



STUDI KASUS PROFIL DIAGNOSTIK TERAPI WICARA PADA KLIEN GAGAP USIA 27 TAHUN

Iham Akerda Edyyul¹, Rahmi Khalida², Yuli Afmi Ropita Sari³

^{1,2,3} Program Studi D III Terapi Wicara STIKes Mercubaktijaya Padang;

Jl. Jamal Jamil Pondok Kopi, Siteba Padang

*Email korespondensi: amikhaliddias@gmail.com

ABSTRACT

One of the disruptions in fluency is the lack of smoothness in speech that does not correspond to the speaker's age, and this lack of smoothness affects the rhythm and average number of words produced when speaking. This research aims to identify disruptions in fluency rhythm experienced by a 27-year-old client with stuttering. The research method employed is a case study (qualitative descriptive). The research implementation in this case begins with observation, client interviews, and testing, including reading, storytelling, and two-way communication tests. The results of this study conclude that the client's diagnosis is beginning stuttering accompanied by secondary stuttering behaviors such as eye movements, movements downward, hand clenching, and toe tapping. The client also exhibits a feeling of fear and moderate to severe anxiety, with the ICD-10 code for stuttering being F98.5. Stuttering syndromes include core behaviors such as stoppages, repetitions, and prolongations. The total stuttering index for the client during reading is 8.9%, during storytelling is 15.06%, and during two-way communication is 10.28%. Based on the data assessment, the author suggests reducing stuttering by strengthening the client's modalities, such as fostering a strong desire to learn, parental support for the client's recovery, and motivation from the client to reduce stuttering.

Keywords: *Diagnostics; Speech Therapy; Stuttering*

ABSTRAK

Salah satu gangguan fluensi adalah ketidاكلانaran pada saat bicara yang tidak sesuai dengan usia si pembicara dan ketidاكلانaran ini mempengaruhi irama, rata-rata kata yang di produksi ketika berbicara. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gangguan irama kelancaran yang terjadi pada klien dengan gagap usia 27 tahun. Metode penelitian ini adalah studi kasus (deskriptif kualitatif). Pelaksanaan penelitian pada kasus ini dimulai dari observasi, wawancara dan tes klien, tes dilakukan yaitu tes membaca, bercerita dan komunikasi dua arah. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan diagnosa klien adalah *beginning stuttering* disertai dengan perilaku sekunder gagap berupa gerakan pada mata, gerakan kepada kebawah, gerakan mengepalkan tangan, dan menggerakkan jari kaki serta memiliki *feeling attitude* takut dan cemas pada *level moderate-severe*, pada ICD-10 kode gagap adalah F98.5, dengan sindrom-sindrom terdapat perilaku inti kegagapan seperti penghentian, pengulangan dan perpanjangan, total indeks kegagapan klien saat membaca 8,9%, total indeks kegagapan klien saat bercerita 15,06%, dan total indeks kegagapan klien komunikasi dua arah 10,28%. Berdasarkan pengkajian data penulis menyarankan untuk mengurangi kegagapan dengan memperkuat modalitas klien seperti; klien memiliki keinginan yang kuat untuk belajar; klien memiliki dukungan dari orang tua untuk klien bisa sembuh; adanya motivasi dari diri klien untuk mengurangi kegagapan.

Kata Kunci: Diagnostik; Terapi Wicara; Gagap

PENDAHULUAN

Berdasarkan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2013. tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Terapis Wicara, 2013) yang terdapat pada pasal satu yaitu terapi wicara adalah bentuk pelayanan kesehatan profesional berdasarkan ilmu pengetahuan, teknologi, dalam bidang bahasa, wicara, suara, irama/kelancaran (komunikasi), dan menelan yang ditujukan kepada individu, keluarga atau kelompok untuk meningkatkan upaya kesehatan yang diakibatkan adanya gangguan/kelainan anatomis, fisiologi, psikologis dan sosiologis. Sedangkan Terapis Wicara menurut (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2013. tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Terapis Wicara, 2013) adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan Terapi Wicara sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 24 Tahun 2013 adapun kompetensi Terapi Wicara terdapat pada pasal 17 ayat 1 dan 2 mengenai pemberian pelayanan terapi wicara. Ayat 1 berbunyi melaksanakan pelayanan terapi wicara bidang bahasa dan bicara serta menelan secara penuh untuk menegakan diagnosis gangguan bahasa dan bicara (artikulasi, suara, iram/kelancaran) serta menelan melalui kajian perolehan data dan pengolahan data. Pada ayat kedua, melaksanakan terapi wicara bidang bahasa dan bicara serta menelan secara penuh langkah-langkah terapeutik/ pengembangan program bahasa bicara dan menelan.

