkannya dari hubungan tersebut. Perubahan itu dapat muncul dari beberapa sumber (Brehm, 2002; Peplau & Perlman, 1982), yaitu:

- a) Perubahan *mood* seseorang. Jenis hubungan yang diinginkan seseorang ketika sedang senang berbeda dengan jenis hubungan ketika sedang sedih. Bagi beberapa orang akan cenderung membutuhkan orang

tuanya ketika sedang senang, dan akan cenderung membutuhkan teman-temannya ketika sedang sedih.

- b) Usia. Sering dengan bertambahnya usia, perkembangan seseorang membawa berbagai perubahan yang akan mempengaruhi harapan atau keinginan orang itu terhadap suatu hubungan.
- c) Perubahan situasi. Banyak orang tidak mau menjalin hubungan emosional yang dekat dengan orang lain ketika sedang membina karir. Ketika karir sudah mapan orang tersebut akan dihadapkan pada kebutuhan yang besar akan sesuatu hubungan yang memiliki komitmen secara emosional.

3) *Self-esteem*

Kesepian berhubungan dengan *self-esteem* yang rendah. Orang yang memiliki *self-esteem* yang rendah cenderung merasa tidak nyaman pada situasi yang beresiko secara sosial. Dalam keadaan seperti ini orang tersebut akan menghindari kontak-kontak sosial tertentu secara terus menerus yang akan berakibat pada kesepian.

4) Perilaku interpersonal

Perilaku interpersonal menentukan keberhasilan individu dalam membangun hubungan yang diharapkan. Dibandingkan dengan orang yang tidak mengalami kesepian, orang yang mengalami kesepian akan menilai orang lain secara negatif, tidak begitu menyukai orang lain, tidak mempercayai orang lain, menginterpretasikan tindakan orang lain secara negatif, dan cenderung berpegang pada sikap-sikap yang bermusuhan. Orang yang mengalami kesepian juga cenderung terlambat

dalam keterampilan sosial, cenderung pasif bila dibandingkan dengan orang yang tidak mengalami kesepian, ragu-ragu dalam mengekspresikan pendapat di depan umum, cenderung tidak responsif, tidak sensitif secara sosial, dan lambat membangun keintiman dalam hubungan yang dimilikinya dengan orang lain. Perilaku ini akan membatasi kesempatan orang tersebut untuk bersama dengan orang lain dan memiliki kontribusi terhadap pola interaksi yang tidak memuaskan (Brehm, 2002; Peplau & Perlman, 1982).

5) Atribusi penyebab

Perasaan kesepian muncul sebagai kombinasi dari adanya kesenjangan hubungan sosial pada individu ditambah dengan atribusi penyebab. Atribusi penyebab dibagi atas komponen internal-eksternal dan stabil-tidak stabil (Brehm, 2002; Peplau & Perlman, 1982).

Individu yang memandang kesepian secara internal dan stabil menganggap dirinya adalah penyebab kesepian sehingga individu lebih sulit untuk keluar dari perasaan kesepian tersebut. Individu yang memandang kesepian secara eksternal dan stabil menganggap hanya karena keadaan lingkunganlah yang menyebabkan merasa kesepian. Sedangkan individu yang memandang kesepian secara eksternal dan tidak stabil berharap sesuatu dapat merubah keadaan menjadi lebih baik sehingga memungkinkan untuk keluar dari perasaan kesepian tersebut (Brehm, 2002; Peplau & Perlman, 1982).

e. Perasaan Individu Ketika Kesepian

Pada saat mengalami kesepian, individu akan merasakan ketidakpuasan, kehilangan dan distress, namun hal ini tidak berarti lagi bahwa orang-orang yang berbeda bisa saja memiliki perasaan kesepian yang berada dalam situasi yang berbeda pula (Brehm, 2002; Peplau & Perlman, 1982).

Wrightsmian (1993) mendeskripsikan perasaan-perasaan kesepian, yaitu:

- 1) *Desperation* (pasrah). *Desperation* merupakan perasaan keputusasaan, kehilangan harapan, serta perasaan yang sangat menyedihkan sehingga mampu melakukan tindakan yang berani dan tanpa berpikir panjang. Beberapa perasaan yang spesifik dari *desperation* adalah: (1) Putus asa, yaitu memiliki harapan sedikit dan siap melakukan sesuatu tanpa memperdulikan bahaya pada diri sendiri maupun orang lain, (2) Tidak berdaya, yaitu membutuhkan bantuan orang lain tanpa kekuatan mengontrol sesuatu atau tidak dapat melakukan sesuatu, (3) Takut, yaitu ditakutkan atau dikejutkan oleh seseorang atau sesuatu (sesuatu yang akan terjadi), (4) Tidak punya harapan, yaitu tidak mempunyai pengalaman, tidak menunjukkan harapan, (5) Merasa ditinggalkan, yaitu ditinggalkan atau dibuang seseorang, serta (6) Mudah mendapat kecaman atau kritik, yaitu mudah dilukai baik secara fisik maupun emosional.
- 2) *Impatient Boredom* (tidak sabar dan bosan). *Impatient boredom* adalah rasa bosan yang tidak tertahankan, jernih, tidak suka menunggu lama, dan tidak sabar. Beberapa indikator *impatient boredom* seperti (1) Tidak sabar, yaitu menunjukkan perasaan kurang sabar, sangat menginginkan

sesuatu (2) Bosan, yaitu merasa jemu (3) Ingin berada di tempat lain, yaitu seorang yang merasa dirinya ditempatkan yang berbeda dari tempat individu tersebut berada saat ini (4) Kesulitan, yaitu khawatir atau cemas dalam menghadapi keadaan (5) Sering marah, yaitu *filled with anger*, serta (6) Tidak dapat berkonsentrasi, yaitu tidak mempunyai keahlian, kekuatan, atau pengetahuan dalam memberikan perhatian penuh terhadap sesuatu.

- 3) *Self-Deprecation* (mengutuk diri sendiri). *Self-deprecation* yaitu perasaan ketika seseorang tidak mampu menyelesaikan masalahnya, mulai menyalahkan serta mengutuk diri sendiri. Indikator *self-deprecation* diantaranya (1) Tidak atraktif, yaitu perasaan ketika seseorang tidak senang atau tidak tertarik terhadap suatu hal (2) Terpuruk, yaitu sedih yang mendalam, lebih rendah dari yang sebelumnya (3) Bodoh, yaitu menunjukkan kurangnya intelegensi yang dimiliki (4) Malu, yaitu menunjukkan perasaan malu atau keadaan yang sangat memalukan terhadap sesuatu yang telah dilakukan, serta (5) Merasa tidak aman, yaitu kurangnya kenyamanan, tidak aman.
- 4) *Depression* (depresi). *Depression* merupakan tahapan emosi yang ditandai dengan kesedihan yang mendalam, perasaan bersalah, menarik diri dari orang lain, serta kurang tidur. Indikator *depression* seperti (1) Sedih, yaitu tidak bahagia atau menyebabkan penderitaan (2) Depresi, yaitu murung, muram, sedih (3) Hampa, yaitu tidak mengandung apa-apa atau tidak memiliki nilai atau arti (4) Terisolasi, yaitu jauh dari orang lain (5) Menyesali diri, yaitu perasaan kasihan atau simpati pada diri sendiri (6) Melankolis, yaitu perasaan sedih yang mendalam dan dalam waktu yang lama (7) Mengasingkan diri,

yaitu menjauhkan diri sehingga menyebabkan sering tidak bersahabat serta (8) Berharap memiliki seseorang yang spesial yaitu individu mengharapkan memiliki seorang yang dekat dengannya dan lebih intim.

f. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesepian

Tidak ada orang yang kebal terhadap kesepian, tetapi beberapa orang memiliki resiko yang tinggi untuk mengalami kesepian (Taylor, Peplau, & Sears, 2000). Menurut Brehm (2002) beberapa orang yang rentan terhadap kesepian dan beberapa orang yang tidak. Perbedaan ini berkaitan dengan usia, status perkawinan, gender, status sosial ekonomi, dukungan sosial, dan karakteristik latar belakang yang lain.

- 1) Usia. Banyak orang yang menganggap bahwa semakin tua seseorang, maka akan semakin merasa kesepian. Akan tetapi penting untuk tidak mempersepsikan bahwa lansia itu kesepian dan tidak bahagia. Walaupun konsekwensi dari kesepian pada lansia tersebut perlu untuk diperhatikan (Kaasa, 1998).
- 2) Status perkawinan. Secara umum orang yang tidak menikah, lebih merasa kesepian bila dibandingkan dengan orang yang sudah menikah (Brehm, 2002), dapat disimpulkan bahwa kesepian lebih merupakan reaksi terhadap kehilangan hubungan perkawinan (*marital relationship*) dan ketidakhadiran dari pasangan suami atau istri pada diri seseorang.
- 3) Gender. Studi kesepian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kesepian antara laki-laki dan perempuan. Walaupun begitu, menurut Borys dan Perlman (dalam Brehm, 2002) laki-laki lebih sulit menyatakan kesepian secara tegas

- bila dibandingkan dengan perempuan. Hal ini disebabkan oleh stereotipe peran gender yang berlaku terhadap masyarakat. Berdasarkan stereotipe peran gender, pengekspresian emosi kurang sesuai bagi laki-laki bila dibandingkan dengan perempuan.
- 4) Status sosial ekonomi. Weiss sebagaimana dikutip Brehm (2002) melaporkan fakta bahwa individu dengan tingkat penghasilan rendah cenderung mengalami kesepian lebih tinggi dibandingkan individu dengan penghasilan lebih tinggi.
 - 5) Dukungan sosial. Ada beberapa pendapat yang mengemukakan bahwa kesepian terkait langsung dengan keterbatasan dukungan sosial. Fessman dan Lester (2000) menjelaskan bahwa dukungan sosial merupakan prediktor bagi munculnya kesepian. Maksudnya disini adalah individu yang memperoleh dukungan sosial yang lebih baik tidak terlalu merasa kesepian (Gunarsa, 2004).
 - 6) Karakteristik latar belakang yang lain. Rubeinstein dan saver sebagaimana dikutip Brehm (2002) menemukan satu karakteristik latar belakang seseorang yang kuat sebagai prediktor kesepian. Individu dengan orangtua yang bercerai lebih kesepian bila dibandingkan dengan individu yang orang tuanya tidak bercerai. Kemudian meninggalnya orangtua, individu yang ketika berusia muda meninggal orangtuanya memiliki tingkat kesepian yang tinggi. Tapi hal ini tidak berlaku pada individu yang orangtuanya meninggal ketika masih kanak-kanak.

2. Konsep Pengalaman Kesepian

Pengalaman kesepian terbentuk dari kata "kesepian" (*loneliness*). Dibutuhkan penjelasan lebih lanjut yang mengaitkan hubungan antara pengalaman kesepian dengan kesepian. Penjelasan umum mengenai kesepian adalah perasaan sedih dan kerinduan yang dihasilkan dari kurangnya hubungan dengan beberapa aspek dengan dunia sekitar (Gaev, 1976; Peplau & Perlman, 1982). Hubungan Keterkaitan ini sering dicirikan ke dalam istilah-istilah emosional, sosial, dan eksistensial yang berkaitan dengan dunia, yang terletak pada perbedaan umum antara kesepian emosional, sosial, dan eksistensial (Cherry, & Smith, 1993; Paloutzian, & Janigian, 1987; Perlman, 1987). Berkenaan dengan perbedaan ini, adanya kecenderungan lebih memilih tentang intrapersonal atau sifat kesepian, interpersonal atau kesepian umum, dan pengalaman kesepian (Mayers, & Svartberg, 2001; Mayers, Khoo, & Svartberg, 2002; Sand, & Strang, 2006; Yalom, 1980). Dalam perbedaan ini, pengalaman kesepian umumnya dianggap sebagai salah satu dimensi kesepian (Andersson, 1985; Mayers, Khoo, & Svartberg, 2002) yang selanjutnya ditandai setidaknya dalam tiga cara yang berbeda.

Pertama, pengalaman kesepian dicirikan sebagai bentuk dasar dari kesepian (Paloutzian, & Janigian, 1987; Perlman, 1987). Bentuk dasar ini biasanya ditentukan sebagai syarat eksistensi manusia, karena bentuk dasar ini selalu dan secara mendasar berbeda dari orang lain (Booth, 1997; Carter, 2000; Collins, 1989; Mayers, & Svartberg, 2001; Moustakas, 1961). Seseorang dapat menjadi sangat sadar akan perbedaan yang mendasar berkenaan dengan kasus yang mengancam dan menakutkan untuk menjadi dirinya (Mijuskovic, 1979; Park, 2006).

Kedua, pengalaman kesepian dicirikan sebagai bentuk yang spesifik dari kesepian di antara bentuk lain (Mayers, Khoo, & Svartberg, 2002). Bentuk spesifik dari kesepian tersebut diartikulasikan ke dalam suatu pengalaman (Carter, 2000; Collins, 1989; Sand, & Strang, 2006), termasuk pengalaman tentang tidak adanya keterkaitan secara total dalam hal apa pun (May & Yalom, 2000; McGraw, 1995; Mijuskovic, 1979).

Ketiga, pengalaman kesepian ditandai sebagai proses di mana pengalaman negatif tentang kesendirian yang dialami oleh seseorang, yang ditransformasikan ke dalam suatu pengalaman positif (Carter, 2000; Booth, 1997; Moustakas, 1961, 1972). Oleh karena itu, seseorang yang menghadapi permasalahan pribadi mungkin akan dihadapkan pada pengalaman kesepian, dan dengan demikian memberikan makna yang lebih dalam hidupnya (Mayers, Naples, & Nilsen, 2005). Proses pertumbuhan batin ini merupakan hasil dari suatu kemungkinan yang dialami manusia sebagai manusia itu sendiri.

Berdasarkan uraian tentang pengalaman kesepian tersebut, maka ada tiga karakterisasi yang paling menonjol dalam pengalaman kesepian dengan mengacu pada tiga dimensi pengalaman kesepian yaitu, kondisi dari sifat alamiah manusia, sebuah pengalaman dari suatu kondisi, dan proses pertumbuhan batin yang mungkin timbul dari pengalaman yang didapat dari kondisi ini. Ketiga dimensi ini berfungsi sebagai kerangka kerja untuk analisis konseptual mengenai pengalaman kesepian.

Pengalaman kesepian merupakan aspek intrinsik yang dimiliki oleh setiap manusia (Booth, 1997), juga perasaan tentang kesendirian, serta pertahanan diri seseorang dalam kurun waktu yang panjang tanpa adanya penanganan yang permanen (Mayers, Naples & Nilsen, 2005). Pengalaman kesepian dapat terjadi dalam berbagai kasus dan

menjadi ancaman yang menakutkan, seperti keterkaitan pengalaman kesepian dengan kehilangan, dan perpisahan atau kematian (Mayers, Naples & Nilsen, 2005).

Pengalaman kesepian yang di alami seseorang secara sadar akan keterbatasan diri sendiri tidak dapat dihilangkan oleh adanya keberadaan orang lain, akan tetapi diri sendirilah yang dapat mengantisipasi situasi yang mengancam atau menakutkan tersebut (Mayers, Khoo & Svartberg, 2002). Sebagaimana saat kehilangan bahasa dalam berkomunikasi, merupakan peristiwa yang menghentikan seseorang untuk dapat melakukan sesuatu (Yalom, 1980). Pengalaman kesepian adalah peristiwa "hilangnya kesadaran akan segala sesuatu, atau hilangnya segala rasa untuk menjadi" (Mijuskovic, 1979). Oleh karena itu, kehilangan bahasa untuk tujuan berkomunikasi dan pengalaman kesepian keduanya ditandai oleh ketiadaan akan keberadaan (*being*) (Park, 2006).

Pengalaman kesepian berkaitan dengan keberadaan manusia, dan keberadaan manusia ditandai dengan adanya komunikasi dengan orang lain. Ketika terjadi kesulitan-kesulitan dalam berkomunikasi, seseorang dapat mengalami kesepian (Mijuskovic, 1979 ; Moustakas, 1961).

Pengalaman kesepian merupakan cermin dari sifat-sifat kemanusiaan. Artinya, semua manusia berada dalam keadaan kesepian secara eksistensial. Akan tetapi, Sejauh manusia sadar dan menerima pengalaman kesepian tersebut dapat mengarah pada pertumbuhan batin (spiritualitas), dan pengalaman kesepian dianggap sebagai kekuatan positif (Carter, 2000; Moustakas, 1961). Pengalaman kesepian menjadi kekuatan positif karena seseorang yang mengalami kesepian dapat memaknai kehidupan dan kehilangan sebagai ketidakberdayaan manusia. Dalam memaknai ketidakberdayaan

tersebut manusia menggunakan potensi dan mengembangkan kapasitasnya sebagai manusia (Carter, 2000; Perlman, 1987). Sebagai konsekuensinya, pengalaman kesepian yang di alami dapat menjadi "titik balik" dalam kehidupan seseorang dan mendorong untuk menempa kehidupan yang lebih bermakna dan lebih otentik (Mayers, Naples & Nilsen, 2005).

Berdasarkan uraian di atas, konsep pengalaman kesepian itu adalah pengalaman sebagai kondisi (keberadaan), pengalaman sebagai pengalaman itu sendiri, dan pengalaman sebagai proses. Dalam penelitian ini pengalaman kesepian mengarah pada pengalaman kesepian dalam konteks kesulitan berkomunikasi.

3. Tema-Tema Utama dalam Pengalaman Kesepian

Menurut Hjelmblick (2007) dalam memahami pengalaman kesepian terdapat lima belas gagasan kunci atau tema utama yang menjadi dasar untuk analisis pengalaman kesepian yaitu, kehadiran (*experisence*), perasaan, pertahanan diri, tidak dapat disembuhkan secara permanen, menakutkan, mengancam keberadaan/eksistensi, kematian, kesadaran, Keterbatasan, ketiadaan, solipsistik, kesulitan berkomunikasi, pertumbuhan batin, memberikan makna, keaslian atau orentisitas.

Untuk melihat hubungan internal dari konsep gagasan atau tema tersebut, sebelumnya akan dianalisis keterkaitan antar berbagai gagasan kunci. Dengan melalui analisis ini, tiga karakterisasi problematik dari pengalaman kesepian dimunculkan sebagaimana berikut.

