BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Lansia

1. Definisi

Seseorang yang telah mencapai usia di atas 60 tahun dan tidak lagi mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari secara mandiri disebut lansia. Ini adalah fase akhir dari suatu perjalanan kehidupan yang ditandai oleh penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi (Vika *et al.*, 2018). Fase terakhir dari perjalanan perkembangan manusia dikenal sebagai usia lanjut; ini adalah bagian yang tidak dapat dielakkan dari alur kehidupan setiap orang. Selama periode ini, perubahan fisik dan psikososial dapat berdampak pada kesehatan fisik dan mental (Fitri 2016).

2. Batasan Usia Lanjut

Menurut WHO (2020), lansia dibagi menjadi empat kelompok umur :

a. Middle Age (Usia paruh baya) : 45-59 tahun
b. Elderly (Lanjut usia) : 60-74 tahun
c. Old (Lanjut usia tua) : 75-90 tahun
d. Very Old (Usia sangat tua) : di atas 90 tahun

3. Perubahan-perubahan pada lansia

Menurut Azizah dan Lilik, (2016) terjadi beberapa perubahan terhadap lanjut usia, Perubahan fisik sebagai berikut :

a. Sistem Indra

Sistem pendengaran mengalami perubahan yang paling signifikan, terutama prebiakusis (gangguan pendengaran) atau kehilangan pendengaran di telinga bagian dalam. Bunyi tinggi, suara yang tidak jelas, dan kata-kata yang sulit dipahami adalah contohnya. Preiakusis terjadi pada sekitar 50% orang berusia di atas 60 tahun.

b. Sistem Integumen

Kondisi di mana kulit menjadi kendur atau kehilangan elastisitas serta munculnya kerutan muncul karena usia. Penyebab dari keadaan kulit yang kendur ini adalah penurunan fungsi atau atrofi pada glandula sebasea dan glandula sudorifera. Hal ini mengakibatkan kurangnya cairan pada kulit, sehingga kulit menjadi lebih tipis.

c. Sistem Muskuloskeletal

Ketika jaringan kartilago mengalami perubahan, persendian menjadi lembek dan granulasi. Ini membuat permukaan sendi lebih rata dan meningkatkan risiko gesekan antar persendian. Produksi kolagen menurun, yang menyebabkan perubahan ini. Pada tulang, terjadi penurunan kepadatan tulang, yang menyebabkan gout arthritis, nyeri, deformitas dan risiko fraktur. Pada otot, terjadi perubahan struktur, termasuk peningkatan jaringan penghubung dan lemak serta penurunan jumlah dan ukuran serat otot. Pada sendi, elastisitas jaringan ikat di sekitar sendi, seperti tendon, ligamen dan fasia menurun.

d. Sistem Kardiovaskuler

Akibat akumulasi lipofusin, perubahan pada SA Node dan transformasi jaringan konduksi menjadi jaringan ikat, ventrikel kiri menjadi hipertropi, yang mengurangi peregangan jantung.

e. Respiratory system

Meskipun jaringan ikat paru-paru berubah, kapasitas paru-paru tetap. Namun, volume cairan cadangan paru-paru meningkat sebagai akibat dari ruang yang lebih besar di paru-paru. Akibatnya, aliran udara ke paru-paru berkurang.

f. Sistem Metabolisme dan Pencernaan

Produksi berbagai fungsi menurun, menandakan penurunan fungsi yang signifikan. Produksi saliva dan sensitivitas terhadap rasa lapar adalah beberapa contoh penurunan ini. Kehilangan gigi, penurunan sensitivitas indera pengecap dan penurunan aliran darah menyebabkan hati mengecil dan berkurangnya kapasitas penyimpanannya.

g. Perkemihan

Terjadi perubahan dalam filtrasi dan fungsi ginjal.

h. Sistem Syaraf

Ada kemungkinan bahwa serat saraf menjadi tidak teratur dan tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari karena bentuknya berubah dan secara bertahap mengalami atrofi.

i. Sistem Reproduksi

Pada wanita, payudara, ovarium, dan uterus mengalami penurunan ukuran dan atrofi, sementara pada pria, testis tetap mampu memproduksi sperma meskipun ukurannya menurun secara bertahap.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

B. Konsep Stroke

1. Definisi

Stroke adalah kondisi medis yang ditandai oleh disfungsi otak secara fokal atau luas yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan disabilitas atau kematian karena perdarahan spontan atau suplai darah yang tidak cukup pada jaringan otak (Budianto *et al*, 2021). Stroke adalah gangguan neurologis yang ditandai dengan penyumbatan pembuluh darah. Gumpalan darah terbentuk di otak dan mengganggu aliran darah, menyumbat arteri dan menyebabkan pembuluh darah pecah, yang mengakibatkan perdarahan pecahnya arteri yang menuju otak selama stroke mengakibatkan kematian sel-sel otak secara tiba-tiba karena kekurangan oksigen. Stroke juga dapat menyebabkan depresi dan demensia (Kuriakose,2020).

Stroke adalah kondisi kedaruratan ketika terjadi defisit neurologis akibat dari penurunan tiba-tiba aliran darah ke area otak yang terlokalisasi. Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke hemoragik dan stroke non haemoragik. Stroke non hemoragik terjadi akibat suplai darah ke jaringan otak berkurang, hal ini disebabkan karena obstruksi total atau sebagian pembuluh darah otak. Stroke haemoragik merupakan stroke yang terjadi karena perdarahan subarachnoid yang disebabkan oleh

pecahnya pembuluh darah di area otak, dan biasanya terjadi pada saat penderita sedang melakukan aktivitas (Yuliyanto et al., 2021).