PERMENKES RI No. 81 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Terapi wicara (hal 12), Gagap adalah ketidaklancaran pada saat bicara yang tidak sesuai dengan usia si pembicara dan ketidaklancaran ini mempengaruhi irama, rata-rata kata yang di produksi ketika berbicara dan menimbulkan suatu usaha

yang kuat dari pembicara untuk dapat berbicara lancar. Gagap juga memiliki ciri-ciri utama atau juga disebut perilaku primer gagap yang terdiri dari penghentian, pengulangan dan perpanjangan pada tingkat suku kata, kata, frase maupun kalimat.

Angka kejadian gagap di Indonesia belum dapat diidentifikasi dikarenakan masyarakat belum menyadari kalau gangguan komunikasi dikarenakan gagap dapat dikurangi bahkan dihilangkan dengan menjalani terapi yang terprogram. Dengan adanya pelayanan terapi untuk mengatasi masalah bicara pada pasien gagap yang diberikan oleh terapis wicara, kasus tersebut dapat ditangani dengan baik.

Menurut (*Chaer, 2003*) gagap adalah berbicara yang kacau karena sering tersendat-sendat, mendadak berhenti, melakukan pengulangan suku kata pertama, kata-kata berikutnya, dan setelah berhasil mengucapkan kata-kata itu kalimat dapat diselesaikan. Berdasarkan hasil wawancara, observasi dan tes, penulis mendapatkan data sering kali pembicara tidak berhasil mengucapkan 10 suku kata awal, hanya dengan susah payah berhasil mengucapkan konsonan atau vokal awalnya saja. Lalu ia memilih kata lain, dan berhasil menyelesaikan kalimat tersebut meskipun dengan susah. Mereka yang mengalami kesulitan ini ditandai pengulangan bagian pertama dari kata yang diucapkannya atau menahan bunyi tunggal di tengah kata. Sehingga, untuk lebih jelasnya melihat gangguan irama kelancaran pada klien dilakukan serangkaian asesmen yang merujuk ke diagnosa klien saat ini.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah studi kasus (deskriptif kualitatif), penulis menggunakan pendekatan penelitian studi kasus, pendekatan studi kasus ini merupakan jenis pendekatan yang digunakan untuk menyelidiki dan memahami sebuah kejadian

dengan mengumpulkan berbagai macam informasi kemudian diolah untuk mendapatkan sebuah solusi agar masalah yang diungkap dapat terselesaikan (Creswell, 2015)

Penelitian kualitatif memiliki sifat deskriptif dan cenderung menggunakan analisis pendekatan induktif, sehingga proses dan makna berdasarkan perspektif subyek lebih ditonjolkan dalam penelitian kualitatif ini (Sugiyono, 2011). Adapun teknik pengumpulan data dengan cara observasi, wawancara, dan asesmen klien. Hasil observasi, wawancara, pengamatan dan assessment dicatat dan dideskripsikan dalam catatan lapangan. Subjek penelitian dalam kajian ini adalah seorang laki-laki berusia 27 tahun. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari 2022 di Limau Manis kota Padang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada klien, diperoleh data klien pernah mengalami tekanan yang berat. Klien pernah mengalami tekanan semasa kecil pada saat sekolah dasar klien pernah di bully oleh teman-temannya sehingga klien memiliki sifat pendiam dan di rumah ayah klien menasehati klien ketika melakukan kesalahan dengan cara marah-marah yang menyebabkan pasien makin mengalami tekanan, sehingga klien makin pendiam. Berdasarkan data di atas menurut penulis ada faktor penyebab lain yang mempengaruhi kegagapan klien yaitu didikan orang tua yang keras sehingga menyebabkan klien menjadi takut untuk berkomunikasi sehingga menyebabkan klien menjadi lebih pendiam.

Berdasarkan data di atas menurut penulis faktor penyebab klien mengalami kegagapan adalah karena faktor tekanan yang dialami klien pada saat sekolah dasar dan ditambah pola asuh yang salah oleh orang tua yang menyebabkan klien merasa tertekan dan pada akhirnya memiliki sifat

yang pendiam. Pernyataan penulis juga sesuai dengan (Alm, 2004)) ada hal-hal yang dianggap berperan misalnya faktor stress, pendidikan yang terlalu keras, adanya kerusakan pada belahan otak, dan faktor neunatik famial.

a. Faktor Internal

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada klien diperoleh data bahwa selain klien yang mengalami kegagapan ternyata ada yang dari keluarga klien yang mengalami kegagapan yaitu kakak kandung dari klien yang mengalami kegagapan tetapi sekarang kakak klien tersebut sudah tidak mengalami gagap.