Pertama, pengalaman kesepian dipandang sebagai sesuatu yang selalu hadir maupun sesuatu yang dapat berulang. Salah satu literatur

menyatakan bahwa pengalaman kesepian adalah perasaan negatif yang selalu hadir yang tidak dapat disembuhkan secara permanen (Mayers, Naples & Nilsen, 2005). Namun, pengalaman kesepian diasumsikan juga pada bertahannya seseorang terhadap perasaan yang selalu hadir dalam kurun waktu tertentu (Mayers, Naples & Nilsen, 2005). Selain itu, dengan mekanisme pertahanan psikologis dapat memperbaiki dan bahkan mengatasi rasa pengalaman kesepian tersebut (Applebaum, 1978; Carter, 2000; Mayers, Naples & Nilsen, 2005; Park, 2006).

Kedua, pengalaman kesepian dinilai baik secara positif maupun negatif. Pengalaman kesepian dinilai secara negatif sebagai pengalaman terorder dan keterpurukan (Mijuskovic, 1979; Sand & Strang, 2006). Pengalaman kesepian dinilai secara positif sebagai sebuah kekuatan atau dorongan yang dapat mengarahkan pada pertumbuhan batin (Carter, 2000; Moustakas, 1961).

Ketiga, pengalaman kesepian dipandang baik sebagai suatu *solipsistic* maupun kondisi serupa yang dapat berpindah (dikomunikasikan). Pengalaman kesepian disajikan sebagai solipsistik, yaitu pengalaman yang secara subjektif radikal (Mijuskovic, 1979). Saat yang sama, pengalaman kesepian disajikan sebagai pengalaman yang objektif dan universal yang dapat diidentifikasi dan dikomunikasikan sampai batas tertentu (Mayers & Svartberg, 2001). Menjadi permasalahan di sini adalah bahwa di satu sisi pengalaman kesepian memperhatikan perihal keterpisahan dari semua orang, segala sesuatu, dan setiap makna, serta tidak dapat diidentifikasi atau dikomunikasikan (Moustakas, 1961). Di sisi lain, jika keterpisahan ini merefleksikan sifat kemanusiaan, maka semua manusia berbagi karakteristik yang pada akhirnya kembali kepada diri sendiri. Kemudian manusia harus dapat berkomunikasi, setidaknya sampai

batas tertentu, yang merupakan pengalaman dari pengalaman kesepian, dan dalam hal ini dapat dilakukan penelitian terhadapnya.

Menurut Hjelmlink (2007) penggambaran secara umum mengenai pengalaman kesepian sebagaimana yang diuraikan dapat dijelaskan atau dijabarkan dalam tigadimensi pengalaman kesepian, yaitu: (1) pengalaman kesepian sebagai suatu kondisi dari sifat alamiah manusia (2) pengalaman kesepian sebagai pengalaman dari kondisi ini, dan (3) pengalaman kesepian sebagai proses pertumbuhan batin.

Dari tiga dimensi tersebut, kelima belas gagasan yang telah disebutkan sebelumnya, dikelompokkan atau disederhanakan. Penyederhanaan didasarkan pada tema atau gagasan pengalaman kesepian yang memiliki arti sama. Sebagai contoh, gagasan kunci dari "tidak dapat disembuhkan secara permanen" ditempatkan di bawah gagasan kunci "pertahanan", gagasan kunci "menakutkan" ditempatkan di bawah gagasan kunci "perasaan" dan gagasan kunci dari "ancaman pada keberadaan" "keterbatasan" dan "ketiadaan" ditempatkan di bawah gagasan kunci dari "kematian"; dan gagasan kunci dari "solipsism" ditempatkan di bawah gagasan kunci "komunikasi yang sulit". Dengan demikian, dari kelima belas tersebut hanya menjadi 9 gagasan kunci. Dari Sembilan gagasan kunci tersebut secara bersama-sama membentuk kerangka konsep pengalaman kesepian yaitu, (1) yang ada di mana-mana (*everpresent*) (2) perasaan (3) pertahanan, (4) kematian (5) kesadaran (6) komunikasi yang sulit (7) pertumbuhan batin (8) memberi makna, dan (9) keaslian atau otentisitas (Hjelmlink, 2007)

Karena dimensi-dimensi dan gagasan-gagasan kunci yang ada saling terkait, maka tidak ada gagasan kunci yang secara eksklusif dimiliki oleh satu dimensi dan tidak ada dimensi yang independen dari dimensi

yang lain. Berikut gambaran tiga dimensi dengan sembilan gagasan kunci dari pengalaman kesepian.

Tabel II.3

Tiga dimensi pengalaman kesepian dengan sembilan gagasan kunci

| Dimensi | Gagasan kunci | | |
|------------|---------------------------|-------------|-----------------------|
| Kondisi | <i>everpresent</i> | Kematian | Pertahanan |
| Pengalaman | <i>perasaan (feeling)</i> | Kesadaran | komunikasi yang sulit |
| Proses | pertumbuhan batin | Obentisitas | pemberian makna |

Dari tabel di atas memberikan gambaran adanya beberapa gagasan kunci yang sesuai dengan lebih dari satu dimensi dari gagasan yang lain. Misalnya, deskripsi dari "perasaan" mengenai pengalaman kesepian lebih banyak merujuk pada pengalaman kesepian sebagai pengalaman daripada pengalaman kesepian sebagai kondisi manusia atau sebagai sebuah proses. Demikian pula, deskripsi mengenai "kematian" merujuk pada pengalaman kesepian lebih sebagai syarat atau kondisi daripada pengalaman kesepian sebagai pengalaman atau proses. Dengan demikian, pengelompokan gagasan-gagasan kunci ke dalam dimensi pengalaman kesepian, menjadi kerangka kerja untuk penjelasan dan analisis secara empiris dan terdapat dari konsep pengalaman kesepian. Selanjutnya dengan menggunakan kerangka ini untuk memahami konsep pengalaman kesepian lebih lanjut pada penderita afasia pascastroke.

4. Dimensi Pengalaman Kesepian

Tiga dimensi pengalaman kesepian sebagai kerangka kerja dalam tulisan ini, sebagaimana menurut Hjelmblink (2007) dijelaskan berikut ini:

1) Dimensi Pengalaman Kesepian Sebagai Suatu Kondisi

Dimensi pengalaman kesepian ini mencerminkan kesepian mendasar manusia sebagai manusia. Berada atau eksis dalam suatu tubuh yang terpisah dari tubuh manusia lainnya, terbungkus dalam pikiran-pikiran yang unik, dengan demikian, pada dasarnya manusia adalah makhluk penyendiri (*soliter*). Pengalaman kesepian sebagai kondisi dari sifat alamiah manusia sangat fundamental bagi dua dimensi pengalaman kesepian lainnya karena dapat menciptakan pengalaman tentang pengalaman kesepian dan memungkinkan pertumbuhan batin. Dari dimensi ini ada 3 gagasan kunci sebagaimana berikut:

a) *Everpresent* (Perasaan yang Selalu Hadir)

Sebagian besar literatur menyajikan pengalaman kesepian sebagai suatu kehadiran, atau suatu perasaan yang terus menerus hadir. Maksud dari istilah *everpresence* ini dapat dipahami dengan menggunakan perbedaan antara isolasi dan kesepian yang telah disebutkan sebelumnya. Berbagai literatur mengenai pengalaman kesepian tidak selalu membedakan antara istilah isolasi dengan kesepian, maka kedua gagasan tersebut merupakan bagian dari konsep pengalaman kesepian (Mayers, Naples & Nilsen, 2005; Mijuskovic, 1979; Moustakas, 1961; Yalom, 1980). Dengan menerapkan perbedaan ini pada konsep pengalaman kesepian, menunjukkan bahwa kehadiran (*everpresence*) dari pengalaman kesepian sebenarnya mengacu pada pengalaman isolasi, yang merupakan pemisahan mendasar antara seorang individu dengan dunianya (Yalom, 1980).

Bentuk isolasi ini utamanya dikemukakan sebagai suatu kondisi, atau struktur dasar dari sifat manusia, yaitu keberadaan atau kehadirannya yang selalu ada di mana-mana (Carter,

2000; Casey & Holmes, 1995; Collins, 1989; Mijuskovic, 1979; Moustakas, 1961).

b) Kematian

Beberapa literatur menyatakan pengalaman kesepian sebagai suatu hal yang terkait erat dengan kematian. Keterkaitan ini terutama dipahami sebagai konfrontasi antara kesepian dengan sifat alamiah manusia sendiri yang terbatas. Berapa peneliti menyarankan situasi akhir-hidup menjadi peristiwa dimana pengalaman kesepian sangat tampak jelas dalam situasi ini (Cherry & Smith, 1993; Moustakas, 1961). Bagaimana pun, ini bukan berarti bahwa pengalaman kesepian hanya terjadi pada situasi akhir usia. Banyak kejadian dapat memicu konfrontasi dengan keterbatasan seseorang. Misalnya, pengalaman kesepian dinyatakan terjadi pada pasien dengan penyakit kanker (Sand & Strang, 2006), perempuan yang terinfeksi HIV (Mayers & Svarthberg, 2001; Mayers, Naples & Nilsen, 2005), pasien dengan penyakit mental yang berat (Nystrom, Dahlberg & Segesten, 2002), penderita gangguan komunikasi (Nystrom, 2006, 2011), ibu dari anak-anak yang sakit kronis (Florian & Klurik, 1991), perempuan yang melahirkan (Nilsson & Lundgren, 2009), dan orang-orang yang membuat berbagai macam keputusan yang mendasar dalam hidup (Yalom, 1980). Semua jenis kegiatan yang mengancam dapat saja menyebabkan kesadaran akan keadaan kesepian yang dialami oleh seseorang. Oleh karena itu, hubungan yang terkait dengan kematian dipahami sebagai konfrontasi dengan semua hal yang mengancam keberadaan yang mungkin dapat menyebabkan akhir dari kehidupan seseorang.

c) **Pertahanan (*defence*)**

Beberapa studi literatur menyatakan bahwa seseorang dapat membela diri terhadap situasi pengalaman kesepian yang dialami. Secara sadar, rasa kesepian pada dasarnya dapat dihindari dengan mencintai, mempelajari, menyibukkan diri, dan mengekspresikan diri secara kreatif. Dampaknya, transisi dari pengalaman kesepian sebagai suatu kondisi yang selalu hadir dengan pengalaman akan kondisi ini dapat diatasi atau dihilangkan (Carter, 2000; De Jong-Gierveld Raadschelders, 1982; Hojat & Crandall, 1987; Mayers & Svartberg, 2001; Mijuskovic, 1979; Moustakas, 1961, 1972; Park, 2006; Peplau & Perlman, 1982; Sadler & Johnson, 1980; Yalom, 1980).

Beberapa aktivitas yang dianggap efektif sebagai pertahanan terhadap kondisi kesepian yang dialami seseorang seperti, mengaktualisasikan potensi diri, memiliki anak-anak (Mayers, Naples & Nilsen, 2005), dan terlibat dalam persahabatan, (Mijuskovic, 1979). Namun, tidak ada penyembuhan yang permanen untuk kondisi pengalaman kesepian ini (Moustakas, 1961; Mayers, Naples & Nilsen, 2005). Karena hampir semua orang dihadapkan pada situasi krisis besar di dalam kehidupan, adanya ancaman yang menakutkan yang kemungkinan mendesak dan menerobos pertahanan seseorang (Moustakas, 1961). Oleh karena itu perlu adanya proses pengaturan diri yang dihasilkan dari kekuatan yang operatif antara kesepian yang dialami seseorang dengan peristiwa-peristiwa yang mengancam kehidupan yang tidak seorang manusia pun memiliki kuasa terhadapnya.

Sebaliknya, seseorang dapat menghindari pengalaman kesepian dengan istilah "penerimaan", "menyerah", bahkan "berani menghadapinya" (Moustakas, 1961). Dalam penafsiran

terakhir ini, berhenti melarikan diri dari pengalaman kesepian adalah keputusan atau tindakan dari sebuah keinginan. Kedua karakterisasi peran dari individu ini, antara pasif yaitu gagal untuk melarikan diri atau aktif menghadapi pengalaman kesepiannya, menunjukkan bahwa pembahasan mengenai pertahanan terkait pengalaman kesepian sangat terbuka bagi kesadaran individu.

2) Dimensi Pengalaman Kesepian Sebagai Sebuah Pengalaman

Dimensi ini menunjukkan pengalaman tentang kondisi kesepian manusia. pengalaman kesepian muncul karena kegagalan dalam menghadapi peristiwa atau situasi yang mengancam. Seseorang dapat mengalami kekosongan kesepian dan kehampaan yang menjadi bagian dari konfrontasi atas keterbatasannya. Dimensi pengalaman kesepian sebagai sebuah pengalaman berkaitan dengan dua dimensi lainnya yang mencerminkan dampak emosional dari sifat alamiah kesepian manusia dan fungsi-fungsinya sebagai syarat dimana pertumbuhan hati di dalamnya dapat terjadi. Dalam dimensi pengalaman kesepian sebagai sebuah pengalaman terdapat tiga gagasan kunci berikut ini.

a) Perasaan

Rasa pengalaman kesepian digambarkan sebagai kekurangan yang mutlak pada keterkaitan dengan apa pun. Meskipun beberapa pandangan mengenai pengalaman kesepian secara eksplisit menekankan bahwa pengalaman kesepian bukan pada kekurangan akan sesuatu tetapi hanya pada satu hal atau kekurangan itu sendiri (Carter, 2000; Mijuskovic, 1979). Deskripsi aktual mengenai pengalaman kesepian diformulasikan dalam istilah ketidak-hadiran. Misalnya, pengalaman kesepian dideskripsikan sebagai perasaan "kekosongan", "keabadian" (Moustakas, 1961), dan "ketiadaan", dan karena

itu, seolah seperti "memiliki kualitas yang kurang sehat" (Mijuskovic, 1979). Karena ketidak-hadiran ini adalah "total", perasaan mengenai pengalaman kesepian adalah tidak adanya segala sesuatu dan tidak adanya ruang untuk menuangkan persepsi atau perasaan lainnya (Mijuskovic, 1979; Moustakas, 1961).

Perasaan mengenai pengalaman kesepian memiliki baik konotasi positif maupun negatif. Secara positif, hal ini ditandai sebagai kekuatan yang merangsang pertumbuhan pengalaman afirmatif dari sifat kesepian alamiah manusia di mana pun seseorang berada pada sensasi yang unik dan menegangkan dalam rangka menjadi seorang individu (Moustakas, 1961). Secara negatif, hal tersebut dianggap menjadi pengalaman menakutkan dan pengalaman yang menghancurkan. Penilaian ekstrim yang negatif ini ditaksir dari pengalaman tentang "ketidak-hadiran", "kekosongan", dan "ketiadaan" yang mendominasi sebagian besar literatur mengenai pengalaman kesepian sebagai suatu perasaan (Carter, 2000; Sand & Strang, 2006).

Meskipun beberapa pandangan bermaksud mengeksplorasi perasaan pengalaman kesepian, sebagian besar terjemak menggunakan berbagai istilah superlatif, yaitu sangat berat, putus asa, menakutkan, parah sekali, dan mengerikan (Gaev, 1976; Mijuskovic, 1979; Moustakas, 1961). Alasan mengapa pengalaman kesepian begitu sangat menakutkan, sebagian besar masih belum tergali. Hal ini Apakah kita takut dengan kesadaran bahwa kita akan berhenti berjuang (Yalom, 2000) bahwa kesadaran kita akan terus sendirian di alam semesta ini (Mijuskovic, 1980), atau bahwa kita akan kehilangan hubungan dengan realitas di sekitar kita? Pertanyaan mengenai

pengalaman kesepian mencerminkan beberapa kesulitan dalam mendeskripsikan pengalaman kesepian. Analisis tersebut mengarahkan pada 22 persoalan yang secara internal konsisten dan bersama-sama membentuk pertanyaan seputar pengalaman kesepian.

Pertanyaan terhadap pengalaman kesepian disebut dapat bekerja dengan baik dalam mengukur dasar dari suatu konstruksi yang dapat dikonseptualisasikan sebagai pengalaman kesepian (Mayers, Khoo & Svartberg, 2002). Namun, karena item ini diambil dari situasi yang dapat menghasilkan pengalaman kesepian (Mayers, Khoo & Svartberg, 2002), pertanyaan-pertanyaan tersebut lebih mengukur bagaimana seseorang menanggapi situasi ini daripada apakah orang merasa kesepian secara eksistensial. Karena kesulitan dalam mengeksplorasi perasaan tidak berwujud dari kesepian eksistensial, maka masih belum jelas juga bagaimanakah rasa atau pengalaman kesepian tersebut.

b) Kesadaran

Studi literatur menunjukkan bahwa pengalaman kesepian memiliki komponen emosional dan kognitif yang berkaitan dengan kesadaran akan keterbatasan diri seseorang. Pandangan beberapa ahli menekankan bahwa pengalaman kesepian adalah perasaan yang dihasilkan oleh ketidakmampuan untuk menemukan makna dalam situasi dimana kehilangan harus dihadapi secara langsung dan dalam jangka waktu yang lama (Mayers & Svartberg, 2001; Mayers, Khoo & Svartberg, 2002; Sand & Strang, 2006). Peneliti lainnya menekankan bahwa pengalaman kesepian adalah kondisi yang dihasilkan dari pergeseran yang jauh dari sikap sehari-hari kepada suatu sikap

ontologis – yaitu cara hidup di mana orang sepenuhnya sadar akan sifat-sifat kemanusiaannya yang mencakup keniscayaan akan kehilangan, keterpisahan dan kematian (Casey & Holmes, 1995; Yalom, 2000).

Pada umumnya, unsur emosional pengalaman kesepian ternyata tak berubah menjadi tidak konseptual. Artinya, perasaan ketiadaan muncul sebagai kualitas langsung yang dirasa yang tidak dapat diekspresikan secara konseptual. Hal ini hanya dapat dipahami secara kognitif dalam istilah-istilah positif sebagai keinginan yang besar dari ego yang tidak terkait untuk menemukan, menyatukan, menghubungkan, atau mengikat diri pada ego atau objek lainnya (Francis, 1976; Mijuskovic, 1979). Arti yang tidak dapat dipahami dari "ketiadaan" kemudian bermakna menyisihkan dan memindahkan dengan yang lebih mudah untuk dipahami oleh "keinginan" atau "dorongan". Oleh karena itu, baik kesadaran emosional maupun kesadaran rasional seseorang akan keterbatasan dirinya tetap butuh untuk digali lebih jauh.