2. Etiologi Stroke

Penyebab umum terjadinya stroke pada individu :

a. Hemoragik Serebral

Hemoragik serebral terjadi akibat robeknya pembuluh darah di otak, mengakibatkan perdarahan dalam parenkim otak. Sebagian besar stroke hemoragik adalah perdarahan intraserebral, sedangkan sisanya adalah perdarahan subarakhnoid. Faktor risiko utama termasuk riwayat keluarga, usia lanjut, hemofilia, cerebral amyloid angiopathy, hipertensi, penggunaan antikoagulan, obat simpatomimetik, malformasi vaskuler, dan sindrom Moyamoya. CT scan atau MRI sangat penting untuk diagnosis.

b. Embolisme Serebral

Emboli kecil dapat melewati arteri vertebralis menuju arteri basiler, biasanya terjebak di bifurkasinya, mengurangi aliran darah ke midbrain dan thalamus, yang menyebabkan gangguan kesadaran. Palsy nervus III unilateral atau bilateral adalah karakteristik, disertai hemiplegia atau quadriplegia akibat keterlibatan pedunkulus serebri. Dalam kasus langka, emboli dapat terjebak di arteri basiler yang menyempit, meniru gejala trombosis basiler.

c. Trombosis Serebral

Trombosis adalah kejadian serius dengan tanda neurologis bilateral akibat oklusi arteri. Oklusi pada kedua arteri vertebralis atau satu arteri tunggal dapat menyebabkan sindrom serupa. Oklusi sementara juga dapat terjadi terkait dengan rotasi kepala pada pasien dengan spondilosis servikalis, menghasilkan gejala disfungsi batang otak sementara.

3. Faktor- faktor Penyebab Stroke

Hingga saat ini, setidaknya ada sembilan faktor yang

teridentifikasi berpotensi menyebabkan atau meningkatkan risiko stroke (Direktorat, 2023), Di antaranya yaitu :

a. Tingginya Tekanan Darah

Penyebab paling umum dari stroke adalah tekanan darah tinggi atau hipertensi. Jika tekanan darah Anda melebihi 140/90, Anda harus waspada akan risiko stroke.

b. Kebiasaan Merokok

Karena tekanan darah merupakan penyebab paling umum terjadinya stroke, merokok meningkatkan risiko stroke karena nikotin dalam rokok dapat meningkatkan tekanan darah. Selain itu, merokok dapat mengentalkan darah, meningkatkan risiko pembekuan di arteri leher utama dan menumpuk lemak di dalamnya. Orang-orang yang sering terpapar asap rokok juga harus menyadari bahaya rokok ini.

c. Mengidap Penyakit Jantung

Mungkin ada hubungan antara penyakit jantung dan stroke. Orang dengan penyakit ini lebih mungkin mengalami stroke dibandingkan mereka yang tidak menderita penyakit ini. Salah satu fungsi utama jantung adalah mengedarkan darah hangat ke seluruh tubuh. Kerusakan katup jantung, detak jantung tidak teratur, fibrilasi atrium dan penyumbatan arteri lemak adalah beberapa kondisi jantung yang ditangani dalam kasus ini.

d. Genetik / Keturunan

Risiko stroke seseorang sangat dipengaruhi oleh genetika dan keturunan. Artinya, jika seseorang memiliki anggota keluarga yang memiliki riwayat stroke, maka peluangnya terkena penyakit terkait akan semakin besar. Oleh karena itu, penting untuk menanamkan dalam keluarga Anda kebiasaan mengunjungi dokter secara teratur.

e. Obesitas / Kegemukan

Jika obesitas disebutkan dapat menyebabkan stroke, itu benar. Tak peduli pria atau wanita, orang yang kelebihan berat badan memiliki kemungkinan lebih besar terkena stroke. Obesitas juga

merupakan faktor risiko hipertensi, yang dapat menyebabkan stroke jika tidak dikelola dengan baik.

f. Kolesterol Tinggi yang Tak Terkontrol

Ketika pembuluh darah menyempit akibat penumpukan kolesterol tinggi, yang menyumbat dinding pembuluh darah dan mencegah sel darah mengalir ke seluruh tubuh, risiko penyakit serius seperti stroke meningkat..

g. Mengidap Diabetes

Diabetes bisa menjadi penyebab tidak langsung stroke. Hal ini disebabkan kemungkinan tekanan darah tinggi dan obesitas lebih tinggi pada individu yang menderita penyakit ini. Risiko stroke mungkin meningkat karena kondisi kedua ini. Diabetes juga meningkatkan risiko kerusakan pembuluh darah dan stroke.

h. Usia

Meskipun usia bukan faktor utama, usia dapat meningkatkan risiko. Peluang terkena stroke umumnya meningkat seiring bertambahnya usia, terutama setelah berusia lebih dari 55 tahun..

i. Gender

Wanita memiliki risiko yang lebih rendah ketimbang pria untuk mengalami stroke pada usia yang sama. Namun karena stroke dapat menyerang siapa saja, baik laki-laki maupun perempuan, hal ini tidak berarti bahwa perempuan tidak terlalu rentan terhadap penyakit tersebut. Namun bagi wanita, risiko stroke hanya meningkat seiring bertambahnya usia.