Berdasarkan data di atas menurut penulis terdapatnya faktor genetik yang menyebabkan klien memiliki kegagapan karena selain klien ada dari keluarga klien yang mengalami kegagapan. Menurut (Peter, 1991). Salah satu fakta paling terkenal tentang gagap adalah bahwa hal itu biasanya terjadi dalam keluarga. Karena gangguan ini diturunkan dari generasi ke generasi, banyak peneliti percaya bahwa gagap ditularkan secara genetik Bloodstein, (American Psychiatric Association, 2013). Berdasarkan data di atas dapat disimpulkan bahwa penyebab terjadinya gagap pada klien disebabkan oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internalnya adalah faktor genetik, sedangkan untuk faktor eksternal adalah faktor bullying dari teman-teman klien yang menyebabkan klien menjadi pendiam, serta faktor pola asuh dari keluarga.

Analisa Perilaku Inti

a. Membaca

Berdasarkan hasil tes membaca teks dengan total kata sebanyak 157 kata dengan waktu 132 detik. Berdasarkan tes tersebut diperoleh data total indeks kegagapan adalah 14 kali yang terdiri dari Pengulangan 3 kali, Penghentian 10 kali, dan perpanjangan 1 kali. Berdasarkan data tersebut penulis sudah mencari total indeks kegagapan

berdasarkan hasil tes membaca indeks gejala inti kegagapan dan total indeks kegagapan, diperoleh hasil pengulangan sebesar 1,91%, penghentian sebesar 6,36%, perpanjangan sebesar 0,63 %. Serta total indeks kegagapan klien sebesar 9,55%.

Berdasarkan data diatas menurut penulis klien memiliki ketiga prilaku inti kegagapan berupa penghentian, pengulangan dan perpanjangan. Sesuai dengan pendapat (*Peter, 1991*) yang menggunakan untuk menggambarkan perilaku dasar gagap, yang meliputi penghentian, pengulangan dan perpanjangan merupakan prilaku tidak sengaja oleh orang gagap, seolah-olah di luar kendalinya mereka bertolak belakang dengan perilaku sekunder yang dikembangkan oleh orang gagap sebagai reaksi yang di pelajari terhadap pelaku.

Berdasarkan hasil tes membaca diperoleh data bahwa total indeks kegagapan klien adalah 9,55 %. Menurut penulis berdasarkan data tersebut tingkat keparahan gagap klien pada saat membaca adalah ringan. Berdasarkan hasil tes membaca yang telah dilakukan diperoleh data bahwa kecepatan membaca klien adalah 71,36 WPM dan menurut penulis berdasarkan hasil tersebut kecepatan membaca klien tersebut lambat karena normal untuk kecepatan membaca orang dewasa menurut (*Kefalianos, 2012*) adalah 160-180 WPM.

b. Bercerita

Berdasarkan hasil tes bercerita kegiatan sehari-hari diperoleh data bahwa klien bercerita sebanyak 149 kata dengan waktu 184 detik. Berdasarkan hasil tes tersebut juga diperoleh total indeks kegagapan klien sebanyak 22 kali, yang terdiri dari pengulangan 11 kali, penghentian 10kali dan perpanjangan 1 kali.

Berdasarkan data tersebut penulis sudah mencari total indeks kegagapan berdasarkan hasil tes bercerita kegiatan sehari-hari tersebut penulis sudah mencari

hasil masing-masing indeks gejala inti kegagapan dan total indeks kegagapan, diperoleh hasil pengulangan sebesar 7,53%, penghentian sebesar 6,84%, perpanjangan sebesar 0,68%. Serta total indeks kegagapan klien sebesar 15,06%.

Berdasarkan data di atas menurut penulis klien memiliki ketiga perilaku inti kegagapan berupa penghentian, pengulangan dan perpanjangan. Pendapat penulis sesuai dengan pendapat (*Guitar, 2014*) Gagap ditandai dengan durasi penghentian yang sangat tinggi dan tidak normal dalam aliran bicara maju. Penghentian ini biasanya berupa (a) pengulangan bunyi, suku kata, atau kata dengan satu suku kata, (b) perpanjangan bunyi, atau (c) "penyumbatan" aliran udara atau penyuaran dalam bicara.