Sentralitas kesadaran akan keterbatasan diri seseorang menimbulkan pertanyaan bagaimana kita harus memahami struktur dari pengalaman kesepian. Bagaimana pun, masih belum jelas bagaimana ketiadaan keterkaitan seluruhnya dapat menyebabkan suatu pengalaman. Hanya beberapa peneliti yang menyatakan bahwa teka-teki ini telah terpecahkan. Utamanya dilakukan melalui teori fenomenologis kesadaran, (May & Yalom, 2000; McGraw, 1995; Mijuskovic, 1979; Yalom, 1980). Salah satu ide dasar fenomenologi transendental adalah bahwa kesadaran ada berdasarkan fakta bahwa subjek diarahkan

secara langsung kepada obyek. Tanpa hubungan ini, suatu kesadaran tidak akan memiliki arti. Dalam kasus pengalaman kesepian, kesadaran tidak bisa lagi diarahkan ke obyek lain selain pada dirinya sendiri. Dengan demikian, pengalaman kesepian merupakan manifestasi diri sebagai konfrontasi dari kesadaran dengan ketiadaannya sendiri—sebuah konfrontasi dimana kesadaran dan rasa kehampaan berhimpitan. Hal ini yang menghalangi pemahaman selanjutnya dari kesadaran tentang ketiadaan yang merupakan hasil dari tidak adanya keterkaitan. Konsekuensinya, tampaknya kesadaran ini tidak dapat dikonseptualisasikan lebih lanjut.

c) Komunikasi yang Sulit

Dua aspek pada komunikasi dapat dibedakan yaitu ungkapan dari pengalaman kesepian dan pemahaman terhadap ekspresi kesepian oleh orang lain. Orang-orang memiliki kesulitan yang ekstrim dalam mengartikulasikan pengalaman kesepiannya (Mijuskovic, 1979; Moustakas, 1961). Literatur ini menyajikan tiga alasan untuk kesulitan tersebut. Pertama, dalam hubungan yang saling terkait antara pengalaman kesepian dan kematian, kematian dikatakan tidak dapat diakses karena terletak di luar definisi pengalaman (McGraw, 1995). Kedua, sebagai kesadaran dengan demikian diarahkan pada ketiadaan, pengalaman kesepian hanya dapat dipahami dalam istilah being/keberadaannya (Mijuskovic, 1979). Ketiga, ungkapan dibatasi oleh struktur referensial bahasa. Artinya, dikatakan bahwa manusia adalah sadar akan sifat kesepiannya sebelum ia belajar untuk mengungkapkan fakta ini dalam bahasa (Nystrom, 2006). Setelah kesepian eksistensial dinyatakan dalam bahasa, ungkapan itu tentu merupakan refleksi dari realitas samar

yang dimaksudkan (Mijuskovic, 1979). Alasan ini menjadikan pengalaman pengalaman kesepian sulit untuk diekspresikan.

Karena pengalaman kesepian sulit untuk diungkapkan, orang yang melihat hampir tidak dapat memahami pengalaman pengalaman kesepian orang lain. Namun pun demikian, beberapa penulis menyatakan bahwa pengalaman pengalaman kesepian dapat dikenali dan dapat dibagi melalui suatu pemahaman rasa pada sifat menyendiri seseorang (Applebaum, 1978; Moustakas, 1961). Dari pemahaman diri seperti itu selanjutnya dapat dinyatakan bahwa pengalaman dapat disampaikan secara konseptual (Mijuskovic, 1979). Namun demikian, masih dibutuhkan penjelasan lebih lanjut bagaimana penyampaian ini dipahami karena pada umumnya, konsep ini dapat disampaikan tanpa perlu mengalami perasaan yang terkait.

Beberapa peneliti berpendapat bahwa pengalaman itu juga dapat disampaikan dalam bentuk fisik (Moustakas, 1961; Sand & Strang, 2006). Sebagaimana ekspresi tubuh yang menjelaskan secara lengkap mengenai 'wajah penuh kesepian yang tak terlukiskan dan penuh kekalahan' serta pengenalan secara fisik pada 'gelombang baru kesepian' yang datang lebih dari satu (Moustakas, 1961). Selain itu, beberapa penulis menyatakan adanya hubungan antara integritas secara fisik dan persepsi pengalaman kesepian (McGraw, 1995; Sand & Strang, 2006). Dalam hal ini, hubungan perilaku dapat menjadi sebuah masukan untuk lebih memahami pengalaman kesepian.

3) Dimensi Pengalaman kesepian Sebagai Sebuah Proses

Dimensi ini memperhatikan aspek transformasi dari pengalaman kesepian. Adanya pertentangan dalam sifat kesepian manusia pada

seseorang dapat menyebabkan munculnya pertumbuhan batin. Dengan demikian, pertumbuhan batin mengikut pada pengalaman pengalaman kesepian. Dimensi ini berkaitan dengan dua dimensi lainnya. Hal ini menunjukkan potensi sifat kesepian alamiah manusia dan menunjukkan bagaimana pengalaman pengalaman kesepian dapat mengubah seseorang melalui hubungan yang baru dengan diri sendiri, orang lain, dan alam semesta.

a) **Pertumbuhan Batin**

Sebagian besar dalam studi literatur menyatakan bahwa pengalaman negatif dari pengalaman kesepian dapat ditransformasikan menjadi pengalaman positif. Ada sekitar tiga karakter berbeda dari pengalaman kesepian yang merupakan proses pertumbuhan batin. Pertama, perkembangan batin disajikan sebagai perkembangan pribadi dimana potensi diri seseorang dapat aktualisasikan (Mayers, Naples & Nilsen, 2005; Park, 2006). Kedua, perkembangan batin dijelaskan sebagai suatu perkembangan interpersonal seseorang yang memperdalam suatu hubungan, dengan perasaan keintiman yang tinggi (Lindenauer, 1970; May & Yalom, 2000; Yalom, 1980). Ketiga, perkembangan batin digambarkan sebagai pertumbuhan spiritual saat seseorang mengaitkannya dengan realitas transenden (Carter, 2000; Collins, 1989; Ellison, 1978; Kelsey, 1984). Banyak penulis menyatakan bahwa perkembangan batin mencakup ketiga karakter tersebut (Lindenauer, 1970; Moustakas, 1961). Makna dan keterkaitan dari karakterisasi yang berbeda tersebut dipahami pula secara berbeda. Sebagai contoh, Moustakas merepresentasikan spiritualitas sebagai wilayah independen dan relevan dari perkembangan batin (Florian & Klurik, 1991; Mayers, Naples & Nilsen, 2005; Moustakas,

1961); Mayers dan kawan-kawan menafsirkan pertumbuhan spiritual dengan istilah penanggulangan, dan dengan demikian hal itu termasuk sebagai pertumbuhan pribadi (Mayers, Naples & Nilsen, 2005). dan Yalom menafsirkan spiritualitas tidak dapat diterima sebagai pelarian dari kesadaran diri, ia menyebut spiritualitas sebagai kemerosotan pribadi, bukan pertumbuhan pribadi (Yalom, 1980).

Sejak pengalaman kesepian menjadi salah satu ancaman yang menakutkan bagi manusia, kesadaran seseorang akan kehilangan hal-penting dalam hidupnya menjadi hal yang berpengaruh dan paling penting untuk perkembangan batin (Mayers, Naples & Nilsen, 2005; Yalom, 1980). Akibatnya, makna pertumbuhan batin juga tergantung pada makna yang diberikan kepada kehilangan kemampuan. Makna iman tentang kehilangan kemampuan berkomunikasi atau kesulitan dalam berkomunikasi-misalnya, ketidakmampuan berkomunikasi sebagai kekuatan untuk menata hidup terutama jika diterapkan pada wilayah pertumbuhan personal dan interpersonal.

Makna transenden ketidakmampuan berkomunikasi misalnya, kematian sebagai suatu jalan ke akhirat-terutama diterapkan pada wilayah pertumbuhan spiritual. Baik makna iman maupun transenden tentang kematian, maknanya mengarah pada pertumbuhan batin yang mengarah pada akhir kehidupan yang sebagian besarnya sangat tergantung pada seberapa kuat makna ini dan pada kesediaan individu untuk mengandalkan makna tersebut. Literatur ini menawarkan wawasan yang terbatas pada makna-makna yang berbeda dari kematian dan hampir tidak membahas definisi dan persyaratan yang diperlukan bagi pertumbuhan batin, baik yang bersifat personal,

antarpribadi, maupun spiritual. Bagaimana pun, hal tersebut masih menyisakan ketidak-jelasan mengenai apakah itu pertumbuhan batin dan bagaimana ia dapat diraih.

b) Otentisitas

Beberapa literatur mengenai otentisitas menyatakan bahwa seseorang dapat hidup secara otentik hanya dengan benar-benar mengalami pengalaman kesepian sendiri (Carter, 2000; Park, 2006). Makna otentisitas tersebut meliputi baik penerimaan seseorang terhadap kesepian alamiah yang dialami oleh seseorang maupun proses aktualisasi diri sampai dimana seseorang menemukan dirinya sendiri. Jadi, dengan menemukan dan mengakui sifat kesepian alamiah seseorang sebagai anugerah (*given*), maka kesadarannya akan mengalami kehampaan. Pengalaman ini memberikan sumber-sumber untuk tumbuh dalam kesadaran, pandangan-pandangan, dan sensitivitas. Dari sana, seseorang bisa mencapai aktualisasi diri dengan mengetahui siapa dirinya, bagaimana seharusnya ia berhubungan dengan orang lain, dan apa makna dari kehidupan yang ia jalani (Moustakas, 1961).

Literatur pengalaman kesepian menyebutkan tiga aspek aktualisasi diri yang otentik ini, yang biasanya tidak dibedakan secara jelas. Pertama, aktualisasi diri yang otentik adalah ciptaan diri pribadi yang didapat dari pilihan individu yang ditentukannya sendiri (Mayers & Svartberg, 2001). Kedua, aktualisasi diri yang otentik adalah suatu konstruksi sosial yang dihasilkan dari nilai-nilai bersama yang didapat dari nilai-nilai yang dibahas dan didiskusikan dengan orang-orang terdekat (Mayers, Naples & Nilsen, 2005). Ketiga, aktualisasi diri yang otentik adalah proses pengungkapan yang dihasilkan sebagai anugerah yang didapat dari

proses pengaturan diri pasca mengalami pengalaman kesepian (McGraw, 1995; Moustakas, 1961).

Aspek yang berbeda dari aktualisasi diri yang otentik menunjukkan berbagai cara dalam mencapai pertumbuhan batin. Bagaimanapun, setiap cara memiliki kesulitan tersendiri mengenai otentisitasnya. Berkenaan dengan bagaimana menciptakan aktualisasi diri dengan bagaimana pilihan, tidak ada kriteria obyektif yang otentisitasnya dapat diukur. Artinya, jika seseorang ingin setia kepada diri sendiri, tetapi ia menolak makna yang diberikan sebelumnya pada dirinya, maka artinya ia tidak memiliki kriteria dimana otentisitasnya dapat diterima atau ditolak.

Berkenaan dengan hal untuk menemukan aktualisasi diri seseorang, tidak ada pedoman tertentu untuk mengenali temuan tersebut sebagai otentisitas. Artinya, tentu masih belum jelas apakah anugerah atau aktualisasi diri seseorang berasal dari proses seseorang dalam mengorganisir dirinya pasca mengalami pengalaman kesepian yang merepresentasikan otentisitas seseorang tersebut, atau berasal dari sesuatu yang lain. Berkenaan dengan penemuan aktualisasi diri sendiri, tidak ada pedoman dasar pengenalan penemuan otentik ini. Artinya, masih belum jelas apakah anugerah dari proses pengaturan diri pengalaman kesepian mewakili keaslian seseorang atau sesuatu yang lain. Literatur yang ada tidak membahas kesulitan pembenaran otomatis mengenai otentisitas seseorang. Oleh karena itu, masih belum jelas kapan suatu pertumbuhan batin otentik atau tidak.

c) Memberi Makna

Literatur menunjukkan bahwa pertumbuhan batin dapat dicapai dengan memberikan makna spiritual maupun non

spiritual. Seseorang dapat memberi makna spiritual dengan contohnya, dengan menafsirkan kembali situasi krisis seseorang dengan menetapkan makna transenden kepadanya, membingkai ulang situasinya dengan mengubah keyakinan-keyakinannya tentang realitas, dan mengembangkan rasa spiritualitas yang tinggi (Cherry & Smith, 1993; Mayers, Naples & Nilsen, 2005). Seseorang dapat memberikan makna non-spiritual dengan, misalnya, membuat perbandingan dengan orang lain dalam situasi yang buruk, menguniversalkan situasi seseorang, mengajar dan berbagi pengalaman dengan orang lain, dan menemukan alasan-alasan untuk berbahagia (Mayers, Naples, Nilsen, 2005). Tampak menjadi begitu penting apakah makna yang diberikan dinilai sebagai sesuatu yang sesuai dengan sifat sejati seorang manusia (McGraw, 1992) atau sebagai strategi penanggulangan psikologis (Ellison, 1978). Tidak benar bahwa makna yang diberikan itu penting, tetapi pengalaman subjektif pasien yang merupakan hasil dari keyakinannya dalam sedikit atau banyak dalam konsistensi objektivitas melintasi beberapa situasi (Casey & Holmes, 1995; Mayers & Svartberg, 2001). Akibatnya, kemungkinan pertumbuhan batin sangat terkait dengan perspektif spiritual dan non-spiritual seseorang terhadap suatu realita dan caranya memberi makna, kaitannya dengan perspektif semacam itu.

Tergantung pada perspektif pertumbuhan batin, tindakan memberi makna disajikan dalam berbagai cara. Dalam kasus di mana pertumbuhan batin berasal dari pilihan seseorang untuk menjadi sesuatu, pemberian makna terutama dideskripsikan dalam istilah-istilah kreasi atau penciptaan (Mijuskovic, 1979). Dalam kasus di mana pertumbuhan batin berasal dari nilai-nilai bersama yang didiskusikan dengan orang-orang terdekat, pemberian makna terutama digambarkan sebagai sebuah konstruksi (Mayers, Naples

& Nilsen, 2005). Dalam kasus-kasus di mana pertumbuhan batin berasal dari penemuan, pemberian arti terutama digambarkan sebagai penemuan terhadap suatu makna (Moustakas, 1961).

Selain itu, beberapa peneliti berpendapat bahwa pertumbuhan batin terutama tidak berasal dari pemberian makna dalam pandangan seseorang terhadap realitas, melainkan dari pergeseran perspektif realitas. Misalnya, orang dapat mengubah perspektif mereka pada realitas dengan mengubah pengertian dualistik mereka mengenai istilah hidup-mati dan sendiri-berrelasi kepada pemikiran monistik di mana pada saat yang sama mereka hidup dan mati, sendirian dan terkoneksi (Booth, 1997). Namun, dikatakan juga bahwa tidak ada makna yang paling utama (Park, 2006). Sejak perbedaan-perbedaan dalam memberikan makna dan kebutuhan khusus untuk mewujudkannya diurai, masih belum jelas bagaimana dan untuk apa sebagian orang memberi makna pada situasi yang dialami seperti tak berarti.

BAGIAN IV

PROSES PEMULIHAN AFASIA

A. Proses Pemulihan Afasia

Dalam beberapa kasus, penderita afasia akan benar-benar pulih dari afasia tanpa pengobatan (Barret, 2001). Untuk sebagian besar kasus, bagaimanapun, pemulihan bahasa tidak secepat atau sebagai lengkap. Banyak ahli kesehatan meyakini bahwa perawatan yang paling efektif dimulai pada awal proses pemulihan. Beberapa faktor yang mempengaruhi jumlah perbaikan termasuk penyebab kerusakan otak, daerah otak yang rusak, tingkat cedera otak, dan usia dan kesehatan individu (Doesborgh, 2003; Amstrong 2008; Bakheit, 2007).

Secara medis, afasia pascastroke akan mengalami remisi pada satu bulan pertama berkaitan dengan pemulihan fungsi ADL yang lebih baik dibandingkan dengan penderita yang berlanjut afasiannya dan pengobatan yang sedini mungkin terhadap afasia mempunyai efek positif pada hasil *outcome* rehabilitasinya (Holland, 1994). Perbaikan afasia pascastroke akan berlangsung cepat pada satu bulan pertama dan akan berkurang sampai tiga bulan pertama dan akhirnya perbaikan afasia pascastroke berlangsung lambat dan akan mengalami remisi

yang sempurna lebih kurang enam sampai dua belas bulan (Holland, 1994; Lefkos *et al.*, 1999).

Proses pemulihan pada penderita afasia dimulai sejak terkena stroke dan didiagnosa sebagai penderita afasia hingga menemukan kembali kemampuan berbahasa yang hilang. Afasia sebagai gangguan bahasa, berarti gangguan dalam berkomunikasi. Rehabilitasi untuk tujuan pemulihan afasia bukan terarah pada perbaikan bahasa, melainkan pada perbaikan komunikasi. Penanganan disesuaikan pada gangguan afasia secara linguistik, yaitu *leksio-semantik*, *morfo sintaktik* dan *fonologik*. Rehabilitasi penderita afasia ditujukan untuk memperbaiki komunikasi dengan mencari metode komunikasi yang cocok sebagai pengganti (Hjelmlink, 2007; Prins, 1987). Berbagai metode penanganan berupa terapi bahasa dapat dipilih sesuai dengan jenis keparahan afasia, seperti Auditory Comprehension Therapy (ACT) (Marshall, 1981) dan Speech Language Therapy (SLT) (Bhogel, 2003).

Berbagai terapi yang dilakukan sebagai upaya pemulihan bahasa agar penderita afasia mendapatkan kembali kemampuannya dalam berkomunikasi lebih ditekankan pada aspek linguistik dan kurang memperhatikan aspek psikologis penderita. Sebagaimana penelitian Hartman dan Landau (1987) yang membandingkan antara terapi bicara konvensional dengan terapi konseling dengan dukungan emosional menunjukkan hasil bahwa terapi bicara konvensional tidak lebih efektif dibandingkan terapi konseling dengan dukungan emosional.

Sejalan dengan temuan Hartman dan Landau (1987), Mackey (2003) mengemukakan dalam studi kualitatifnya bahwa konsep pemahaman dalam terapi medis adalah keharusan untuk menormalkan kembali bahasa penderita afasia. Siapapun berharap

demikian tetapi tidak dapat diabaikan bahwa penderita afasia sendiri juga sangat ingin kembali normal berkomunikasi sebagaimana sebelumnya. Mackey (2003) juga mengemukakan bahwa idealnya dalam terapi medis dibutuhkan dukungan bagi penderita, baik dari keluarga maupun dari lingkungan sosial di sekitarnya.