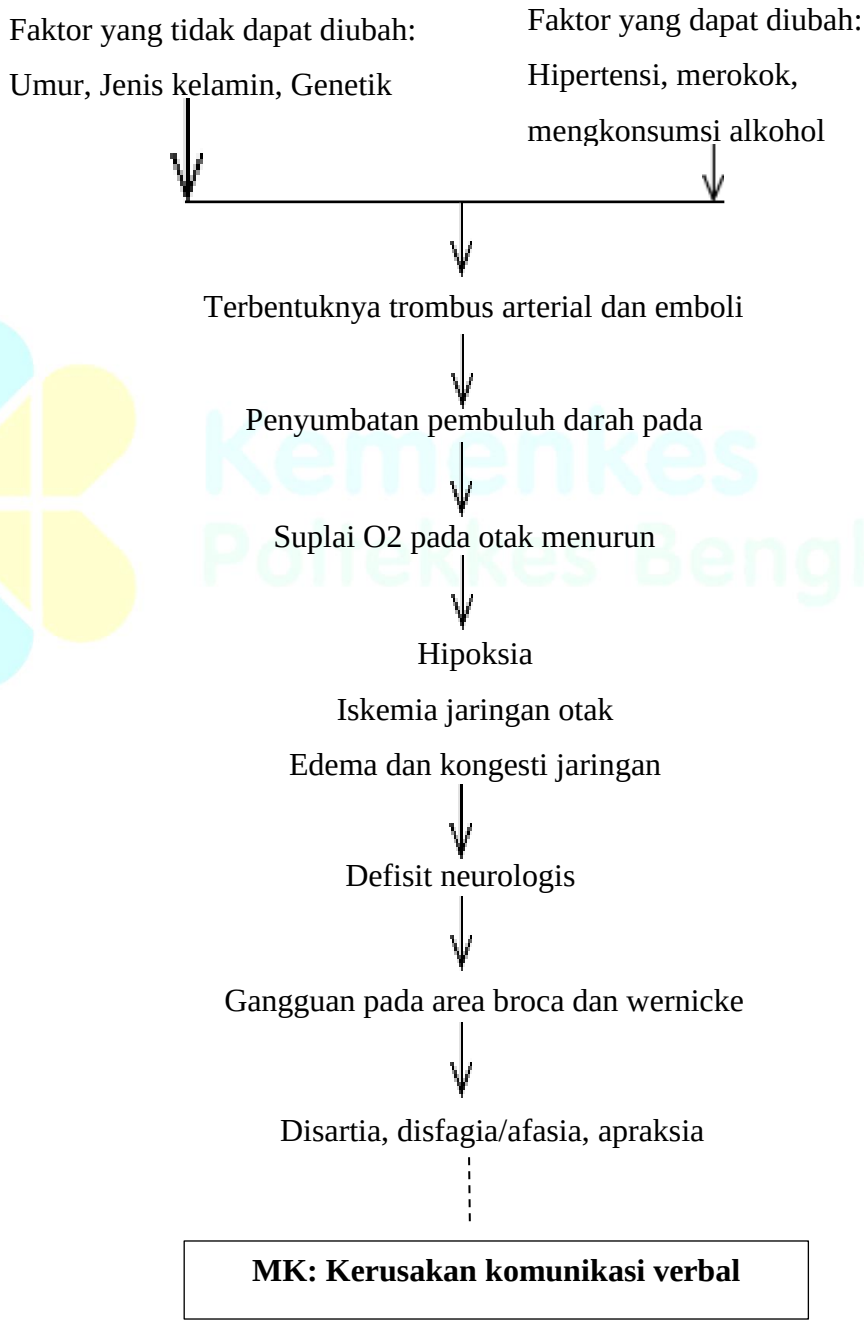
4. Patofiologi masalah afasia pada stroke

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai persediaan suplai oksigen. Anoksia, seperti CVA, mengubah metabolisme serebral segera dan menyebabkan kematian sel dan kerusakan permanen dalam waktu 3 hingga 10 menit. Banyak kondisi mengubah perfusi serebral, menyebabkan anoksia atau hipoksia.

Iskemia pertama kali terjadi karena hipoksia. Iskemia yang terjadi dalam waktu singkat, kira-kira sepuluh hingga lima belas menit, menyebabkan defisit sementara. Stroke trombosis atau metabolik menyebabkan iskemia otak, dan sulit untuk mengidentifikasi infark. Setelah serangan pertama, peluang dominan stroke akan meningkat, yang dapat menyebabkan edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial (TIK), dan kematian yang signifikan.Prognosisnya bergantung pada area yang terkena dan luas otak.

Fungsi berbicara, berbahasa, dan matematika akan terganggu jika ada kerusakan pada otak kiri. Jika arteri serebri dominan bahasa terkena, arteri serebri media dapat tersumbat di dekat percabangan kortikal utamanya (pada cabang arteri). Ini dapat menyebabkan afasia yang parah. Lesi (seperti infark, perdarahan, dan tumor) pada bagian posterior girus temporalis superior (area *wernicke*) menyebabkan afasia reseptif, yang menyebabkan penderita tidak dapat memahami bahasa lisan dan tertulis. Kelainan ini dicurigai dalam kasus di mana penderita tidak dapat memahami perintah dan pertanyaan yang diajukan. Lesi pada area fasikulus arkuatus yang menghubungkan area wernicke dengan area broca menyebabkan afasia konduktif, yang menyebabkan penderita sulit mengulangi kalimat dan sulit mengikuti perintah. Penderita dengan afasia eksprektif memiliki kemampuan untuk memahami apa yang dia dengar tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat atau berbicara dengan lancar, yang menyebabkan masalah keperawatan dan hambatan komunikasi verbal. Jenis cedera ini dikenal sebagai cedera pada bagian posterior girus frontalis inferoior, juga dikenal sebagai broca. (Yasmara, 2016).