Berdasarkan hasil tes bercerita kegiatan sehari-hari yang telah dilakukan diperoleh data bahwa kecepatan bercerita klien adalah 47,60 WPM. Menurut penulis berdasarkan hasil tersebut kecepatan membaca klien tersebut lambat, karena menurut (*Reilly, 2013*) normalnya untuk kecepatan bercerita orang dewasa adalah 220-410 WPM

c. Komunikasi Dua Arah

Berdasarkan hasil komunikasi dua arah diperoleh data bahwa klien berkata sebanyak 311 kata dengan waktu 372 detik. Berdasarkan hasil tes tersebut juga diperoleh total indeks kegagapan klien sebanyak 32 kali, yang terdiri dari pengulangan 20 kali, penghentian 5 kali dan perpanjangan 7 kali.

Berdasarkan data tersebut penulis sudah mencari total indeks kegagapan berdasarkan hasil komunikasi dua arah tersebut penulis sudah mencari hasil masing-masing indeks gejala inti kegagapan dan total indeks kegagapan, diperoleh hasil pengulangan sebesar 6,43%, penghentian sebesar 1,60%, perpanjangan sebesar 2,25%. Serta total indeks kegagapan klien sebesar 10,28%. Terdapat ketiga

perilaku inti kegagalan berupa penghentian, pengulangan dan perpanjangan. Pendapat penulis sesuai dengan (Guitar, 2014) Gagap ditandai dengan frekuensi atau durasi penghentian yang sangat tinggi dan tidak normal dalam aliran bicara maju.

Analisa Perilaku Sekunder

a. *Escape Behaviour*

Berdasarkan hasil tes fluensi yang telah dilakukan untuk mengamati perilaku sekunder klien didapatkan hasil Perilaku motorik klien mata (menutup mata dan melirik keatas), tidak ada gerakan pada hidung, tidak ada gerakan pada dahi, gerakan kepala (bergerak ke bawah), tidak ada gerakan pada bibir, tidak ada gerakan pada lidah, rahang (rahang terbuka), tangan (mengepalkan tangan), kaki (menggerakkan jari kaki).

Berdasarkan data di atas menurut penulis klien memiliki perilaku yang menyertai kegagalan klien hal ini terlihat dari ekspresi klien dalam menahan kegagapannya berupa gerakan mata yang berkedip dan gerakan mata yang melihat keatas. (Carlson, 2013) membagi dua perilaku sekunder menjadi dua kelas besar yaitu perilaku melarikan diri dan perilaku menghindar. Istilah melarikan diri dan penghindaran dipinjam dari literatur pembelajaran perilaku, singkatnya perilaku melarikan diri terjadi ketika pembicara gagap dan mencoba menghentikan gagapnya dan menyelesaikan kata (Gillam, 2011).

b. *Avoidance Behaviors*

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada klien diperoleh data bahwa klien tidak ada trauma atau bermasalah pada kata sehingga tidak ada pergantian kata yang dilakukan oleh klien, serta tidak ada kata yang dihindari oleh klien. Berdasarkan data diatas menurut penulis klien tidak memiliki perilaku

avoidance behaviors tidak ada pergantian kata, tidak ada kata yang berputar-putar, tidak ada penundaan atau dengan sengaja menambah kata sebelum kata yang digagapakan. Menurut (Theys, 2013) perilaku menghindar dilakukan karena terkadang mencegah terjadinya gagap mereka banyak menghindari sub kategori (seperti penundaan, permulaan waktu).

Analisa *Feeling Attitude*

Berdasarkan tes *S-scale* diatas diperoleh hasil skor *S-scale* 13. Menurut penulis *S-scale* penulis *S-scale* klien berada pada tingkat *moderete-severe*.

Tabel 1. Level S-Scale

LEVEL	SKOR
MILD	7
MODERATE	8-11
MODERATE-SEVERE	12-15
SEVERE	16-20

(Guitar, 2014) menggunakan kuesioner untuk menilai kecenderungan klien untuk menghindari gagap, yang merupakan skala penghindaran dari penilaian diri penggagap tentang reaksi terhadap situasi ucapan (SSRSS) (Rautakoski, 2010) kuesioner ini menilai kecenderungan klien untuk menghindari situasi berbicara tertentu. Penelitian menunjukkan bahwa klien dengan skor skala penghindaran lebih tinggi dari 2,56 sebelum pengobatan mungkin lebih cenderung memiliki tingkat gagap yang cukup besar satu tahun setelah pengobatan dengan terapi yang membentuk kefasihan dibandingkan klien dengan skor yang lebih rendah.