Rehabilitasi setelah stroke dimaksudkan bagi penderita afasia untuk berlatih dengan cara yang berorientasi pada tujuan terhadap kemampuan berbahasanya yang lama dan kehidupan sebelumnya dalam upaya keseimbangan antar dikotomi-dikotomi, karena ia juga harus mempersiapkan diri untuk kehidupan dengan kelemahan yang kekal.

Penderita afasia pascastroke sering berarti bahwa penderita harus mengelola gangguan kompleks motorik dan kognitif yang kompleks, dan karena itu, penderita harus mengelola tindakan-tindakan yang berbeda dalam dunia spasial. Penderita afasia dalam penelitian ini, bagaimanapun didefinisikan sebagai kehilangan kemampuan berbahasa. Oleh karena itu, penderita dapat bertindak secara mandiri dalam dunia spasial. Namun alat tubuhnya untuk akses ke dunia hubungan manusia itu sudah rusak. Definisi menunjukkan bahwa fokus dari arti rehabilitasi sebagai sebuah proses pemulihan kepada suatu penyederhanaan yakni memperbaiki kemampuan berbahasa.

Andersson dan Fridlund (2002) menjelaskan bagaimana penderita afasia membutuhkan dukungan pendamping dalam berbagai interaksi yang membuat penderita merasa aman dan mampu (Andersson & Fridlund, 2002). Jika hal ini tidak didapatkan, penderita mungkin kehilangan harga diri dan merasa sebagai orang luar. Menurut Parr berbicara tentang pentingnya bagi penderita afasia memiliki pendamping yang dapat mendengarkan mereka, dalam perspektif kompleks (Parr, 2001). Perspektif rehabilitasi pada penderita afasia

merupakan penyederhanaan, bahwa restorasi bahasa adalah makna pemulihan. Ditemukan bahwa terapi bicara yang memperlakukan sesuai dengan perspektif ini dan dikotomi-dikotomi dalam rehabilitasi merupakan hal yang tidak dipertimbangkan.

Efek paling merusak pada afasia bagi penderita adalah efek pada kehidupan antar pribadi, sehingga sasaran pemulihan berimplikasi pada pemulihan hubungan antar pribadi (Nystrom, 2006). Penderita afasia mengalami perasaan-perasaan tertekan, merasaterasing dan frustrasi. Nystrom (2006, 2009) menekankan bahwa penderita afasia memiliki kebutuhan untuk mengekspresikan perasaan-perasaan dan harus dibantu untuk mengkomunikasikannya. Hubungan-hubungan antar pribadi dapat menimbulkan rasa frustrasi oleh kesalahpahaman-kesalahpahaman dan konflik-konflik. Penderita afasia dapat berbicara dengan dokter atau terapis terkait dengan komunikasi tersebut, tetapi penderita juga tampaknya harus memiliki kebutuhan akan teman bicara yang dapat menerima dan memahami dikotomi-dikotomi yang dia temukan ketika berinteraksi (Hjelmlink, 2007). Dalam arti yang sempit, rehabilitasi sebagai sebuah proses dalam pemulihan tersirat dalam kontak yang terbatas dengan para ahli yang memiliki kompetensi untuk menembus dan membuka kemungkinan mengatasi frustrasi-frustrasi penderita.

Bahasa yang rusak adalah penghalang untuk memahami hidup penderita afasia dalam dikotomi-dikotomi antara penderita dan keluarga dekat. Pendamping berpengalaman dalam merawat penderita afasia dan memiliki kemampuan untuk menciptakan kelompok pengasuh yang dapat memahami dan melibatkan sanak keluarga jarang ditemukan (Sundin & Jansson, 2003). Dalam proses pemulihan, jenis perlakuan seperti ini, terpisah dari sekedar terapi bahasa yang mungkin

akan menurunkan rasa tertekan pada penderita afasia (Hilary, Roy, Byng & Smith, 2003).

Apa yang ditemukan oleh seorang penderita afasia dalam hubungan pasien-dokter, menurut Toombs, adalah jenis hubungan yang unik "hubungan tatap muka" untuk menyampaikan arti penyakit dalam konteks situasi biografis tertentu (Toombs, 1993). Tidak sekedar untuk memiliki alat yang diperbaiki, tetapi mendapatkan kembali alat yang rusak untuk bekerja dalam totalitas relevansinya. Penafsiran tentang rehabilitasi ditujukan lebih kepada pelatihan. Lebih dalam, makna rehabilitasi membutuhkan pemahaman yang tercerminkan dari apa arti rehabilitasi bagi penderita afasia ketika semua pengalaman-pengalamannya dimasukkan untuk mengetahui bagaimana meningkatkan dukungan bagi penderita afasia. Dengan demikian, tampaknya penting untuk menemukan cara-cara yang membuat pengalaman individu diintegrasikan dalam perencanaan para ahli dalam usaha pemulihan pada penderita afasia.

B. Perspektif Teoritis

1. Perspektif Teori Komunikasi

Manusia adalah makhluk sosial. Makhluk yang membutuhkan interaksi antara sesama. Seseorang akan mengetahui kemampuan dirinya apabila berkumpul bersama di lingkungan sosialnya. Ketika manusia satu dengan manusia lainnya bertemu dalam suatu komunitas, tempat umum atau dalam keluarga, interaksi sosial akan terjadi. Satu hal yang penting dalam interaksi adalah komunikasi. Sukses tidaknya komunikasi tersebut mempengaruhi interaksi sosial yang terbentuk.

Pada dasarnya inti dari komunikasi itu sendiri adalah penyampaian informasi berupa ide, pesan atau gagasan secara verbal atau nonverbal (*gesture, body language*) serta tulisan. Tentu saja alat yang dipakai dalam komunikasi tersebut adalah bahasa. Komunikasi akan berjalan lancar apabila pesan yang disampaikan penutur dimengerti oleh mitra tuturnya. Jika tidak demikian maka terjadi gangguan dalam komunikasi. Gangguan komunikasi adalah hal yang merintang atau menghambat komunikasi sehingga penerima salah dalam menafsirkan pesan yang diterimanya. Hal ini dapat terjadi karena bahasa yang dipergunakan tidak jelas sehingga mempunyai arti lebih dari satu, simbol yang dipergunakan antara pengirim dan penerima tidak sama atau bahasanya sulit.

Bahasa sebagai alat komunikasi mempunyai peran yang sangat vital dalam terlaksananya komunikasi dengan lancar. Bahasa adalah bagian penting dalam kehidupan sehari-hari. Berbicara dengan orang lain, membaca koran, bekerja dan belajar dengan menggunakan bahasa. Bahasa juga digunakan untuk mengungkapkan pikiran dengan jelas. Akan tetapi, bila terjadi gangguan berbahasa maka komunikasi pun tidak berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Salah satu gangguan bahasa dialami oleh para penderita afasia.

Berangkat dari pemahaman afasia sebagai hilangnya kemampuan untuk berkomunikasi dengan lisan bahkan isyarat, komunikasi secara tertulis atau ketidakmampuan untuk memahami komunikasi tersebut atau hilangnya kemampuan berbahasa (Gresham, 1995), menunjukkan bahwa afasia adalah gangguan komunikasi.

Komunikasi didefinisikan secara luas sebagai "berbagi pengalaman." Sampai batas tertentu, setiap makhluk dapat dikatakan melakukan komunikasi dalam pengertian berbagi pengalaman. Namun dalam penelitian ini yang dimaksud komunikasi adalah mengacu pada

komunikasi manusia yang dikenal dengan *human communication* yang memiliki tujuan dalam suatu proses.

Berdasarkan proses dan tujuan komunikasi, terdapat tiga dimensi konseptual penting yang mendasari definisi-definisi komunikasi. Dimensi pertama adalah tingkat observasi, atau derajat keabstrakannya. Misalnya, komunikasi sebagai proses yang menghubungkan satu sama lain bagian-bagian terpisah dunia kehidupan adalah terlalu umum, sementara komunikasi sebagai alat untuk mengirim pesan, perintah, dan sebagainya lewat telepon, telegraf, radio, dan sebagainya terlalu sempit (Mulyana, 1999).

Dimensi kedua adalah kesengajaan (*intensionality*). Sebagian definisi hanya mencakup pengiriman dan penerimaan pesan yang disengaja; sedangkan sebagian definisi lainnya tidak menuntut syarat ini. Miller (1976) mendefinisikan komunikasi sebagai situasi-situasi yang memungkinkan suatu sumber mentransmisikan suatu pesan kepada seorang penerima dengan disadari untuk mempengaruhi perilaku penerima. Sedangkan komunikasi yang mengabaikan kesengajaan terjadi secara spontan bahkan secara otomatis, yakni suatu proses yang membuat sama bagi dua orang atau lebih apa yang tadinya merupakan monopoli seseorang atau sejumlah orang (Uleman, Hon, Roman & Moskowitz, 1996).

Dimensi ketiga adalah penilaian normatif. Dimensi ini mengasumsikan bahwa komunikasi itu harus berhasil dimana komunikasi adalah pertukaran verbal, pikiran atau gagasan. Asumsi dibalik definisi tersebut adalah bahwa suatu pikiran atau gagasan secara berhasil dipertukarkan. Walaupun demikian sebagian definisi tidak mensyaratkan keberhasilan ini, seperti definisi dari Bernard Berelson dan Gary Stainer bahwa komunikasi adalah transmisi

informasi, definisi ini tidak mengisyaratkan informasi harus diterima atau dimengerti (dalam Mulyana, 2010).

Berangkat dari tiga dimensi tersebut, Littlejohn (1996) menyebutkan, setidaknya ada tiga pandangan yang dipertahankan dalam memandang perilaku-perilaku mana yang mungkin dianggap komunikasi dan mana yang tidak. *Pertama*, komunikasi harus terbatas pada pesan yang secara sengaja diarahkan kepada orang lain dan diterima oleh mereka. *Kedua*, komunikasi harus mencakup semua perilaku yang bermakna bagi penerima, apakah disengaja ataupun tidak. *Ketiga*, komunikasi harus mencakup pesan-pesan yang dikirimkan secara sengaja, meskipun sengaja itu sulit ditentukan.

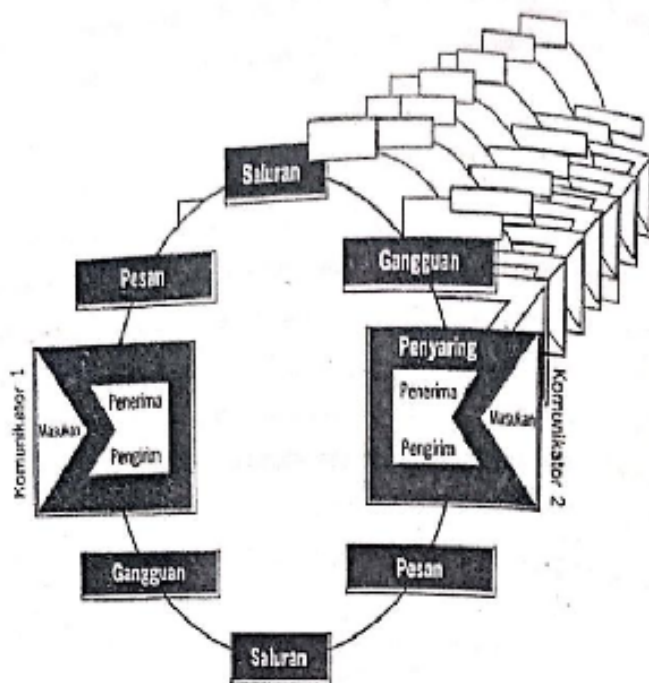
Dari berbagai definisi dan model komunikasi, model komunikasi yang dikembangkan oleh Tubbs (1994) yang menggambarkan komunikasi mendasar merupakan model komunikasi yang sesuai dengan objek kajian penelitian yaitu afasia sebagai gangguan komunikasi. Model komunikasi Tubbs (1994) merupakan model komunikasi paling mendasar, yaitu komunikasi antar dua orang (diadik). Model komunikasi ini sesuai dengan konsep komunikasi sebagai transaksi, yang mengasumsikan kedua peserta komunikasi sebagai pengirim sekaligus juga penerima pesan.

Ketika seseorang berbicara (mengirimkan pesan), sebenarnya pada saat yang sama, juga mengamati perilaku mitra bicara dan bereaksi terhadap perilaku yang diperlihatkan oleh mitra bicara. Proses komunikasi bersifat timbal balik atau saling mempengaruhi. Proses komunikasi berlangsung spontan dan serentak. Karena itu kedua peserta komunikasi disebut komunikator 1 dan komunikator 2. Penggunaan nomor 1 atau 2 sebenarnya bersifat sebarang saja, tidak otomatis berarti bahwa komunikator 1 sebagai orang yang punya inisiatif pertama untuk mengirimkan pesan pertama kali dan

komunikator 2 sebagai penerima pesan untuk pertama kali, namun dapat saja dikonseptualisasikan demikian untuk memudahkan pemahaman.

Komunikasi dapat saja *dimulai* oleh komunikator satu ataupun komunikator 2. Tetapi dalam kenyataan, kedua orang itu mengirim dan menerima pesan sepanjang waktu. Dalam kehidupan sehari-hari, komunikasi itu suatu proses yang sinambung, tanpa awal dan tanpa akhir. Artinya apa yang dianggap awal komunikasi pada dasarnya merupakan kelanjutan dari fenomena komunikasi yang terjadi sebelumnya, baik dengan orang bersangkutan ataupun dengan pihak lain, dan apa yang dianggap akhir komunikasi juga akan berlanjut dengan peristiwa komunikasi berikutnya, baik kembali dengan diri lagi ataupun dengan pihak lain. Secara singkat, komunikasi sehari-hari sebenarnya nyaris tanpa struktur sehingga kedua peran tersebut (komunikator 1 dan komunikator 2) hampir bertumpang tindih. Tidak mudah untuk menentukan siapa yang memulai komunikasi, karena hal itu menyangkut peluang semata.

Pandangan transaksional mengenai komunikasi menyarankan bahwa individu mengalami perubahan sebagai hasil terjadinya komunikasi. Pada model tersebut, perubahan mengisyaratkan bahwa komunikasi bersifat *irreversible*. Artinya, individu tidak dapat lagi berada dalam posisi semula (baik dalam pengetahuan, pengalaman, ataupun sikap), sebelum suatu pesan menerpanya. Dalam model Tubbs (1994), tampak lingkaran-lingkaran menyerupai spiral yang berada di belakang lingkaran utama (paling depan) menunjukkan unsur waktu yang terus berjalan, yang secara implisit menandakan komunikasi sebagai proses dinamis yang menimbulkan perubahan pada peserta komunikasi.



Gambar II. 1:
Model Komunikasi Tubbs

Sumber : Stewart L. Tubbs dan Sylvia Moss. (1994). *Human Communications*, Edisi ke-7, New York: McGraw-Hill. Hlm : 7.

Model komunikasi Tubbs melukiskan, baik komunikator 1 atau komunikator 2 terus menerus memperoleh masukan, yakni rangsangan yang berasal dari dalam ataupun dari luar diri, yang sudah berlalu ataupun yang sedang berlangsung, juga semua pengalaman dan pengetahuan mengenai dunia fisik dan sosial yang diperoleh lewat indra. Akan tetapi, baik komunikator 1 ataupun 2 adalah manusia yang unik, mempunyai latar belakang sosial-budaya yang berbeda. Dengan kata lain, masukan yang diterima komunikator 1 dan komunikator 2, baik yang sudah berlalu maupun yang sedang terjadi, boleh jadi

berlainan. Filter atau penyaring masing-masing, baik fisiologis ataupun psikologis, juga dapat berbeda.

Pesan dalam model Tubbs (1994) dapat berupa pesan verbal dan nonverbal, dapat disengaja ataupun tidak disengaja. Salurannya adalah alat indra, terutama pendengaran, penglihatan dan perabaan. Gangguan dalam model Tubbs (1994) terbagi dua, gangguan teknis dan gangguan semantik. Gangguan teknis adalah faktor yang menyebabkan si penerima merasakan perubahan dalam informasi atau rangsangan yang tiba, misalnya kegaduhan. Gangguan ini dapat berasal dari pengirim pesan, misalnya orang yang mengalami kesulitan bicara atau berbicara terlalu pelan hingga nyaris tidak terdengar. Gangguan semantik adalah pemberian makna yang berbeda atas lambang yang disampaikan pengirim. Gangguan-gangguan ini terjadi pada penderita dengan gangguan komunikasi seperti pada penderita afasia.

Pertanyaan besar "mengapa kita berkomunikasi?" akan lebih mudah menjawabnya ketika memahami fungsi-fungsi komunikasi. Schiedel (1976) mengatakan bahwa seseorang berkomunikasi terutama untuk menyatakan dan mendukung identitas diri, untuk membangun kontak sosial dengan orang disekitar, dan mempengaruhi orang lain untuk merasa, berpikir, atau berperilaku seperti yang diinginkan. Menurut Scheidel (1976) tujuan dasar berkomunikasi adalah untuk mengendalikan lingkungan fisik dan psikologis.

Zimmerman *et al.* (1977) merumuskan tujuan berkomunikasi menjadi dua kategori besar. Pertama, berkomunikasi bertujuan untuk menyelesaikan tugas-tugas yang penting bagi kebutuhan manusia memberi makan dan pakaian kepada diri sendiri, memuaskan rasa penasaran pada lingkungan, dan menikmati hidup. Kedua, berkomunikasi bertujuan menciptakan dan memupuk hubungan dengan orang lain. Jadi komunikasi mempunyai fungsi

ini, yang melibatkan pertukaran informasi yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas, dan fungsi hubungan yang melibatkan pertukaran informasi mengenai bagaimana hubungan seseorang dengan orang lain.

Verderber (1996) mengemukakan dua fungsi komunikasi. Pertama, fungsi sosial yakni untuk tujuan kesenangan, untuk menunjukkan ikatan dengan orang lain, membangun dan memelihara hubungan. Kedua, fungsi pengambilan keputusan, yakni memutuskan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu pada saat tertentu, seperti apa yang akan dilakukan. Sebagian keputusan ini dibuat sendiri, dan sebagian lain dibuat setelah berkonsultasi dengan orang lain (Verderber, 1996; Mulyana, 2010). Sebagian keputusan bersifat emosional, dan sebagian lagi melalui pertimbangan yang matang. Bila keputusan itu bersifat emosional, keputusan itu biasanya melibatkan pemrosesan informasi, berbagi informasi, dan dalam banyak kasus berupa persuasi, karena tidak hanya diperlukan untuk memperoleh data, namun sering juga untuk memperoleh dukungan atas keputusan tersebut (Mulyana, 2010).