5. WOC



Sumber : (Wijaya & Putri, 2013)

6. Klasifikasi Stroke

a. stroke non hemoragik

Stroke non hemoragik adalah kondisi di mana sumbatan pembuluh darah menghentikan aliran darah ke otak, sering disebabkan oleh aterotrombosis pada pembuluh serebral besar atau kecil. Darah ke otak disuplai oleh dua arteri karotis interna dan dua arteri vertebralis. Pembentukan ateroma (endapan lemak) di arteri karotis dapat mengurangi aliran darah, yang berbahaya karena arteri ini menyuplai sebagian besar otak. Ateroma yang terlepas juga dapat menyumbat arteri yang lebih kecil, semakin memperburuk kondisi.Stroke iskemia dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Stroke Trombotik : proses terbentuknya thrombus yang membuat penggumpalan.
2) Stroke Embolik: Tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah
3) Hipoperfusion Sistemik: Berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan di dalam jaringan otak (hemoragia intraserebrum) atau ke dalam ruang subarachnoid. Jenis stroke ini merupakan yang paling mematikan, menyumbang 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan sekitar 5% untuk perdarahan subarachnoid. Stroke hemoragik terjadi ketika lesi vaskular di otak mengalami ruptur, menyebabkan perdarahan baik ke jaringan otak maupun ruang subarachnoid. Aneurisma sakular dan malformasi arteriovenal adalah beberapa lesi vaskular yang dapat menyebabkan perdarahan subarachnoid (Isrofah, 2023).

7. Manifestasiklinis Stroke

Adapun gejala dan tanda stroke terdapat slogan “Segera Ke RS”

a. Senyum tidak simetris (mencong ke satu sisi),tersedak,sulit menelan air minum secara tiba-tiba
b. Gerak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

c. Bicara pelo/tiba-tiba tidak dapat bicara/tidak mengerti kata-kata/bicara tidak nyambung
d. Kebas atau baal/kesemutan separuh tubuh
e. Rabun, pandangan satu mata kabur, terjadi tiba-tiba
f. Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan tidak pernah dirasakan sebelumnya, gangguan fungsi keseimbangan,seperti terasa berputar, Gerakan sulit dikoordinasi (tremor/bergetar,sempoyongan).

8. Komplikasi Stroke

Adapun beberapa komplikasi stroke yaitu **gagal napas, hilangnya kekuatan otot atau kelumpuhan,** edema otak, luka tekan/ dekubitus, trombosis vena, edema pada kaki yang mengalami kelumpuhan atau kelemahan akibat penumpukan cairan dan embolisasi pada paru, hidrosefalus karena adanya penumpukan cairan dalam rongga otak., kematian (Chohan et al., 2019).

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Sutarwi,2020),beberapa jenis pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien stroke sebagai berikut :

a. *Scan komputerized tomography (CT)* menampilkan sistem dan struktur ventrikel otak selain daerah hematoma, edema dan infark.
b. Daerah hemoragik, iskemik dan infark dapat dilihat dengan *magnetic resonance imaging (MRI).*
c. *Elektroencefalografi* (EEG) menunjukkan masalah berdasarkan gelombang otak.
d. *Angiografi serebral* menunjukkan daerah lesi yang spesifik.
e. Fungsi Lumbal Tekanan normal ditunjukkan oleh fungsi lumbal. Jika ada peningkatan tekanan dan cairan menunjukkan darah hemoragik subarachnoid atau perdarahan intrakranial, pemeriksaan ini dapat dilakukan. Namun, tidak disarankan jika ada tekanan intrakranial yang meningkat.

10. Penalaksanaan

Terdapat 2 macam penatalaksanaan pada pasien stroke :

a. Penatalaksanaan farmakologis

1) Manajemen tekanan darah

Penghambat beta (labetalol, esmolol) ,Penghambat ACE (enalapril) dan Penghambat saluran kalsium (nicardipine) atau hydralazine.

2) Manajemen TIK

Penanganan awal yang dilakukan adalah dengan mengatur posisi kepala pasien hingga 30°, Agen osmotik (manitol, garam hipertonik), Hiperventilasi, Jika TIK meningkat lebih lanjut setelah dilakukan tindakan intubasi dan sedasi dan Kateter parenkim

3) Terapi stroke iskemik

Yakni terapi fibrinolitik , obat-obatan antiplatelet dan clot retrieval atau trombectomy mekanik.

4) Pencegahan stroke primer

Antiplatelet, statin, olahraga dan intervensi atau pola hidup sehat (tidak merokok, tidak minum alkohol.

5) Pencegahan stroke sekunder

Antiplatelet, antihipertensi, statin dan intervensi atau pola hidup sehat (Budianto et al., 2021).

b. Penatalaksanaan Non Farmakologis

Berbagai terapi alternatif non-farmakologis dapat membantu pasien stroke, terutama yang mengalami afasia, untuk meningkatkan kemampuan bicara. Terapi ini dapat dilakukan di rumah oleh pasien dan keluarga. Beberapa terapi non-farmakologis yang umum dilakukan meliputi :

1) Terapi “AIUEO”

Terapi AIUEO adalah jenis terapi wicara yang melibatkan gerakan lidah, bibir, dan otot wajah, serta pengucapan huruf A, I, U, E, dan O, untuk memperbaiki ucapan agar lebih mudah

dipahami. Metode yang digunakan adalah imitasi, di mana pasien mengikuti pergerakan dan suara yang dihasilkan oleh perawat. Terapi AIUEO dilakukan 2 hingga 3 kali seminggu, berlangsung selama 30 hingga 45 menit.(Yuliyanto *et al*., 2021).