Menurut (Gillam, 2011) skor skala penghindaran klien untuk memandu mereka dalam memilih apakah akan lebih fokus pada cara meningkatkan kelancaran bicara atau menggabungkan kefasihan dengan pendekatan yang memodifikasi kegagalan serta ketakutan dan penghindaran yang

terkait dengan gagap.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh penulis kepada klien diperoleh data bahwa klien mengetahui bahwasanya klien mengalami kegagapan, dan klien memiliki perasaan takut jika berkomunikasi dengan orang lain bahan yang dibicarakan tidak menyambung. Klien takut ketika berbicara tiba-tiba timbul kegagapan klien merasa di pandang sebelah mata oleh orang lain. Klien merasa cemas jika klien ditertawakan oleh lawan bicara, serta malu dan merasa direndahkan ketika gagap. Menurut (Oleander, 2010) kelainan penyerta yang sering yang sering terjadi bersama gagap adalah: *finalty* (rasa terhukum), *frustration* (rasa kekecewaan), *anxiety* (rasa cemas), *gullty* (rasa bersalah), *hostility* (rasa permusuhan).

SIMPULAN

Berdasarkan semua data yang ditemukan didapatkan kesimpulan bahwa diagnosa klien adalah *Beginning stuttering*, pada ICD-10 kode gagap adalah F98.5, dengan sindrom-sindrom terdapat perilaku inti kegagapan seperti penghentian, pengulangan dan perpanjangan, total indeks kegagapan klien saat membaca 8,9%, total indeks kegagapan klien saat bercerita 15,06%, dan total indeks kegagapan klien komunikasi dua arah 10,28%. Berdasarkan data di atas tingkat keparahan kegagapan klien berada pada tingkat *severe* disertai dengan perilaku sekunder gagap berupa gerakan pada mata, gerakan kepada kebawah, gerakan mengepalkan tangan, dan menggerakkan jari kaki serta memiliki *feeling attitude* takut dan cemas pada *level moderate-severe*. Berdasarkan pengkajian data tersebut penulis menyarankan untuk memperkuat modalitas yang ada pada klien seperti; klien memiliki keinginan yang kuat untuk belajar; klien memiliki dukungan dari orang tua untuk klien bisa sembuh; adanya motivasi dari diri klien untuk mengurangi

kegagapan. Dengan begitu klien akan lebih percaya diri untuk berkomunikasi dengan orang lain.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kepada STIKes MERCUBAKTIJAYAPadang yang telah mendukung pelaksanaan penelitian hingga selesai.

DAFTAR PUSTAKA

- Alm, P. A. (2004). Stuttering and the basal ganglia circuits: a critical review of possible relations. *Journal of Communication Disorders*, 37, 325-369.
- American Psychiatric Association, D.-5. T. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc..
- Bloodstein, O. &. (2008). *A Handbook on stuttering*. Delmar: Clifton Park.
- Brown, S. I. (2005). Stuttered and Fluent Speech Production: An ALE Meta-Analysis of Functional Neuroimaging Studies. *Human Brain Mapping*, 105-117.
- Carlson, N. (2013). *Physiology of behavior*. Boston: Allyn & Bacon.
- Chaer, a. (2003). *Psikolinguistik Kajian Teoritik*. Jakarta: PT. RINEKA CIPTA.
- Creswell, J. (2015). *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and*

- Qualitative Research*. New York: Pearson.
- Gillam, R. M. (2011). *Communication sciences and disorder: from sciences to clinical practice*. USA: Jones and Bartlett Publisher.
- Guitar, B. (2014). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kefalianos, E. O. (2012). Early stuttering, temperament and anxiety: Two hypotheses. *Journal of Fluency Disorders* (37), 151-163.
- No.81, P. M. (2014). *Standar Pelayanan Terapi Wicara*. Indonesia.
- Oleander, L. S. (2010). Evidence That a Motor Timing Deficit Is a Factor in the Development of Stuttering. *Journal of Speech and Language research*, 53, 165-196.
- (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2013. tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Terapi Wicara*. Indonesia.
- Peter, T. J. (1991). *Stuttering An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Mariland: Wiliam & Wilkins.
- Psychiatric, A. A. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV (4th ed.)*. American: American Psychiatric Association.
- Psychiatric, A. A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th Edition*. American: American Psychiatric Association.
- Rautakoski, P. H. (2010). Genetica and environmental effects on stuttering: A twin study from Finland. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 202-210.
- Reilly, S. O. (2013). *Natural History of Stuttering to 4 Years of Age: A Prospective Community-Based Study*. Pediatric.
- Shipley, K. G. (2020). *Assesmen in Speech-language pathology: a Resource manual*. English: Boston.
- Sugiyono. (2011). *Metodologi penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Indonesia: Alfabeta.
- Theys, C. D. (2013). *A Crucial Role for the Cortico-Striato-Cortical Loop in the Pathogenesis of Stroke-Related Neurogenic Stuttering*. USA: Human Brain Mapping.
- Yairi, E. &. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 66-87 .