Fungsi komunikasi yang terkait erat dengan penelitian ini berdasarkan kerangka yang dikemukakan Gordon (1978) yakni komunikasi sosial dan komunikasi ekspresif.

Fungsi komunikasi sebagai komunikasi sosial mengisyaratkan bahwa komunikasi penting untuk membangun konsep diri, aktualisasi diri, untuk kelangsungan hidup, untuk memperoleh kebahagiaan, terhindar dari tekanan dan ketegangan, antara lain lewat komunikasi yang menghibur, dan memupuk hubungan dengan orang lain (Mulyana, 2010). Orang yang tidak pernah berkomunikasi dengan manusia lainnya dipastikan akan *tersesat* karena tidak sempat menata diri dengan lingkungan sosial.

Melalui komunikasi individu membangun suatu kerangka rujukan dan menggunakannya sebagai panduan untuk menafsirkan situasi apapun yang dihadapi. Dengan komunikasi pula yang memungkinkan individu mempelajari dan menerapkan strategi-strategi adaptif untuk mengatasi situasi-situasi problematik yang dimasuki (McFarland & Alvaro, 2000). Tanpa melibatkan diri dalam komunikasi, seseorang tidak akan tahu bagaimana makan, minum, berbicara sebagai manusia dan memperlakukan manusia lain secara baik, karena cara-cara berperilaku tersebut harus dipelajari lewat pengasuhan keluarga dan pergaulan dengan orang lain (Felson & Reed, 1986; Leary, Cottrell & Phillips, 2001) yang intinya adalah komunikasi.

Bila seseorang yang karena kecelakaan, kesengsaraan atau karena hal lain terisolasi atau terabaikan oleh manusia lainnya, akan tampak dengan kehidupannya sendiri yang terkurung atau terpenjara dalam dunianya tanpa komunikasi (Mulyana, 2010). Hal ini bersesuaian dengan penderita afasia yang pada intinya mengalami gangguan dalam berkomunikasi.

2. Perspektif Ego Psikologi Freud dan Fenomenologi Husserl

a. Konsep Isolasi dalam Teori Ego Psikologi Freud

Konsep dari ego psikologi digunakan oleh pakar ego psikologi (Blanck dan Blanck, 1974; Freud, 1966) untuk menjelaskan proses-proses mental dimana perasaan-perasaan terpisah dari pikiran. Isolasi sebagai sebuah karakteristik personal dalam kenyataannya dapat menjadi hal yang problematis, tetapi disisi lain juga merupakan sebuah sumber penting saat dalam kondisi terancam dan kepanikan. Perasaan isolasi kemungkinan dapat mengesampingkan rasionalitas ketika bertindak. Penderita menjadi sadar akan afasiannya saat dia sedang sendiri di rumah,

atau ditempat rehabilitasi saat perawat meninggalkannya sendiri. Kemampuan pengetahuannya dengan segera menunjukkan bahwa dia harus menekan perasaannya untuk mendapatkan bantuan orang lain dan memakai kemampuan isolasi dan rasionalitasnya sebagai sebuah strategi sadar. Hal ini berlawanan dengan teori mekanisme pertahanan psikologi tidak sadar dimana menghadapinya dengan penyingkapan dan pembebasan perasaan-perasaan tertekan yang telah diasingkan pada bagian pikiran yang berbeda (Freud & Breuer, 1895)

Ketika penderita afasia kembali bersama perawat yang menemani di tempat rehabilitasi, di rumah sakit atau di rumah sendiri, maka perasaan tertekan dapat dihentikan. Hal ini didukung penjelasan bahwa perasaan-perasaan ditekan hanya ketika diperlukan untuk bertindak rasional (Nystrom, 2006).

Diatas semua kelebihan atau kelemahan yang dimiliki teori ini, teori ini telah berusaha menggambarkan kehidupan individu yang sebagian berpijak di dunia keyakinan, dikepung oleh konflik dan kontradiksi batin, namun masih sanggup berpikir rasional dan bertindak, digerakkan oleh kekuatan-kekuatan yang tidak diketahui, dan inspirasi-inspirasi yang melampaui jangkauan, diantara keburaman dan kejernihan, rasa frustrasi dan rasa puas, penuh pengharapan dan keputusasaan, penuh pementingan diri dan altruis, singkatnya sebuah makhluk manusia yang kompleks. Bagi banyak orang, gambar manusia seperti ini sudah memiliki validitas yang esensial.

b. Konsep Intensionalitas Fenomenologi Husserl

Teori fenomenologi intensionalitas dapat membantu memahami penangkapan realitas non verbal dan pre reflektif yang

dialami penderita afasia semacam ini. Dengan memakai konsep intensionalitas¹, Husserl tidak meragukan tentang kekuatan bawaan dari apa yang disebut sebagai sikap alami yaitu "terbenam setiap hari dalam keberadaan dan pengalaman seseorang, dimana seseorang meremehkan bahwa dunia adalah seperti apa yang diterima, dan bahwa orang lain mengalami dunia seperti yang dialami" (Dahlberg *et al.* 2001; Husserl, 1970). Dalam tindakan intensionalitas, seseorang tidak merefleksikan secara kritis, hanya berada dalam dunia keseharian dimana seseorang tinggal.

Saat terjadi afasia, maka terjadi kehilangan kemampuan untuk bergerak dari sebuah sikap alami ke sebuah sikap yang lebih reflektif. Dunia sekitar dipahami dalam cara yang sama seperti udara yang dihirup dapat dirasakan dengan jelas namun tidak dapat dijelaskan secara konkret. Jelas tidak mungkin untuk menganalisa pengalaman-pengalaman yang sudah ada selama tidak memiliki akses pada kata-kata isyarat komunikasi lainnya.

Apakah mungkin untuk mengenali realita secara intensional tanpa kata-kata? Menurut Merleau-Ponty (1989), salah satu pengikut Husserl, kesimpulan semacam ini sepertinya tidak masuk akal. Kata-kata bukanlah sebuah prasyarat untuk pemikiran. Sebaliknya pemikiran adalah prasyarat untuk bahasa.

¹ Sebuah istilah yang dinjam dari filsafat: sebuah ciri tentang sejumlah (artinya: tidak semua) kondisi internal mental atau kognitif yang didalamnya mereka difokuskan sepenuhnya kepada objek, kejadian, dan kondisi hubungan di dunia nyata. Contoh ucapan "aku percaya di luar sedang hujan" menunjukkan kondisi mental yang memiliki intensionalitas. Secara umum, keyakinan, intensi, hasrat, maksud dsb, termasuk kondisi-kondisi mental yang intensional. Sedangkan kondisi-kondisi mental yang lain yang dicirikan oleh afeksi yang tak terpilah atau tak terarah seperti depresi atau kecemasan, tidak begitu terklasifikasikan

Kata tidaklah tanpa arti, karena dibalik dunia ada sebuah operasi kategorial, tapi arti ini adalah sesuatu yang tidak dimiliki kata dan tidak memiliki, karena kata dipikirkan baru memiliki arti, kata tetap menjadi sebuah wadah kosong. Ini hanyalah sebuah fenomena artikulasi suara, atau kesadaran akan fenomena tersebut, tapi dalam setiap kasus bahasa hal ini dapat terjadi, tapi hal itu merupakan sebuah penyertaan eksternal dari pemikiran (Merleau Ponty, 1969, h. 177).

Lebih lanjut satu aspek dari intensionalitas adalah tampak dalam kemampuan untuk berpikir keseluruhan, tanpa kata-kata segera setelah terserang afasia. Penderita afasia tidak hanya menangkap dan mengenali realitanya, tetapi juga selanjutnya akan terkejut dengan ketenangan dan juga kemampuannya untuk menangani situasi akut. Bahkan bagi penderita afasia yang memiliki elemen-elemen yang kuat, seperti pada afasia impresif akan ingat dan mampu menjelaskan tahap akut, meskipun terdapat fakta bahwa ada kebingungan ketika ini muncul

Oleh karena itu, afasia tidak menurunkan persepsi atau kemampuan cepat untuk mengenali sesuatu sebagai sesuatu, namun sebaliknya; tindakan intensionalitas muncul sebagai sebuah pengalaman yang lebih kuat daripada sebelumnya ketika kata-kata hilang yang diinterpretasikan sebagai sebuah "bahasa meta", sebuah bahasa non verbal dan tenang, tersembunyi dibalik bahasa verbal dan tidak dapat diakses oleh seseorang yang dapat berbicara. "Bahasa meta" adalah arti yang sempurna dan lengkap, terdiri dari keseluruhan arti. Arti ini dipahami sebagai kebenaran yang absolut, tidak lagi mempertimbangkan pilihan-pilihan atau alternatif-alternatif lainnya, karena makna sudah ada.

Dalam proses ini, bahasa tidak dianggap sebagai sebuah kumpulan aturan-aturan yang pasti. Keajaiban nyata dari bahasa

akan ditemukan ketika penderita afasia menemukan arti dalam kata-kata orang lain dan mampu mengekspresikan arti sendiri.

3. Perspektif teori Nystrom Kesepian Dunia Tanpa Komunikasi

Hidup tanpa perantara komunikasi baik kata maupun simbol dengan dunia diluar diri ibarat keterasingan hidup akibat putusnya jembatan yang menghubungkan. Dunia diam tanpa stimulus dan respon, itulah yang dirasakan oleh para penderita afasia (Nystrom, 2006, 2009).

Afasia mempengaruhi dunia simbol-simbol yang diperlukan dalam berinteraksi dengan orang lain. Dengan demikian, afasia sangat berhubungan dengan perasaan-perasaan keterasingan, rendah diri, dan rasa malu dalam tatanan sosial. Kehilangan kemampuan untuk mengenali, memahami dan mengeluarkan kata-kata dan simbol-simbol tersebut semakin menjadikan kesendirian bagi penderita (Nystrom, 2006).

Pada akhirnya, kesendirian dapat menimbulkan berbagai efek pada penderita afasia. Implikasinya berdampak pada masalah perilaku dan kesehatan. Telah banyak studi yang mendukung pernyataan ini, bahwa beberapa diantara aspek yang mungkin menjadi faktor atau mediator dalam rasa kesendirian adalah kognitif, afektif dan perilaku (Zammuner, 2008). Ketidakmampuan individu dalam melakukan suatu fungsi atau beberapa fungsi baik yang bersifat sementara atau menetap, menjadi faktor dalam kesendirian yang direfleksikan dalam merasa nyaman dengan menutup kontak dengan orang lain (Zammuner, 2008).

Dampak dari kerusakan berbahasa adalah pada kehidupan interpersonal, dengan kemampuan seseorang untuk berinteraksi dengan orang lain. Interaksi mengisyaratkan simbol-simbol dan tanda-

tanda yang mengartikan suatu hal sebagai persetujuan pada konteks atau kultur tertentu (Charon, 1989). Kata-kata, uang, tanda-tanda dan banyak ekspresi non verbal lainnya seperti mengangguk untuk 'ya' dan menggeleng untuk 'tidak' adalah contoh dari simbol-simbol. Untuk tujuan berkomunikasi, harus digunakan simbol-simbol yang sesuai yang diterima sebagai pembawa arti dalam masyarakat. Komunikasi juga melibatkan kemampuan memacu sebuah arti tertentu dalam pikiran orang lain dan memahami apa yang ingin disampaikan oleh orang lain. Bagi penderita afasia, kesulitan yang parah adalah hilangnya simbol-simbol yang penting untuk bahasa. Bukan hanya kata lisan atau tulisan yang hilang dan tidak memiliki arti, tetapi juga simbol-simbol pelengkap seperti mengangguk dan menggeleng, mengenali ekspresi kesenangan atau kesedihan atautkah suara yang meninggi dalam kemarahan.

Akibat gangguan kemampuan untuk simbolisasi, eksistensi yang paling serius dari afasia muncul dalam wujud kesendirian, perasaan malu, tersingkir, terisolasi ketika usaha-usaha untuk bertukar pikiran, perasaan, sikap dan pengalaman dengan orang lain berubah menjadi kegagalan (Nystrom, 2006; Van der Gaag *et al.*, 2005; Zammuner, 2008; Storm, 2005).

BAGIAN V

KONDISI PSIKOLOGIS PENDERITA AFASIA PASCASTROKE

Afasia pascastroke merupakan gejala sisa akibat stroke berupa ketidakmampuan dalam berkomunikasi dan *handicap* sosial yang akan diderita hampir sepanjang umurnya (Dharmaperwira-Prins & Maas, 1993, 2002). Ketidakmampuan berkomunikasi yang dimaksud adalah ketidakmampuan menggunakan bahasa lisan dan tulisan, sementara *handicap* sosial adalah cacat secara sosial dalam berbahasa karena bahasa merupakan fungsi dasar manusia sebagai alat komunikasi (Mendez *et al.* 1997).

Para penderita afasia pascastroke selama pemulihan berbahasa berjuang untuk mendapatkan kembali kemampuan berkomunikasi dengan berproses dan bertahap. Proses tersebut diawali ketika pertama kali mengalami stroke dan penderita kehilangan bahasa hingga penderita memperoleh kembali kemampuan berkomunikasi. Selama

proses pemulihan berbahasa tersebut, penderita mengalami beberapa pengalaman yang bersifat individual dan kompleks seperti pengalaman kesepian (Andersson, 1985; Mayers, & Svartberg, 2001; Mayers, Khoo, & Svartberg, 2002; Sand, & Strang, 2006; Yalom, 1980).

Penderita afasia pascastroke mengalami gangguan komunikasi baik lisan, tulisan ataupun isyarat secara terus-menerus. Gangguan tersebut dapat memicu pengalaman kesepian dan menggerakkan individu untuk mengakui adanya kesepian dan kerinduan untuk menjadi bagian dari yang lain (O'Donohue, 1999).

Pada penderita afasia pascastroke, adanya gangguan komunikasi secara otomatis berakibat pada hubungan sosial penderita. Padahal hubungan seseorang dengan orang lain akan meningkatkan rasa memiliki dan memberi kedekatan secara eksternal. Hubungan tersebut mencegah terjadinya seseorang terkurung dengan kesepian, sementara saat rasa kesepian penderita bertambah maka rasa kerinduan pun akan meningkat. Gangguan komunikasi pada penderita afasia juga dapat memunculkan persepsi tentang ketidakpahaman orang lain dalam memahami dirinya yang diiringi dengan kecemasan (Lutherman, 2002).

Pengalaman kesepian mengacu pada keadaan entitas pada fisik dengan tubuh fisik yang terpisah dari entitas lain (Tillach, 1980). Sebagai entitas yang terpisah dalam tubuh yang terpisah, terdapat sebuah kesenjangan yang tidak terjembatani keberadaannya antara masing-masing individu, tidak peduli seberapa intimnya hubungan individu dengan yang lain (Yalom, 1980). Keterpisahan dari yang lain menggambarkan kesepian individu.

Pengalaman kesepian tidak berarti isolasi sosial atau pemutusan hubungan sosial karena manusia adalah makhluk sosial dan saling tergantung (Myss, 1997; Rokach, 2004; Suedfeld, 1982; Weiss, 1973).

Antara kerinduan untuk berhubungan dengan orang lain dengan keintiman yang dimulai pada masa bayi akan tetap berlaku sepanjang hidup seseorang. (Fromm-Reichman, 1980).

Pengalaman kesepian yang dialami penderita afasia pascastroke muncul dengan perasaan-perasaan pengasingan yang mencakup kehidupan internal dan eksternal (dunia sekitar) penderita (Hjelmblick, 2007; Nystrom, 2006). Beberapa di antara penderita tidak mengetahui siapa dirinya karena tidak mampu berkomunikasi. Identitas penderita seperti halnya menghilang dan menganggap dirinya sebagai orang cacat yang tidak dipedulikan. Menurut Nystrom (2006) ketidakmampuan mengetahui orang lain dan ketidakmampuan mempertahankan harga diri membuat penderita afasia mudah menilai buruk maksud-maksud orang lain. Rasa kesepian penderita afasia pascastroke tersebut semakin meningkat apabila orang lain mengesampingkan penderita ketika berkomunikasi.

Secara teoritis Husserl (1989; 1992) mengemukakan bahwa bagaimana manusia itu sebagai manusia berhubungan dengan dunia. Manusia tenggelam dengan dunia kehidupan dan tidak dapat memisahkan diri dari kehidupan tersebut. Manusia hadir di dunia ini sebagai makhluk yang mengamati dan kesadaran manusia tersebut secara sengaja di arahkan pada fenomena di dunia dimana manusia berada. Fenomena dialami dengan sikap, sikap yang tidak terefleksikan. Namun manusia memberikan makna fenomena yang dirasakan dan melalui pemaknaan terhadap fenomena yang dirasakan, fenomena itu hadir di dunia manusia.

Teori Husserl tersebut menunjukkan bahwa manusia atau seseorang memiliki pengalaman yang didapatkan dari pemaknaan sebuah fenomena. Pada penderita afasia pascastroke fenomena pengalaman kesepian merupakan pengalaman yang diungkapkan

dengan memaknai fenomena tersebut sebagaimana yang dipahami. Oleh karena itu, meskipun setiap orang mengalami kesepian namun pengalaman tersebut dialami individu masing-masing secara eksklusif. Tidak ada seorangpun yang mengetahui bagaimana orang lain merasakan kesepian itu kecuali diungkapkan sendiri.

Selama proses pemulihan berbahasa, pengalaman kesepian merupakan sebuah kondisi yang menunjukkan keberadaan atau kehadirannya selalu ada di mana-mana (Carter, 2000; Casey & Holmes, 1995; Collins, 1989; Mijuskovic, 1979; Moustakas, 1961). Salah satunya pengalaman kesepian hadir pada penderita afasia pascastroke sebagai gangguan komunikasi (Nystrom, 2006; 2011). Rasa pengalaman kesepian tersebut digambarkan sebagai kekurangan yang mutlak pada keterkaitan dengan apa pun. Untuk kondisi pengalaman kesepian, tidak ada penyembuhan yang permanen (Moustakas, 1961; Mayers, Naples & Nilsen, 2005). Oleh karena itu seseorang ketika menghadapi kesepian dapat ditunjukkan dalam beragam peran dari menerima, menyerah, dan bahkan berani menghadapinya.