2) Terapi Melodic Intonation Therapy (MIT)

Melodic Intonation Therapy adalah salah satu strategi berbasis bukti yang efektif untuk pembelajaran ekspresi verbal pada individu dengan afasia tidak lancar dan kemampuan repetisi yang inadekuat. Terapi dimulai dengan mengenalkan teknik melodi dan ritme. MIT memerlukan pemahaman bahasa lisan yang memadai untuk dapat diterapkan dengan baik. Terapi ini dilakukan dalam sesi 30-36 menit, 2 hingga 3 kali per minggu. (Sadiah & Taruna, 2022).

3) Terapi Constraint Induced Aphasia Therapy (CIAT)

Terapi ini membatasi komunikasi non-verbal, sementara kemampuan verbal dan pemahaman bahasa distimulasi melalui metode game card. Pasien dilatih untuk memahami perintah, mengucapkan kata, dan mengikuti instruksi. Keunggulan terapi ini adalah dalam melatih kemampuan tersebut secara efektif. Terapi ini biasanya dilakukan 5 hari seminggu berlangsung 3 hingga 4 jamperhari. (Sadiah & Taruna, 2022).

C. Konsep Afasia

1. Pengertian Afasia

Afasia adalah salah satu gangguan bahasa. Suatu kondisi yang dikenal sebagai afasia menyebabkan kurangnya kemampuan berkomunikasi, termasuk pemahaman bahasa, ekspresi bahasa, membaca, menulis, perhatian, ingatan, dan domain kognitif lainnya. Ketika area pengaturan bahasa otak rusak, itu menyebabkan afasia. 96-99 persen orang yang dominan kanan (kinan) dan 60 persen orang yang dominan tangan kiri (kidal) mengalami lateralisasi fungsi pengaturan bahasa ke hemisfer kiri

otak. Sebagian besar lesi afasia terjadi pada hemisfer kiri. Stroke adalah penyebab utama afasia.(Muryanti, 2023).

2. Etiologi Afasia

Afasia sering terjadi pada pasien dengan kecelakaan serebrovaskular, tetapi juga dapat muncul pada penyakit neurodegeneratif (seperti Alzheimer), demensia vaskular, tumor otak, atau cedera otak traumatis. Afasia bukanlah akibat sekunder dari kerusakan fungsi motorik atau sensorik, dan tidak disebabkan oleh kesulitan motorik atau gangguan pendengaran. (Le Huykien, 2024).

3. Klasifikasi Afasia

a. Afasia sensoris

Afasia Wernicke terjadi akibat kerusakan pada girus temporal superior, ditandai dengan ketidakmampuan memahami bahasa lisan. Pasien sering menghasilkan kalimat yang tidak bermakna, kesulitan menyebutkan kata meskipun benda tersebut ada, dan mengalami gangguan berat dalam pengulangan, penamaan, membaca, dan menulis.Maka terjadilah kalimat yang isinya kosong, berisi parafasia dan neologisme. Seorang aphasia dewasa akan kesulitan untuk menyebutkan kata buku walau di hadapannya ditunjukan benda buku. Klien dengan susah menyebut busa... bulu...bubu. (klien nampak susah dan putus asa). Pengulangan (repetisi) terganggu berat. Menamai (na- ming) umumnya parafasik.

b. Afasia Motorik

Afasia Broca disebabkan oleh lesi di daerah Brodman 44, mengakibatkan kesulitan menyusun pikiran menjadi simbol yang dapat dimengerti. Pasien berbicara tidak lancar, dengan kalimat pendek dan monoton, serta sering menggunakan kata benda dan kata kerja saja, tanpa struktur tata bahasa yang jelas. Kelainan ini ditandai dengan kesulitan dalam mengkoordinasikan atau menyusun fikiran, perasaan dan kemauan menjadi simbol yang bermakna dan dimengerti

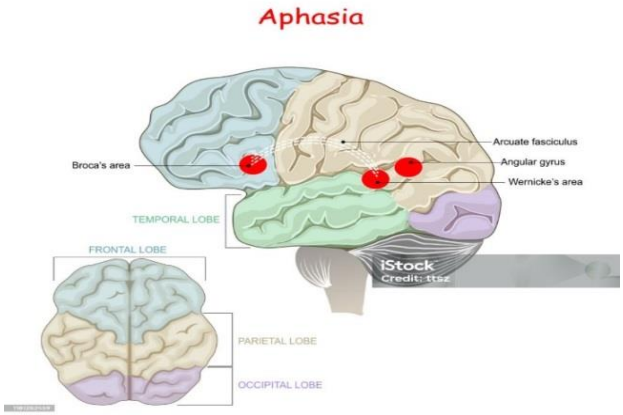
oleh orang lain. Bicara lisan tidak lancar, terputus-putus dan sering ucapannya tidak dimengerti orang lain. Apabila bertutur kalimatnya pendek-pendek dan monoton. Pasien sering atau paling banyak mengucapkan kata-kata benda dan kata kerja. Bicaranya ber- gaya telegram atau tanpa tata bahasa (tanpa grammar).

c. Afasia global

Afasia global adalah bentuk paling berat, akibat kerusakan luas pada daerah bahasa, biasanya karena oklusi arteri karotis interna atau arteri serebri media. Pasien kehilangan hampir semua kemampuan bahasa, berbicara dengan kata-kata stereotip (itu-itu saja, berulang), mi- salnya: "iya, üya, iya", atau "baaah, baaaah, baaah", atau "amaaang, amaaang, amaaaang". Komprehensi menghilang atau sangat terbatas, misalnya hanya mengenal namanya saja atau satu atau dua patah kata(Siregar, 2019).

4. Manifestasi Klinis Afasia

Pasien dapat mengalami gejala yang meliputi kesulitan mengartikulasikan kata atau kalimat, kekurangan pemahaman, atau keduanya.

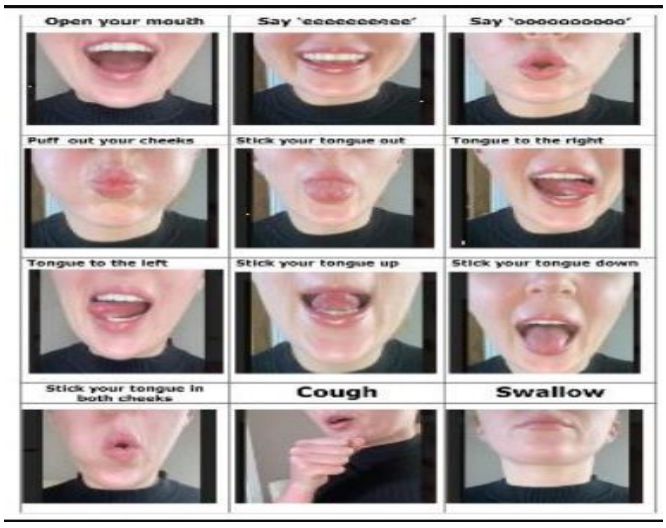


Gambar 2.1 Afasia

D. Konsep *Oral Motor Exercise* (OME)

1. Pengertian *Oral Motor Exercise* (OME)

Latihan yang dirancang untuk meningkatkan kekuatan dan kelincahan bibir, lidah, pipi, rahang, dan langit-langit mulut sering kali diresepkan untuk pasien selama pengobatan. Dengan menggunakan prinsip fisiologi latihan, latihan ini harus dilakukan melawan resistensi untuk meningkatkan kekuatan, kelincahan, dan daya tahan. Gerakan artikulator yang cepat dan bergantian diperlukan untuk meningkatkan artikulasi. Latihan *Oral Motor Exercise* adalah latihan yang melibatkan koordinasi dan pergerakan jaringan keras, lunak, sistem vaskuler, dan kontrol saraf di area wajah dan mulut, yang penting untuk fungsi bicara, mengunyah, dan menelan berbagai tekstur makanan. Tulisan ini membahas penelitian yang menunjukkan bahwa stimulasi oral motor dapat meningkatkan fungsi otot orofasial (Budiarti, Rahmani, Yusnita, Sumiati, Panca, et al., 2022). *Oral Motor Exercise* bisa juga disebut dengan senam mulut berguna untuk meningkatkan respons fungsional gerakan mulut atau melatih keterampilan berbicara yang tepat.



Gambar 2.2 Oral Motor Exercise

2. Fisiologis Oral Motor Exercise

Otot-otot di area mulut memiliki fungsi yang sangat penting dalam produksi suara dan komunikasi. Ketika seseorang berbicara, otak mengirimkan sinyal ke otot-otot ini untuk berkontraksi dan menghasilkan suara. Pada pasien stroke, sinyal ini sering terganggu, menyebabkan kesulitan

dalam berbicara.Latihan oral motor dapat membantu merangsang koneksi neuromuskular yang dibutuhkan untuk berfungsi dengan baik. Aktivitas ini meningkatkan sirkulasi darah ke otot-otot di area mulut, yang penting untuk mendukung pertumbuhan dan pemulihan jaringan. Dengan meningkatkan sirkulasi, otot-otot menjadi lebih kuat dan lebih responsif terhadap perintah dari otak.Selain itu, latihan ini juga berkontribusi pada plasticity otak, yaitu kemampuan otak untuk beradaptasi dan membentuk jalur saraf baru. Dengan stimulasi yang tepat, otak dapat membangun kembali koneksi yang hilang akibat stroke, yang sangat penting untuk pemulihan fungsi bicara (Gani, 2021).

3. Tujuan *Oral Motor Exercise*

Tujuan utama dari latihan oral motor dalam konteks rehabilitasi pasien stroke adalah untuk memulihkan dan meningkatkan kemampuan berbicara. Beberapa tujuan spesifiknya meliputi:

a. **Meningkatkan Kekuatan Otot**: Latihan bertujuan untuk memperkuat otot-otot yang terlibat dalam berbicara, sehingga pasien dapat menghasilkan suara dengan lebih baik dan jelas.
b. **Meningkatkan Koordinasi**: Dengan melatih otot-otot secara teratur, pasien diharapkan dapat mengembangkan koordinasi yang lebih baik antara otot bibir, lidah, dan rahang.
c. **Mengurangi Spastisitas**: Spastisitas dapat mengganggu kemampuan berbicara. Latihan oral motor dapat membantu mengurangi kekakuan otot dan meningkatkan fleksibilitas.
d. **Meningkatkan Kemampuan Menelan**: Selain berbicara, latihan ini juga dapat membantu pasien dalam proses menelan, yang seringkali terganggu setelah stroke (Budiarti,et al., 2022).

4. Manfaat *Oral Motor Exercise*

Latihan oral motor memiliki berbagai manfaat yang signifikan bagi pasien stroke.

a. Latihan ini dapat meningkatkan kekuatan otot-otot oral. Dengan melakukan serangkaian gerakan yang terfokus, pasien dapat

mengembangkan kekuatan yang diperlukan untuk menghasilkan suara yang jelas dan artikulatif.

b. Latihan ini berfungsi untuk meningkatkan koordinasi dan kontrol motorik. Koordinasi yang baik antara berbagai otot sangat penting dalam produksi suara dan pengucapan yang tepat. Dengan melatih otot-otot ini, pasien dapat belajar mengontrol pergerakan mereka dengan lebih baik, yang berdampak positif pada kemampuan berbicara.

c. Latihan oral motor juga berkontribusi pada peningkatan sensitivitas sensorik di area mulut. Hal ini penting karena persepsi sensorik yang baik akan membantu pasien memahami dan mengontrol pergerakan mulut mereka. Peningkatan sensitivitas dapat membantu mengurangi rasa canggung atau ketidaknyamanan saat berbicara (Aryanti, 2023).