Pengalaman kesepian merupakan sebuah pengalaman. Sebuah pengalaman yang di dalamnya terdapat perasaan kekosongan, keabadian (Moustakas, 1961), dan ketiadaan yang berujung pada sebuah kualitas individu yang kurang sehat (Mijuskovic, 1979). Pada penderita afasia pascastroke pengalaman kesepian seperti perasaan kosong, perasaan ketidakhadiran yang dirasakan dapat diartikan dalam dua konotasi. Konotasi positif ketika pengalaman kesepian yang dirasakan dimaknai sebagai satu kekuatan yang dapat merangsang pertumbuhan pengalaman afirmatif. Sebaliknya, menjadi negatif ketika pengalaman kesepian di rasakan sebagai pengalaman yang mengancam, menakutkan, dan menghancurkan. Oleh karena

itu, pengalaman kesepian dalam konotasi negatif menjadi sangat berat, putus asa, menakutkan, sangat parah, dan mengerikan (Gaev, 1976; Mijuskovic, 1979; Moustakas, 1961). Alasan yang mengiringi kesepian sebagai perasaan kosong, di antaranya ketakutan akan kehilangan hubungan dengan orang lain, rasa pesimis dalam berjuang, dan perasaan sendiri (Mijuskovic, 1980).

Pengalaman kesepian juga merupakan perasaan yang dihasilkan oleh ketidakmampuan untuk menemukan makna dalam situasi karena kehilangan harus dihadapi secara langsung dan dalam jangka waktu yang lama (Mayers & Svartberg, 2001; Mayers, Khoo & Svartberg, 2002; Sand & Strang, 2006). Dalam kasus pengalaman kesepian, kesadaran tidak dapat lagi diarahkan keobyek lain selain pada dirinya sendiri. Pengalaman kesepian hanya dapat dipahami dalam istilah *being*/keberadaannya (Mijuskovic, 1979).

Pengalaman kesepian sebagai suatu pengalaman melalui perantara bahasa (Nystrom, 2006). Melalui bahasa, seseorang yang mengalami kesepian dapat merefleksikan atas apa yang dialami. Pengalaman kesepian yang dinyatakan dalam bahasa, merupakan refleksi dari realitas tersamar yang dimaksudkan (Mijuskovic, 1979). Untuk itu pengalaman kesepian sulit dikomunikasikan atau diekspresikan. Meskipun demikian, pengalaman kesepian dapat dikenali dan dibagi melalui pemahaman rasa pada sifat menyendiri seseorang (Applebaum, 1978; Moustakas, 1961). Dari pemahaman diri tersebut, dapat dinyatakan bahwa pengalaman dapat disampaikan secara konseptual (Mijuskovic, 1979). Selain itu, terdapat hubungan secara integritas antara fisik dan persepsi pada pengalaman kesepian (McGraw, 1995; Sand & Strang, 2006). Dalam hal ini, hubungan perilaku dapat menjadi sebuah masukan untuk lebih memahami pengalaman kesepian.

Dari sisi lain, pengalaman kesepian merupakan sebuah proses, yaitu pertumbuhan batin. Dalam perkembangan pertumbuhan batin menunjukkan bahwa potensi diri seseorang dapat aktualisasikan (Mayers, Naples & Nilsen, 2005; Park, 2006), interpersonal seseorang dalam suatu hubungan yang intim, (Lindenauer, 1970; May & Yalom, 2000; Yalom, 1980), dan pertumbuhan spiritual (Carter, 2000; Collins, 1989; Ellison, 1978; Kelsey, 1984).

Pengalaman kesepian juga merupakan proses otentik yaitu proses penerimaan diri atas kesepian yang dialami dan diaktualisasi sehingga dapat menemukan dirinya. Jika seseorang yang menemukan dan mengakui adanya kesepian sebagai suatu pemberian (menerima sebagai anugerah), maka kesadarannya mengalami kehampaan. Sebaliknya, jika pengalaman kesepian sebagai suatu upaya aktualisasi, maka kesadarannya akan tumbuh sehingga mengetahui siapa dirinya, bagaimana seharusnya berhubungan dengan orang lain, dan memberikan makna dari kehidupan yang dijalani (Moustakas, 1961).

Literatur menunjukkan bahwa pertumbuhan batin dapat dicapai dengan memberikan makna spiritual maupun non-spiritual. Seseorang dapat memberi makna spiritual dengan mengubah keyakinan-keyakinannya tentang realitas, dan mengembangkan rasa spiritualitas yang tinggi (Cherry & Smith, 1993; Mayers, Naples & Nilsen, 2005). Seseorang dapat memberikan makna non-spiritual dengan membandingkan pada orang lain dalam situasi yang buruk, mengeneralisasikan situasi seseorang (Mayers, Naples, Nilsen, 2005).

Berdasarkan uraian di atas, pengalaman kesepian terjadi pada penderita afasia pascastroke sebagai penderita gangguan komunikasi akibat kehilangan fungsi luhur berbahasa. Kondisi penderita afasia pascastroke selama proses pemulihan berbahasa dapat menghadapi, menerima bahkan menyerah. Hal ini karena pengalaman kesepian

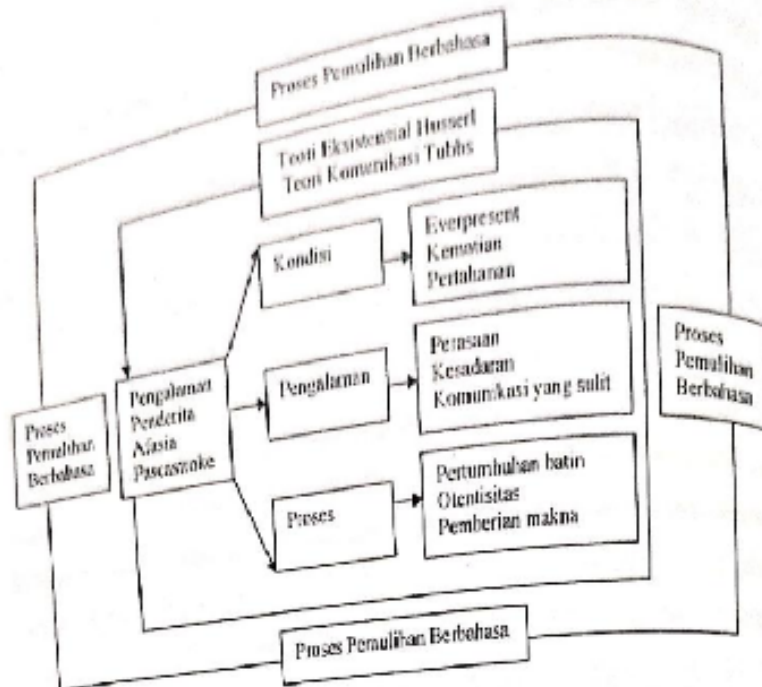
merupakan suatu kondisi yang tidak ada penyembuhan secara permanen.

Disisi lain penderita afasia pascastroke mengalami perasaan kosong, hampa, dan kehilangan. Dengan perasaan tersebut, penderita afasia dihadapkan pada dua kondisi, yaitu memaknai pengalaman atas perasaan tersebut dengan positif dan negatif. Jika dimaknai secara positif perasaan kekosongan sebagai rangsangan untuk menjadi tumbuh, sebaliknya jika dimaknai secara negatif pengalaman kesepian sebagai suatu pengalaman yang menghancurkan. Pada penderita afasia pascastroke pengalaman kesepian merupakan pengalaman sadar, yang sulit untuk diekspresikan. Meskipun demikian pengalaman kesepian dapat terlihat pada perasaan kesendiriannya.

Pengalaman kesepian merupakan sebuah proses bagi penderita afasia pascastroke. Proses yang menunjukkan pertumbuhan batin dengan menerima atau mengaktualisasi diri, dan tumbuhnya spritualitas. Dalam pertumbuhan batin dapat dimaknai dengan spritualitas dan non spritualitas. Penderita yang memaknai dengan spritualitas akan meningkatkan spritualitasnya, dan mengubah keyakinan yang irasional dengan realitas menjadi rasional. Sebaliknya jika dimaknai dengan nonspritualitas penderita membandingkan dirinya dengan orang lain.

Berdasarkan penjelasan di atas, peneliti menerangkan sintesis teoritis yang dibangun dalam penelitian ini dengan menjelaskan interaksinya dengan aspek-aspek psikologis. Penjelasan tersebut terangkum dalam **Gambar 2**. Perspektif teoritis akan digunakan sebagai dasar pijakan bagi peneliti dalam mendalami fenomena dan fokus dalam penelitian ini. Perspektif teoritis dan sintesisnya terangkum dalam gambar sebagai berikut:

Proses Pemulihan Berbahasa



Gambar 2.
Pengalaman Kesenjangan Penderita Afasia Pascastroke dalam Proses Pemulihan Bahasa

Insidens dan prevalensi stroke yang tinggi memiliki dampak yang besar pada masyarakat. Setelah awal masa rawat inap dan rehabilitasi stroke, 80% dari penderita stroke yang bertahan hidup kembali ke komunitas, bergantung pada emosi anggota keluarga, informasi dan bantuan peralatan untuk hidup sehari-hari. Pengasuh pasien stroke harus berhadapan bukan hanya dengan kesulitan dalam pergerakan, merawat diri dan komunikasi, tetapi juga gangguan kognitif, depresi dan perubahan kepribadian pada pasien. Di Indonesia menurut survey kesehatan rumah tangga (SKRT) tahun 1995, stroke merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan yang utama yang harus ditangani segera, tepat dan cermat.

Perubahan kepribadian merupakan salah satu dari keluhan yang sering disampaikan oleh pengasuh setelah sahabat atau keluarga menderita stroke. Secara keseluruhan masalah klinis perubahan kepribadian pasca stroke sebenarnya telah diterima tanpa adanya perhatian, walaupun berbagai bagian perubahan kepribadian seperti gangguan emosional, gangguan kognitif dan perubahan perilaku pada "trauma otak" telah dipelajari secara tersendiri. Beberapa studi telah melaporkan tentang perubahan kepribadian dari laporan cross sectional tanpa adanya penilaian kepribadian sebelum stroke (Silacn, 2008).

Pasien stroke yang mengalami defisit berat sering menjadi tergantung pada pengasuh untuk aktifitas sehari-hari, fisik dan dukungan emosional. Anggota keluarga harus menyesuaikan dengan gangguan fisik dan sering dengan ciri kepribadian yang baru. Jika pasien bergantung pada anggota keluarga untuk perawatan, pada pengasuh dapat berkembang perasaan terperangkap, terisolasi, marah, dan depresi. Harus diingat bahwa pengasuh sering berusia tua dan memiliki penyakit dan memiliki masalah fisik dan emosional.

Kotila et al tahun 1998 di Finlandia meneliti insiden dan keparahan depresi saat 3 dan 12 bulan setelah stroke pada pasien dan pengasuhnya. Mereka mendapatkan bahwa faktor resiko untuk depresi setelah 3 bulan adalah jenis kelamin wanita, keparahan saat onset stroke. Tingkat disabilitas yang parah juga berhubungan dengan depresi pada pengasuh.

Anderson et al tahun 1995 di Australia meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan gangguan emosional pada pengasuh 1 tahun pasca stroke dengan menggunakan Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS). Mereka melaporkan suatu rentang perilaku abnormal berupa withdrawl (menarik diri), irritability (cepat marah),

odd ideas (ide-ide aneh), unpredictability (tidak berpendirian), rudeness (kasar) dan odd behaviour (perilaku aneh).

Pasien dengan stroke sering menjadi mudah terangsang, impulsif dan marah atau agresif terhadap orang lain. Kim et al tahun 2002 meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan inability to control anger or aggression (ICAA) pasca stroke dan melaporkan bahwa ICAA berhubungan erat dengan disfungsi motorik, disartria, keadaan emosi, dan lesi yang mengenai area frontal-lenticulocapsular-pontin.

Aben et al tahun 2002 meneliti ciri kepribadian yang menjadi faktor resiko depresi pasca stroke dengan menggunakan the NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI). Mereka mendapatkan neuroticism merupakan suatu prediktor penting depresi pasca stroke.

Bogousslavsky tahun 2003 melaporkan berbagai perilaku dalam suatu kohort pasien stroke menggunakan the Emotional Behavioral Index. Didapatkan bahwa kesedihan, disinhibisi, kurangnya adaptasi, menarik diri dari lingkungan, menangis, pasif, dan agresifitas merupakan manifestasi perubahan kepribadian. Rasa sedih lebih sering berhubungan dengan lesi hemisfer kiri daripada hemisfer kanan. Pentingnya studi post-stroke depresi (PSD) adalah kaitan yang erat antara PSD dan outcome fungsional yang buruk pada pasien. Dalam penelitiannya didapatkan bahwa terdapat korelasi yang kuat antara perkembangan depresi dengan Rankin Scale dan Barthel Indeks yang buruk, keparahan stroke dan prognosis fungsional adalah faktor yang berhubungan kuat dengan perkembangan PSD.

Stone et al tahun 2004 meneliti perubahan kepribadian pasca stroke dan pengaruhnya pada pengasuh menggunakan kuesioner perubahan kepribadian pasca trauma kepala. Mereka menemukan perubahan kepribadian berupa berkurangnya kesabaran, meningkatnya frustrasi, berkurangnya keyakinan, lebih kurang puas

dan kurang tenang. Terdapat hubungan antara besarnya perubahan kepribadian dengan gangguan emosional pada pengasuh dan beratnya disabilitas.

Hackett et al tahun 2006 di New Zealand meneliti prediktor mood pasca stroke dengan menggunakan General Mood Questionnaire (GHQ-28) dan mendapatkan disabilitas dan riwayat depresi sebagai prediktor gangguan mood.

Dennis et al tahun 1998 di Scotlandia meneliti outcome emosional stroke pada pengasuh. Gangguan emosional yang berat dan depresi sering dijumpai pada pengasuh. Pengasuh sepertinya lebih mudah depresi jika pasien stroke tergantung atau mengalami gangguan emosional. Emosional pada pengasuh dinyatakan dalam ansietas dan depresi berhubungan erat dengan keadaan emosional penderita. Pengasuh wanita untuk pasien pria lebih ansietas dan depresi daripada pengasuh pria. Pengasuh yang lebih tua lebih depresi daripada yang lebih muda.

Studi yang dilakukan Silaen et al (2008) memperlihatkan bahwa stroke dapat mempengaruhi persepsi pengasuh terhadap kepribadian pasien. Pada studi ini terdapat perubahan negatif yang signifikan yang dirasakan pada karakteristik persepsi pengasuh seperti pembosan, frustrasi, tidak bahagia, rasa tidak puas, tidak bahagia, cemas dan sebagainya. Namun pada beberapa pasien, kadang-kadang pengasuh melaporkan perubahan kepribadian dalam arah yang positif, misalnya sifat mudah tersinggung dan mudah marah yang berkurang pasca stroke. Beberapa studi lain juga telah melaporkan perubahan kepribadian berupa laporan cross sectional tanpa adanya penilaian kepribadian sebelum stroke. Anderson et al melaporkan suatu rentang perilaku abnormal 1 tahun setelah stroke berupa *withdrawal* (49%),

irritability (49%), odd ideas (35%), unpredictability (35%), rudeness (23%) dan odd behaviour (17%).

Bogousslavsky melaporkan beragam perilaku pada suatu kohort 300 pasien berupa sadness (72%), disinhibition (56%), lack of adaptation (44%), environmental withdrawal (40%), crying (27%), passivity (24%) dan aggressiveness (11%).

Stone et al dalam suatu studi kohort melaporkan adanya perubahan kepribadian yang dirasakan pengasuh terhadap pasien berupa karakteristik kepribadian yang positif dan negatif. Penilaian perubahan kepribadian yang dilakukan pada penelitian ini berdasarkan hasil interview pada pengasuh. Disini ditemukan adanya suatu gangguan emosional pada pasien stroke dengan perubahan kepribadian yang dirasakan pengasuh. Pasien stroke sering mudah tersinggung, impulsif, marah, atau agresif terhadap orang lain. Simptom ini digambarkan sebagai inability to control anger (ICAA), dan tampaknya menjadi salah satu dari simptom perilaku mayor pada pasien stroke.

Perubahan kepribadian yang digambarkan oleh pengasuh mencakup gangguan emosional: perubahan pada fungsi kognitif, ekspresi emosional dan perilaku, mungkin sebagai akibat kerusakan otak dan juga faktor dari pengasuh sendiri seperti tekanan yang dialami, kepribadian dan adanya perubahan pada lingkungan hidup. Stroke menimbulkan pengaruh pada seluruh orang yang berinteraksi dengan penderita, tetapi paling sering beban tertimpa pada keluarga dan terutama pengasuh.

Pada penelitian Silaen et al dijumpai hubungan yang bermakna antar perubahan kepribadian dengan gangguan emosional (HAD skor) pada penderita. Salah satu komplikasi stroke yang penting dan sering terlewatkan adalah depresi. Ciri kepribadian yang baru dapat timbul ataupun kepribadian yang lama menjadi menonjol. Aben

et al melaporkan insidens kumulatif depresi (gangguan emosional) satu tahun sekitar 38,7% pada pasien pasca stroke dan kepribadian neuroticism merupakan faktor yang potensial rentan untuk terjadinya depresi pasca stroke. Gangguan emosional ini disebabkan oleh perubahan fungsi kognitif, ekspresi emosional dan perilaku. Namun Stone et al melaporkan tidak terdapat hubungan antara perubahan kepribadian dengan gangguan emosional pada penderita.

Hackett et al melaporkan bahwa disabilitas merupakan prediktor gangguan mood pasca stroke. Pengasuh lebih mudah untuk mengalami depresi jika pasien ketergantungannya sangat berat pada pengasuh. Jika terjadi gangguan emosional pada pengasuh maka akan mempengaruhi persepsinya terhadap perubahan kepribadian pada pasien sehingga secara tidak langsung tingkat disabilitas ini akan berhubungan dengan perubahan kepribadian yang dirasakan pengasuh.

BIBLIOGRAFI

Aben I, Denollet J, Lousberg R, Verhey F, Wojciechowski, Honig A. Personality and Vulnerability to depression in Stroke Patients. A 1-year Prospective Follow-Up Study. *Stroke* 2002; 33: 2391-5.

Anderson CS, Linti J, Wynne EGS. A Population-based Assessment of the Impact and Burden of Caregiving for Long-term Stroke Survivors. *Stroke* 1995; 26:843-9.