5. Cara Latihan Motorik Oral

Latihan motorik oral/latihan bibir dan lidah dilakukan dua kali sehari selama satu minggu

a. Bentuklah bibir anda menjadi seperti huruf “O”.
b. Tersenyumlah.
c. Berganti-ganti membentuk bibir seperti huruf “O”dan tersenyumlah, seolah-olah anda mengucapkan “oo-ee”.
d. Bukalah mulut lebar-lebar, kemudian gerakan bibir seolah-olah hendak mencium.
e. Lemparkan ciuman.
f. Tutuplah bibir erat-erat seakan anda berkata “mm”.
g. Ucapkan “ma ma ma ma”secepat mungkin.
h. Ucapakan “mi mi mi mi”secepat mungkin.
i. Katupkan bibir anda rapat-rapat dan gembungkan pipi dengan udara, tahanlah udara didalam pipi selama lima detik dan kemudian keluarkan.
j. Cobalah sentuh dagu anda dengan ujung lidah.
k. Cobalah sentuh hidung anda dengan ujung lidah.
l. Julurkan lidah anda sejauh mungkin, tahanlah selama tiga detik, dan kemudian tariklah kembali kedalam mulut.

m. Sentuhlah sudut-sudut mulut anda dengan lidah, gerakkan lidah anda dengan cepat dari kanan ke kiri dan kembali lagi.
n. Usapkan lidah anda mengelilingi bibir anda.
o. Ucapkan suara “ta ta ta”dengan kecepatan yang semakin meningkat.
p. Tekanlah lidah anda ke gusi bagian atas, kemudian ke gusi bagian bawah.
q. “Sikat”lah gigi dengan lidah.
r. Doronglah lidah anda sekuat mungkin ke pipi kanan dan kemudian pipi kiri (Velia, 2018).

6. Pengaruh Oral Motor Exercise Terhadap Kemampuan Bicara Pasien Stroke

Berdasarkan hasil penelitian Ismi, (2020) “Pengaruh Latihan Motorik Oral Terhadap Tigkat Afasia Motorik Pada Pasien Stroke” Hasil penelitian dengan uji paired T test yan didapatkan p value = 0,034 < α = 0,05 menunjukkan bahwa Latihan Motorik Oral berpengaruh terhadap tingkat afasia motorik pada kelompok perlakuan. Sedangkan hasil penelitian dengan uji paried t-test menunjukkan bahwa latihan motorik oral tidak ada perbedaan terhadap tingkat afasia motorik pada kelompok control dengan p value = 0,004 < α = 0,05 sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh latihan motorik oral terhadap tingkat afasia motorik pada pasien stroke.

Berdasarkan hasil penelitian Velia, (2018) menunjukkan bahwa ada pengaruh latihan motorik oral terhadap kemampuan bicara pada pasien stroke dengan beda rata-rata skala kemampuan bicara *pre-post* sebesar -2.083 dan *p=0,000*. Dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan motorik oral ini berpengaruh terhadap kemampuan bicara pada pasien stroke.

E. Penelitian Terkait

Tabel 2.1 Hasil Penelitian Terkait Oral Motor Exercise

No	Penulis & Judul	Tujuan	Sample Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Aida ismi *et al,* (2020) Pengaruh Terapi Oral Motor Exercise Terhadap Tingkat Afasia pada Pasien Stroke.	Menggambarkan penerapan studi Pengaruh Terapi Oral Motor Exercise terhadap tingkat afasia pada pasien stroke di RSU Anna Medika Madura Bangkalan tahun 2020	Populasi sebanyak 56 pasien stroke dengan samplel 12 pasien kelompok perlakuan dan 12 pasien kelompok kontrol.	Jenis penelitian yang digunakan adalah *quasi eksperimen*	Berdasarkan hasil penelitian pada 24 pasien. kelompok intervensi dan kelompok control dapat diketahui pada pasien kelompok intervensi dan kelompok control. Dimana pada kelompok intervesi didapatkan p value = 0,034<a = 0,05. Sedangkan pada kelompok control dengan p value=0,004 <a=0,05.sehingga dapat disimpulkan ada pengaruh latihan motorik oral terhadap tingkat afasia motorik pada pasien stroke.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