Bogousslavsky J. William Feinberg Lecture 2002. Emotions, Mood, and Behavior After Stroke. *Stroke* 2003; 34: 1046-50.

Caplan LR. *Caplan's Stroke: A Clinical Approach*. 3rd ed. Boston: Butterworth Heinemann; 2000.

Dennis M, O'Rourke S, Lewis S, Sharpe M, Warlow C. A Quantitative Study of the Emotional Outcome of People Caring for Stroke Survivor. *Stroke* 1998; 29: 1867-72.

Hackett ML, Anderson CS. Frequency, Management, and Predictors of Abnormal mood After Stroke. *Stroke* 2006; 37: 2123-8.

Han Beth, Haley WE. Family Caregiving for Patients With Stroke Review and Analysis. *Stroke* 1999; 30:1478-85.

Kelompok Studi Serebrovaskuler dan Neurogeriatri Perdossi. 1999. *Konsensus Nasional Pengelolaan Stroke di Indonesia*. Jakarta.

Kim JS, Choi S, Kwon SU, Seo YS. Inability to control anger or aggression after stroke. *Neurology* 2002; 58:1106-08.

Kotila M, Numminen H, Waltimo O, Kaste M. Depression After Stroke Results of the FINNSTROKE Study. *Stroke* 1998; 29: 368-72.

Stone J, Townend E, Kwan J, Haga K, Dennis MS, Sharpe M. Personality change after stroke: some preliminary observations. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75:1708-13.

Abidin, Z. (2007). *Analisis Eksistensial: Sebuah pendekatan Alternatif untuk Psikologi dan Psikiatri*. Jakarta: Raja Grafindo Persada

Ahlsio, B., Britton, M., Murray, V., & Theorell, T. (1984). Disablement and Quality of Life After Stroke. *Stroke*, 15, 886-890.

Aleen Agranowitz, A., B. (1975). *Afasia Handbook For Adults And Children*, Springfield - Illinois -USA : Publisher - Charles C Thomas,

Aliah, A. 2006. Analisis Dinamika Kadar Interleukin-10 dan Tumor Necrosis Factor-Alpha Serum dan Likuor Serebrospinal Terhadap Derajat Klinis pada Penderita Stroke Iskemik Akut. *Disertasi*. Program Pascasarjana Unhas, Makassar.

Amstrong, E., & Mortensen, L. (2008). Everyday Talk: Its Role in Assesment for Individual with Aphasia. *Brain Impairment*, 7, 175-189.

Andersson, L. (1985). A Model of Estrangement Including A Theoretical Understanding of Loneliness. *Psychological Reports*, 58, 683-695.

Andersson, S., & Fridlund, B. (2002). The Aphasic Person's Views of the Encounter with Other People: A Grounded Theory Analysis. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 9, 285-292.

Applebaum, F. (1978). Loneliness: A Taxonomy and Psychodynamic View. *Clinical Social Work Journal*, 6, (1), 13-20.

Association International Aphasia - AIA, (2008, 24 November) Brosur Afasia Indonesia. Diunduh dari <http://www.aphasia-internasional.com/languages/indonesian.html>

Bakheit, AMO., Shaw, S., Barret, L., Wood, J., Griffiths, S., Carrington, S., Scarle, K. and Kautsi, F. (2007). A Prospective, Randomized, Parallel Group, Controlled Study of the Effect of Intensity of

Speech and Language Therapy on Early Recovery from Poststroke Aphasia. *Clinical Rehabilitation*, 21: 885-894.

Barret, J. (2001). Aphasia in Gale Encyclopedia of Medicine.

Basir, H. 2002. Faktor Prognostik Afasia Berdasarkan Tadir pada Penderita Strok Akut di Beberapa Rumah Sakit Pendidikan di Kota Makassar. *Tesis*. Program Pascasarjana Unhas, Makassar.

Basso, A., Caporali, A., & Faglioni, P. (2005). Spontaneous Recovery from Acalculia. *Journal of the International Neuro-psychological Society*, 11, (1), 99-107.

Baumeister, R.F. & Newman, L.S. (1994). How Stories Make Sense of Personal Experiences: Motives that Shape Autobiographical Narratives. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 676-690.

Beiter, J.W. (2007). Self-Forgiveness: A Narrative Phenomenological Study. *Dissertation*. Faculty of Psychology Departement Duguesne University.

Berg & Peplau, (1982). Loneliness: A Theoretical Review with Implications for Measurement. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 93-128.

Berthier, M. L. (2005). Post stroke Aphasia: Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment. *Drugs and aging*, 22, (2), 82-163.

Bogel, S.K., Teasell, R., Speechley, M., & Albert, M.L. (2003). Intensity of Aphasia Therapy, Impact on Recovery Aphasia Therapy Works. *Stroke*, 34, 987-993.

Blanck, G., & Blanck, R. (1974). *Ego psychology_Theory and Practice*. New York: Columbia University Press.

Blumstein, S.E. (1994). *Neurolinguistics:An Overview of Language – Brain In Language: Psychological and Biological Aspects*, ed. F.J. Newmeyer, 210-36. Cambridge: Cambridge University Press.

Bogousslavsky J. (2003). William Feinberg Lecture 2002. Emotions, Mood, and Behavior After Stroke. *Stroke*, 34, 1005-1046.

Booth, R. (1997). Existential loneliness: The other side of the void. *The International Journal of Interpersonal Studies*, 16, (1), 23-32.

Breitenstein, C., Kamping, S., Jansen, A., Schomacher, M., Knecht, S. (2004). Word learning can be achieved without feedback: Implications for Aphasia Therapy. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 22, 445-458.

Brehm, S. S. (2002). *Intimate Relationship* (2nd ed.) New York : McGraw-Hill

Brindley, P., Copeland M., Demain C., & Martin P. (1989). A Comparison of the Speech of Ten Chronic Broca's Aphasics

Following Intensive and Non Intensive Periods of Therapy.
Aphasiology, 3, 479-695.

Broderick, J., Brott, T., & Kothari, R. (1998). The Greater Cincinnati/
Northern Kentucky Stroke Study: Preliminary First-ever and Total
Incidence Rate of Stroke Among Blacks. *Stroke*, 29, 415-421.

Brooks, William. (1971). *Speech Communication*. Dubuque, Iowa:
Wm.C. Brown.

Brown, J. D., & Dutton, K. A. (2001). Self-esteem and Emotion:
Some Thoughts about Feelings. *Personality and Social Psychology
Bulletin*, 27, 575-584.

Bullington, J. & Karlsson, G. (1984). Introduction to Phenomenological
Research. *Scandinavian Journal of Psychology*, 25, 51-63.

Butterworth, G. (1992). Self-perception as a Foundations for Self
Knowledge. *Psychological Inquiry*, 31, 134-136.

Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., Thisted,
R. A. (2006). Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive
Symptoms: Cros-sectional and Longitudinal Analyses. *Psychology
and Aging*, 21 (1), 140-151.

Cahyono, Bambang Yudi. (1995). *Kristal-kristal Ilmu Bahasa*. Airlangga
University Press, Surabaya.

Cahin, W.H. & Ojemann, G.A. (1980), *Inside the Brain*. New York: New American Library.

Campbell, J. D. (1986). Similarity and Uniqueness: The Effect of Attribute Type, Relevance, and Individual Differences in Self-esteem and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 281-294.

Caplan LR. (2000). *Caplan's Stroke: A Clinical Approach*. 3rd ed. Boston. Butterworth Heinemann.

Caplan, D., M. Vanier, & C. Baker. (1989). A Case Study of Reproduction Conduction Aphasia I: Word Production. *Cognitive Neuropsychology*, 3, 99-128

Carter, M. A. (2000). Abiding loneliness: An Existential Perspective on Loneliness. *Second Opinion* 3. <http://www.parkridgecenter.org/Page437.html>. (Accessed June 5, 2008) [page reference based on 12 screens].

Casey, M.S., and Holmes, C. A. (1995). The inner ache: An experiential perspective on loneliness. *Nursing Inquiry*, 2, 172-179.

Charmaz, K. (2006). *Grounded Theory*. In Jonathan A. Smith (Ed). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. London: Sage Publications. 81-110.

Charon, J. M. (1989). *Symbolic Interactionism. An Introduction, an Interpretation, an Integration*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Chartrand, T. L., & Bargh, J. A. (1999). The Chameleon Effect: The Perceptions-behavior Link and Social Interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 893-910.

Cheng, C. M., & Chartrand, T. L. (2003). Self-monitoring without Awareness: Using Mimicry as a Nonconscious Affiliation Strategy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 1170-1179.

Cherry, K., & Smith, D. H. (1993). Sometimes I cry. The Experience of Loneliness for Men with AIDS. *Health Communication*, 5, (3), 181-208.

Collins, W. E. (1989). A sermon from hell: Toward A Theology of Loneliness. *Journal of Religion and Health*, 28, (1), 70-79.

Condon, J.C. (1974). *When People Talk with People*. In Civikli, J. M. Messages: A Reader in Human Communication. (pp-27-42). New York: Random House.

Cooly, Jr., & John, C. (1985). *Semantic and Communication*. (3rd ed). New York: Macmillan.

Crossey, M. L., (2000). Narrative Psychology, Trauma and The Study of Self/Identity. *Theory Psychology*, 10, 527-546.

Crystal, D. (1987). *A Dictionary of Linguistics and Phonetics*. Basil Blackwell, New York.

Comming, L. (2007). *Pragmatik, Suatu Perspektif Multidisipliner*. Penerjemah: Eti Setiawati dkk. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

Cummings, J.L. (1985). *Hemispheric Specialization: A History of Current Concepts*. Dalam Burns, M.s., Halper, A.S., Mogil, S.I. (Ed.), *Clinical Management of Right Hemisphere Dysfunction*. Maryland Aspen System Corporation.

Dahlberg, K., Drew, N., & Nystrom, M. (2001). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K.M., & Dahlberg, H.K. (2004). Description vs. Interpretation A New Understanding of an Old Dilemma in Human Science Research. *Nursing Philosophy*, 5, 268-273

Dardjowidjojo, S. (2008). *Psikolinguistik Pengantar Pemahaman Bahasa Manusia*. Jakarta : Yayasan Obor Indonesia.

Dardjowidjojo, S. (Ed.). 1991. *Linguistik Neurologi*. Dalam PELLBA 4. Jakarta :Lembaga Bahasa Unika Atrua Jaya,.

Darley, FL. (1982). *Aphasia*. Philadelphia, Pa: WB Saunders.

Darmojuwono, S. & Kushartanti. (2005). *Aspek Kognitif Bahasa*. (dalam Pesona Bahasa, Langkah Awal Memahami Linguistik, disunting oleh Kushartanti, U. Yuwono, dan M. RMTLauder).

De Haan, R. J., Limburg, M., Van Der Meulen, J. H., Jacobs, H. M., & Aaronson, N. K. (1995). Quality of life after stroke. *Impact of stroke type and lesion location. Stroke*, 26, 402-408.

De Jong-Gierveld, J., & Raadschelders, J. (1982). *Types of loneliness. In Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, ed. Letitia A. Peplau and Daniel Perlman. New York : John Wiley & Sons.

DeFleur, Melfin L. & Sandra Ball-Rokeach. (1989). *Theories of Mass Communication*. Edisi ke-5 New York: Longman.

Dennis M, O'Rourke S, Lewis S, Sharpe M, & Warlow C. (1998). A Quantitative Study of the Emotional Outcome of People Caring for Stroke Survivor. *Stroke*, 29, 1867-1872.

Dharmaperwira-Prins, (2000). *TADIR: Tes Afasia untuk Diagnosis Informasi Rehabilitasi*. (Terjemahan Yita Dharma-Hillyard). Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia,

Dharmaperwira-Prins, R., & Maas, W. (1993). *AFASIA : Deskripsi Pemeriksaan dan Penanganan*. Jakarta : Balai Penerbit FK UI.

Dharmaperwira-Prins, R., & Maas, W. (2002). *AFASIA : Deskripsi Pemeriksaan dan Penanganan Afasia*. Jakarta : Balai Penerbit FK UI.

Dharmaperwira-Prins. (2002). *Deskripsi, Pemeriksaan dan Penanganan Afasia*. Jakarta: FK. UI

Dingwall, W. O. (1998). *The Biological Bases of Human Communicative Behavior*, in J.B Gleason and N.B. Ratner (eds), *Psycholinguistics*, 2nd edn, Fort Worth, TX: Harcourt Brace, pp. 51-105.

Doyle, P. J., Mcneil, M. R., Hula, W. D., & Micolic, J. M. (2003). The burden of stroke scale (BOSS): Validating Patient-reported Communication Difficulty and Associated Psychological Distress in Stroke Survivors. *Aphasiology*, 17, 291-304.

Doesborgh, S. J. C., van de Sandt-Koenderman, W. M. E., Dippel, D. W. J., van Harskamp, F., Koudstaal, P. J., & Visch-Brink, E. G. (2003). Linguistic Deficits in the Acute Phase of Stroke. *Journal of Neurology*, 25, (8), 977-82

Doesborgh, S. J. C., van de Sandt-Koenderman, W. M. E Dippel., D. W. J., van Harskamp, F., Koudstaal, P. J., & Visch-Brink, E. G. (2002). The Impact of Linguistic Deficits on Verbal Communication. *Aphasiology*, 16 (4-6): 413-423.

Doesborgh, S. J. C., van de Sandt-Koenderman, W. M. E., Dippel, D. W. J., van Harskamp, F., Koudstaal, P. J., & Visch-Brink, E. G.

- (2004). Effects of Semantic Treatment on Verbal Communication and Linguistic Processing in Aphasia After Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Stroke*, 35, 141-146
- Ellis-Hill, C. S., & Horn, S. (2000). Change in Identity and Self-concept: A New Theoretical Approach to Recovery Following A Stroke. *Clinical Rehabilitation*, 14, 279-287.
- Ellis-Hill, C. S., Payne, S., & Ward, C. (2000). Self-body Split: Issues of Identity in Physical Recovery Following A Stroke. *Disability and Rehabilitation*, 22, 725-733.
- Ellison, & Graig, W. (1978). Loneliness: A Social-developmental Analysis. *Journal of Psychology and Theology* 6 (1), 3-17.
- Engelter, S. T. (2006). Epidemiology of Aphasia Attribute to First Ischemic Stroke: Incidence, Severity, Fluency, Etiology, and Thrombolysis. *Stroke*, 37, 1379-1384.
- Ettema, E. J., Derksen, D. L., & van Leeuwen, E. (2010). Existential Loneliness and end-of-life care: A systematic review. *Palliative and Supportive Care*, 31, 141:169.
- Fabbro, F. (2001). The Bilingual Brain: Cerebral Representation of Languages Brain and Language. In *Journal of Neurolinguistics*, 3, 233-241.

Felson, R. B. & Reed, M. D. (1986). Reference group and self-appraisals of academic ability and performance. *Social Psychology Quarterly*, 49, 103-109.

Florian, V. & Krulik, T. (1991). Loneliness and Social Support of Mothers of Chronically Ill Children. *Social Science of Medicine* 32, (11), 1291-1296.

Fossey, E., Harvey, C., Mc Dermott, F., & Davidson, L. (2002). Understanding and Evaluating Qualitative Research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 717-732.

Francis, G. M. (1976). Loneliness: Measuring the Abstract. *International Journal of Nursing Studies*, 13, 153-160.

Fraser, H. (2004). Doing Narrative Research: Analysing Personal Stories Line by Line. *Qualitative Social Work*, 3, 179-201.

Freud, A. (1966). *The writings of Anna Freud. Vol II The Ego and The Mechanism of Defence*. New York : International Hallmark Press.

Freud, S. & Breuer, J. (1895). *Studies on hysteria*. S.E. 2.

Fromkin, V. & Robert Rodman. 1983. *An Introduction to Language*. 3rd ed. Holt New York : Rinehart and Winston.

Fromm-Reichmann, F. (1980). *Loneliness*. In J. Hartog, J. R. Audy, & Y. A. Cohen (Eds.), *The Anatomy of Loneliness* (pp. 338-361). New York: International University Press.

Gadamer, H. G. (1997). *Truth and Method*. Second Revised Edition. New York: The Continuum Publishing Company.

Gaev, D. M. (1976). *The psychology of loneliness*. Chicago: Adams Press.

Giorgi, A. (1997). The Theory, Practice, and Evaluation of the Phenomenological Method as A Qualitative Research Procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 235-260.

Gierveld, J. & Havens, B. (2004). Cross-National Comparison of Social Isolation and Loneliness: Introduction and Overview. *Canadian Journal Aging*, 23, (2), 109-113

Glader, E. L., Stegmayr, B., Johansson, L., Hulter-Asberg, K., Staaf, A., & Wester, P. O. (2001). Stroke*and then? Considerable Need of Assistance Two Year After Stroke According to A Large Nation-Wide Study. *Lakartidningen*, 98, 4462-4467.

Godefroy, O., Dubois, C., Debacky, B., Leclere, M., & Kreiller, A. (2002). Vascular Aphasias. Main Characteristics of Patient, Hospitalized in Acute Stroke Units, *Stroke*, 33, 702-705.

Gordon, N. (1987). *Developmental Disorders of Speech and Language*. In Yule, W. & Rutter, M. *Language Development and Disorders: Clinics in Developmental Medicine*.

Gordon, W. I. (1978). *Communication: Personal and Public*. Sherman Oaks, CA: Alfred.

Gresham, G.E., Duncan P.W., Stason, W.B., Adams, H.P., Adelman, A.M., Alexander, D.N., et al., (1995). *Post Stroke Rehabilitation: Clinical Practice Guidelines*. Washington, DC: Agency for Health Care Policy and Research, Departement of Health and Human Services, Public Health Services.

Gubrium, J.F., Holstein, J.A. (2008). *Narrative Ethnography, Handbook of Emergent Methods*. Sharlene Nagy Hesse-Biber & Patricia Levy (Eds). The Guilford Press.

Gunarsa, S. D. (2004). *Dari Anak Sampai Usia Lanjut: Bunga Rampai Psikologi Anak*. BPK Gunung Mulia.

Hafsteinsdottir, T. B., & Grypdonck, M. (1997). Being Stroke Patient: a Review of the Literature. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 580-588.

Harsono, (1999). *Buku Ajar Neurologi Klinis*. Yogyakarta: Gadjia Mada University Press

Hartman, J., Landau, W.M. (1987). Comparison of Formal Language Therapy with Supportive Counseling for Aphasia Due to Acute Vascular Accident. *Arch Neurol*, 44, 646-649.

Hebert, S., Racette A., Gagnon L., Peretz I. (2003). Revisiting the Dissociation Between Singing and Speaking in Expressive Aphasia. *Brain*, 126, 1828-1850.

Hjeltnink, F., Bernsten, C.B., Uvhagen, H.K., Kunkel, M.S., & Holmstro, I. (2007) Understanding the Meaning of Rehabilitation to an Aphasic Patient Through Phenomenological Analysis – a case study. *International Journal of Qualitative on Health and Well-being*, 2, 93-100.

Hojat, M., & Crandall, R., (1987). Loneliness: Theory, Research and Applications. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 2, 20-42.

Holland, A.L. (1994). Cognitive Neuropsychological Theory and Treatment for Aphasia: Exploring and Strengths and Limitation. *Clinical Aphasiology*, 22, 275-282.

Husserl, E. (1970). *Logical Investigations: Vol.1. Prolegomena to pure logic*. London : Routledge & Kegan Paul.

Hyener, R.H. (1985). Some Guidelines for The Phenomenological Analysis of Interview Data. *Human Studies*, 8, 279-303.

Kaasa, K. (1998). Loneliness in Old Age: Psychosocial and Health Predictors. *Norwegian Journal of Epidemiology*; 8 (2), 195-201.

Kaplan B, Maxwell JA (1994). Qualitative Research Methods for Evaluating Computer Information Systems. In: Anderson JG, Aydin

CE, Jay SJ, editors (1994). *Evaluating health care informations: methods and applications*. London: Sage.

Karlsson, G. (1995). *A Theoretical Account of The Empirical Phenomenological Psychological (EPP) Method*. In Karlsson, G. (Ed), *Psychological Qualitative Research from a Phenomenological Perspective*. Stockholm : Almqvist and Wiksell.

Kertesz, A. (1979). *Aphasia and Associated Disorders: Taxonomy, Localization and Recovery*. New York : Grune and Startton.

Khalili, L. (2007). Heroic and Tragic Pasts: Mnemonic Narratives in the Palestinian Refugee Camps 1. 2007. *Critical Sociology*, 33, 731-759.

Kim, J.S., Choi, S., Kwon, S.U. & Seo, Y.S. (2002). Inability to Control Anger or Aggression After Stroke. *Neurology*, 58, 1106-1108.

King, R.B. (1996). Quality of Life After Stroke. *Stroke*, 27, 1467-1472.

Kusumoputro, S. (1992). *Afasia Gangguan Bahasa*, Balai Pustaka : FKUI Jakarta.

Kusumoputro, S. (1999). Esesmen Afasia. *Jurnal Neurona Vol. 16 No. 1-2*, 21-25. Perhimpunan Dokter Saraf Indonesia, Jakarta.

Larson, R., Csikszentmihalyi, M., & Graef, R. (1982). *Time Alone in Daily Experience: Loneliness or Renewal?* In *Loneliness: A sourcebook of Current theory, Research and Therapy*, ed. Letitia A. Peplau and Daniel Perlman, 40-53. New York: John Wiley & Sons

Laska A. C., Martensson, B., Kahan, T., von Arbin, M., Murray, V. (2007). Recognition of Depression in Aphasic Stroke Patients. *Cerebrovasc Disorder*; 24, 00-00

Laska, A. C., Hellbom, A., Murray, V., Kahan, T., & von Arbin, M. (2001). Aphasia in Acute Stroke and Relation to Outcome. *Journal of Internal Medicine*, 24, 413-422.

Laska, A. C., von Arbin, M., Kahan, T., Hellblom A., Murray, V. (2005) Long-term Antidepressant Treatment with Moclobemide for Aphasia in Acute Stroke Patients: A Randomised, Double-blind, Placebo Controlled Study. *Cerebrovasc Disorder*, 19, 125-132.

Lecours, A.R.; Lhermitte, F.; Bryans, B. (1983), *Aphasiology*. London: Bailliere Tindall

Lefkos, B.A., James, S.A., Richard, D.S. (1999), Improving Outcome for Persons with Aphasia in Advanced Community-Based Treatment Programs. *Stroke*, 30, 1370-1379

Levasseur, J.J. (2003). The Problem of Bracketing in Phenomenology. *Qualitative Health Research*, 16, 1386-1404

Ladenauer, & Geoffrey, G. (1970). Loneliness. *Journal of Emotional Education*, 10 (3): 87-100.

Littlejohn, S. W. (1996). *Theories of Human Communication*. (5nd ed). Belmont. California: Wadsworth.

Lloyd, V., Gatherer, A., & Kalsy, S. (2006). Conducting Qualitative Interview Research with People Expressive Language Difficulties. *Qualitative Health Research*, 16, 1386-1404

Lyons .(1992). *Language and Linguistics: An Introduction*. Terjemahan Ramli Saleh dan Toh Kim Hoi. Dewan Bahasa dan Pustaka Kementerian Pendidikan Malaysia, Kuala Lumpur.

Mancuso, J.C. (1996). *Constructionism, Personal Construct Psychology and Narrative Psychology*. 6 (1) 47-70.

May, R., & Yalom, I. (2000). *Existential psychotherapy*. In *Current Psychotherapies*, 6th ed., ed. Raymond J. Corsini and Danny Wedding, 273-302. Belmont: Wadsworth / Thomson Learning.

Mayers, A. M., & Svartberg, M. (2001). Existential loneliness: A Review of the Concept, its Psychological Precipitants and Psychotherapeutic Implications for HIV-Infected Women. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 539-553.

Mayers, A. M., Khoo, S. T. & Svartberg, M. (2002). The Existential Loneliness Questionnaire: Background, Development, and

Preliminary Findings. *Journal of Clinical Psychology*, 58, (9), 1183-1193.

Mayers, A. M., Naples, Nancy, A., & Nilsen, R. D. (2005). Existential Issues and Coping: A Qualitative Study of Low-income Women with HIV. *Psychology and Health*, 20, (1), 93-113.

Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Cote, R., Durcan, L., & Carlton, J. (2002). Activity, Participation, and Quality of Life 6 months Poststroke. *Archives of Physical Medical Rehabilitation*, 83, 1035-1042.

McFarland, C., & Alvaro, C. (2000). The Impact of Motivation on Temporal Comparison: Coping with Traumatic Events by Perceiving personal Growth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 327-343.

McGraw, & John G. (1992). God and the Problem of Loneliness. *Religious Studies* 28 (3), 319-346.

McGraw, J. G. (1995). Loneliness, its Nature and Forms: An Existential Perspective. *Man and World*, 28, 43-64.

Mello, R.A. (2002). Collocation Analysis: A Method for Conceptualizing and Understanding Narrative Data. *Qualitative Research*, 2, 231-243.

Mendez, M.F., Benson, D. F., & Cumming, J. L. (1997). *Neuropsychiatric Aspects of Aphasia and Related Disorders in Textbook of Neuropsychiatric 3rd ed.* USA.

Merleau-Ponty, M. (1989). *Phenomenology of Perception*. Translated by Colin Smith. London: Routledge.

Merril, J.B. (2007). *Stories of Narrative: On the Social Scientific Use of Narrative in Multiple Disciplines*. Colorado Research in Linguistics. 20. Boulder: University of Colorado.

Mijuskovic, B. (1980). *Loneliness: An interdisciplinary approach*. In J. Hartog, J. R. Audy, & Y. A. Cohen (Eds.), *The Anatomy of Loneliness* (pp. 65-94). New York: International University Press.

Mijuskovic, B. L. (1979). *Loneliness in Philosophy, Psychology and Literature*. Assen: Van Gorcum.

Miller, G. R. & Nicholson, H. E. (1976). *Communication Inquiry: A Perspective on a Process*. Reading, Massachusetts: Addison-Westley.

Molcong, L. J. (2007). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.

Moses, K. (1989). *Fundamentals of Grieving: Relating to Parents of the Disabled*. Evanston, IL : Resource Networks.

Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. London : Sage Publication, Inc.

Moustakas, C. E. (1961). *Loneliness*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.

Moustakas, C. E. (1972). *Loneliness and love*. Englewood Cliffs : Prentice Hall.

Mulyana, D. (1999). *Lebaran, Silaturahmi dan Usia Panjang. Dalam Dedy Mulyana. Nuansa-nuansa Komunikasi: Mencerong Politik dan Budaya Komunikasi Masyarakat Kontemporer*. Bandung : Rosdakarya.

Mulyana, D. (2010). *Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar*. Bandung : Rosdakarya.

Munandar, S. C. U. (2004). *Pengembangan Kreativitas Anak Berbakat*. Jakarta : PT Rineka Cipta

Myss, C. (1997). *Why People Don't Heal and How They Can*. New York: Three Rivers Press.

Nadeau, S., Rothi, L. J. G., & Crosson, B. (2000). Preface. In S. Nadeau, L. J. G. Rothi, & B. Crosson (Eds.), *Aphasia and Language: Theory to Practice*. New York: Guilford Press.

Neuman, W.L. (2003). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Boston : Pearson Education, Inc.

Nilsson, C., & Lundgren, I. (2009). Women's Lived Experience of Fear of Childbirth. *Midwifery*, 25, (2) .1-17.

Nilsson, I., Jansson, L., & Norberg, A. (1997). To Meet with a Stroke: Patients' Experiences and Aspects seen through a Screen of Crises. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 653-663.

Nilsson, I., Jansson, L., & Norberg, A. (1999). Crisis Phenomena After Stroke Reflected in an Existential Perspective. *International Journal of Aging and Human Development*, 49, 259-277.

Nystrom, M. (2006). Aphasia – an existential loneliness: A Study on the Loss of the World of Symbols. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1, 38-49.

Nystrom, M. (2009). Professional Aphasia Care - Trusting the Patient's Competence While Facing Existential Issues. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2503-2510

Nystrom, M. (2011). A Bridge Between a Lonely Soul and the Surrounding World: A Study on Existential Consequences of Being Closely Related to a Person with Aphasia. *International J Qualitative Stud Health Well-being*, 6, 1-9.

Nystrom, M., Dahlberg, K., & Segesten, K. (2002). The Enigma of Severe Mental Illness: A Swedish Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 121-134.

O'Donohue, J. (1999). *Eternal Echoes*. New York: HarperCollins.

Orange, J.B. & Kertesz A. (1998). *Efficacy of Language Therapy for Aphasia*. In: *Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Reviews*. Philadelphia, Pa: Hanley-Belfus, Inc.

Paloutzian, R. F., & Janigian, A. S. (1987). Models and Methods in Loneliness Research: Their Status and Direction. In *Loneliness: Theory, Research and Applications*, ed. Mohammadreza Hojat and Rick Crandall, *Journal of Social Behaviour and Personality*, 2, 31-36.

Park, J. L. (2006). *Our existential predicament: Loneliness, depression, anxiety, & death*. 5th ed. Minneapolis : Existential Books.

Parr, S. (2001). Psychosocial Aspects of Aphasia: Whose perspectives? *Folia Phoniatrica Logopedia*, 53, 266-288.

Pedersen, P. M., Jorgensen, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O., & Olsen, T. S. (1995). Aphasia in Acute Stroke: Incidence, Determinants, and Recovery. *Annual Neurologica*, 38, 659-666.

Peplau, L. A., and Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau and D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley Interscience.

Perlman, D. (1987). Further Reflections on the Present State of Loneliness Research. In Loneliness: Theory, Research and Applications, ed. Mohammadreza Hojat and Rick Crandall. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 2, 17-26.

Pinson, R. (2009). Profil Hipertensi Pada Pasien Stroke Hemoragik, *Medicinus*, 21, 106-107.

Poerwandari, E. K. (1998). *Pendekatan Kualitatif dalam Penelitian Psikologi*. Jakarta: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.

Polkinghorne, D.E. (2007). Validity in Narrative Research. *Qualitative Inquiry*, 13, (4), 471-486.

Racette A., Peretz, I. (2001). Does Music Help to Recall Lyrics? In: Poster Presented at The 11th Meeting of The Canadian Society for Brain, Behaviour and Cognitive Science Meeting in Quebec City (Canada).

Racette, A., Bard, C. Peretz, I. (2006). Making Non-fluent Aphasics Speak: Sing Along! *Brain*. 129, 2571-2584

Ricoeur, P. (1984). *Interpretation Theory. Discourse and The Surplus of Meaning*. Forth Worth, Texas: Christian University Press.

Riessman, C.K. (2001). *Analysis of Personal Narratives*. Handbook of Interviewing. J.F. Gubrium & J.A. Holstein. Sage Publications.

Rokach, A. (2004). Loneliness Then and Now: Reflections on Social and Emotional Alienation in Everyday Life. *Current Psychology*, 23, 24-40.

Ross, K. B. W., & Wertz, R. T. (2003). Quality of Life With and Without Aphasia. *Aphasiology*, 17, 355-364.

Rubenstein, C.M., & Shaver, P. (1982). The Experience of Loneliness. In L. A. Peplau ve D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (p.206-223). New York: Wiley

Russell, D., Peplau, L.A., and Cutrona, C.E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.

Sadler, W. A., Jr., & Johnson, T. B., Jr. (1980). *From Loneliness to Anomia*. In J. Hartog, J. R. Audy, & Y. A. Cohen (Eds.), *The anatomy of loneliness* (pp. 34-64). New York : International University Press.

Said, Ikhwan M. (2009a). Pelacakan Hubungan Otak dan Bahasa sebagai Penerapan Kajian Neurolinguistik. *Proceeding Social Sciende 4th Scientific Conference Persatuan Pelajar Indonesia UKM*. UKM, Malaysia.

(2009b). Polarisasi Sistem Leksikal pada Otak Manusia dari Aspek Semantik: Kajian Komparatif Terhadap Kemampuan Bertutur Dua Penderita Afasia. *Makalah*. Disajikan dalam Seminar Serumpun IV UKM – Unhas di UKM Malaysia, 4-5 Juli 2009).

Sand, L., & Strang P. (2006). Existential Loneliness in a Palliative Care Setting. *Journal of Palliative Medicine*, 9, (6), 1376–1387.

Santrock, J. W. (2003). *Life Span Development- Perkembangan Sepanjang Hidup*. Penerjemah: Ahmad Chusairi & Juda Damanik. Jakarta: Erlangga.

Sastra, G. (2005). Ekspresi Verbal Penderita Stroke dari Sudut Analisis Neurolinguistik. *Disertasi*. Malaysia : University Putra Malaysia.

Sastra, G. (2007). Ekspresi Verbal Penderita Stroke Penutur Bahasa Minangkabau: Suatu Analisis Neurolinguistik. dalam *Jurnal MLI Tahun ke-25*, No. 2. Jakarta : MLI-Yayasan Obor Indonesia.

Scheidel, T. M. (1976). *Speech Communication and Human Interaction*. (2nd ed). Glenville, III: Scott, Foresman & Co.

Sidharta, P. 1989. "Segi Medis Gangguan Ekspresi Verbal" (Dalam PELLBA 2). Jakarta : Lembaga Bahasa Unika Atma Jaya.

Suedfeld, P. (1982). *Aloneness as a Healing Experience*. In L. A. Peplan & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research, and Therapy* (pp. 54–67). New York : Wiley.

Suhardiyanto, T. (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. Jakarta : Fakultas Sastra Universitas Indonesia.*

Sundin, K., & Jansson, L. (2003). Understanding and Being Understood as a Creative Caring Phenomenon in care of Patients with Stroke and Aphasia. *Journal of Clinical Nursing, 12*, 107-116.

Takwin, B. (2007). *Psikologi Naratif Membaca Manusia Sebagai Kisah.* Yogyakarta : Jalasutra.

Taylor, S. E. (2000). *Health Psychology.* New York : McGraw-Hill Companies, Inc.

Taylor, Peplau & Sears, (2000). *Social Psychology.* (10th edition). New Jersey : Prentice Hall International Inc.

Tillich, P. (1980). *Loneliness and Solitude.* In J. Hartog, J. R. Audy, & Y. A. Cohen (Eds.), *The anatomy of loneliness* (pp. 547-553). New York : International University Press.

Toombs, S. K. (1992). *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient.* Dordrecht : Kluwer Academic Publishers.

Tabbs, S.L., & Sylvia Moss. (1994). *Human Communication*. (7nd ed) New York: McGraw-Hill. Edisi bahasa Indonesia. (1994). *Komunikasi Manusia I & II*. Editor dan alih bahasa Deddy Mulyana. Bandung Rosdakarya.

Uleman, J. S., Hon, A., Roman, R. J., & Moskowitz, G. B. (1996). Online Evidence for Spontaneous Trait Inferences at Encoding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 377-394.

Van der Gaag, A., Smith, L., Davis, S., Moss, B., Cornelius, V., Laing, S., & Mowles, C. (2005). Therapy and Support Services for People with Long-term Stroke and Aphasia and their Relatives: a Six month Follow-up Study. *Clinical rehabilitation*, 19, (4), 372-380.

Verderber, R. F. (1996). *Communicate!*. Belmont, California: Wadsworth.

Wahrborg, P. (1991). Assessment and Management of Emotional and Psychosocial Reactions to Brain Damage and Aphasia. In S. Andersson & B. Fridlund (2002). The Aphasic Person's Views of the Encounter with other People: a Grounded Theory Analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 285-292.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

Weiten, W. & Lloyd, M. (2006). *Psychology Applied to Modern Life: Adjustment in the 21 st Century. Eighth Edition*. Canada: Thomson Wadsworth.

WHO. 1989. Recommendation on Stroke Prevention, Diagnosis and Therapy in Stroke. *Stroke*, 20, 1407-1431.

Woike, B. A. (2008). The State of the Story in Personality Psychology. *Social and Personality Psychology Compass*, 2, 434-443.

Wrightsmann, L. S., & Kassin, S. M. (1993). *Confessions in the courtroom*. Newbury Park, CA: Sage.

Yalom, I. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

Ytterberg, C., Anderson Malm, S., & Britton, M. (2000). How do stroke patients fare when discharged straight to their homes? A controlled study on the significance of hospital follow-up after one month. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32, 93-96.

Zammuner, V. L. (2008). Italian's Social and Emotional Loneliness: The result of Five Studies. *International Journal of Sciences*, 3, (2), 108-120.

Zimmerman, G. I., Owen, J.L. & Seibert, D.R. (1977). *Speech Communication: A Contemporary Introduction*. St. Paul: West.

INAMIKA_PSIKOLOGIS_PENDERITA_AFASIA_PASCASTROKE_B...

ORIGINALITY REPORT

0%

SIMILARITY INDEX

%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

Exclude quotes On

Exclude bibliography On

Exclude matches Off