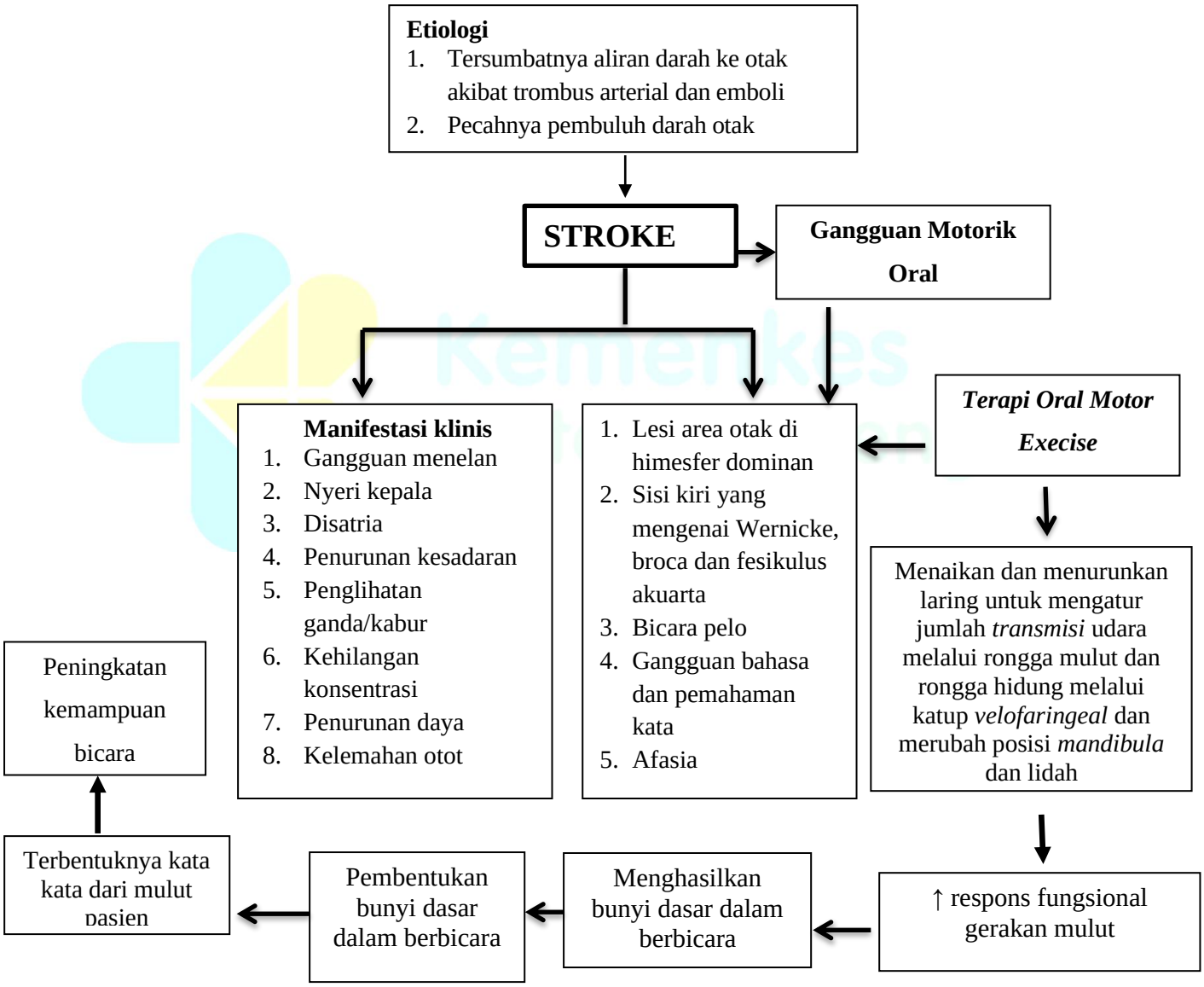
2.	Velia Ananda *et al.*, (2018) Pengaruh latihan Oral Motor Exercise Terhadap Kemampuan Bicara Pada Pasien Stroke	Untuk mengetahui pengaruh Oral Motor Exercise terhadap kemampuan bicara pada pasien stroke dengan afasia.	Subjek pada penelitian ini 12 responden	Jenis penelitian yang digunakan *PraExperimen* dengan pendekatan *one group pre test-post test.*	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh latihan motorik terhadap kemampuan bicara pada pasien stroke dengan beda rata-rata skala kemampuan bicara *pre-post* sebesar -2.083 dan *p=0,000*. Dapat diseimpulkan bahwapemberian latihan motorik oral ini berpengaruh terhadap kemampuan bicara pada pasien stroke.
3.	Dian aryanti *et.al* (2023) Analyze the activities of oral motor exercise intervention in stroke patients in neurology wards: case report	Untuk menganalisis aktivitas intervensi oral motor exercise pada pasien stroke dalam mengembalikan fungsi menelan.	Subjek penelitian ini 1 responden.	Studi kasus ini menggunakan jenis penelitian deskriftif dengan metode kasus	Berdasarkan penelitian ini terjadi perubahan yang signifikan pada perbaikan fungsi menelan pada pasien stroke. Dimana skor rapids sebelum intervensi adalah 78 sedangkan skor rapids setelah intervensi adalah 91.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

4.	Nadia anindita *et.al* (2024) Pengaruh kombinasi terapi AIUEO dan terapi Oral motor exercise terhadap kemampuan bicara pasien Stroke di RSUD dr.Soedono Madiun.	Untuk mengetahui pengaruh kombinasi terapi AIUEO dan terapi Oral Motor Exercise terhadap gangguan bicara pasien stroke.	Subyek penelitian ini sebanyak 30 responden.	Penelitian ini menggunakan desain *Pra Eksperimental* dengan pendekatan *one group pre-post test.*	Hasil penelitian menunjukkan sebelum intervensi didapatkan rata-rata 8,77dan sesudah intervensi menunjukkan rata-rata 14,47 dengan selisih 5,7. Uji statistik *Paired t Test* menunjukkan *p-value* adalah 0,000 (p<0,05) sehingga terdapat perubahan yang signifikan antara kemampuan bicara pasien stroke sebelum dan sesudah diberikan terapi.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

F. Kerangka Teori



Bagan 2. 1 Kerangka Teori Penelitian Sumber :(Le Huykien, 2024),(Novalia Naluri Tasari & Muryanti, 2023)dan (Velia, n.d.2018)