

MASALAH KOMUNIKASI LISAN DALAM KALANGAN PESAKIT NEURO DI KELANTAN

(Oral Communication Problems among Neurological Patients in Kelantan)

Che Rabiaah Mohamed
crabiaah@usm.my

Pusat Pengajian Sains Kesihatan,
USM, Kampus Kesihatan,
16150, Kubang Kerian, Kelantan, Malaysia.

Abdullah Yusoff
dr.abby.pekak@gmail.com

Institut Pendidikan Guru Kampus Kota Bharu,
Jalan Maktab, Pengkalan Chepa,
16109, Kota Bharu, Kelantan, Malaysia.

Abstrak

Kajian ini bertujuan untuk mengenal pasti masalah berbahasa dan kesukaran yang dihadapi oleh pesakit neuro semasa berkomunikasi lisan. Kajian ini berasaskan kerangka teori “Model Komunikasi Lasswell” dan menggunakan kaedah pensampelan bertujuan. Data bahasa dengan komunikasi dikumpulkan berdasarkan interaksi antara penyelidik dan 12 orang pesakit neuro yang boleh berkomunikasi dua hala menggunakan soal selidik separa berstruktur. Interaksi lisan tersebut dirakamkan dan ditranskripsikan secara verbatim, serta dianalisis berdasarkan tema. Dapatan kajian menunjukkan enam daripada 12 orang pesakit neuro dalam kajian mengalami masalah dan kesukaran dalam komunikasi lisan. Daripada enam orang yang mengalami masalah dan kesukaran komunikasi lisan, seorang mengalami ketidaklancaran bertutur, dua orang mengalami ketidakmampuan memproduksi ujaran, seorang mengalami

kesukaran penyebutan dan dua orang tidak berkemampuan bercerita mengikut urutan peristiwa. Kajian juga mendapati banyak faktor yang menyebabkan kesukaran bahasa dan pertuturan dalam kalangan pesakit neuro seperti menghidap penyakit di otak, kecederaan kepala dan kecacatan artikulasi pertuturan. Dapatan kajian ini penting untuk memberikan kesedaran kepada pesakit, keluarga pesakit, kakitangan kesihatan dan orang awam tentang masalah komunikasi yang dihadapi oleh pesakit neuro supaya strategi intervensi yang sesuai dapat dilaksanakan.

Kata kunci: pertuturan, komunikasi lisan, kecacatan komunikasi, pesakit neuro, afasia

Abstract

This study aims to identify the language problems and difficulties faced by neuro patients during oral communication. It is based on the framework proposed in Lasswell's Communication Model. Purposive sampling technique was used in recruiting participants. The linguistic data were collected based on the interaction between the researcher and 12 neurological patients who were able to participate in a two-way communication using semi-structured questionnaires. The oral interactions were audiotaped and transcribed verbatim and were analysed using thematic analysis. Results show that six out of 12 patients faced problems and had difficulties in oral communication. Out of the six participants who had communication difficulties, one had problems with fluency, two had problems in language expression, one had problems with articulation and two had problems in explaining the sequence of events. Findings also reveal that there were many factors that contributed to the language and speech difficulties among neurological patients such as disease of the brain, head injuries and abnormalities of speech articulators. These findings are important to provide awareness to patients, families, health professionals and the public about the oral communication problems faced by the neurological patients in order to implement appropriate intervention strategies for them.

Keywords: speech, oral communication, communication disorders, neurological patient, aphasia

PENDAHULUAN

Peristiwa bagi seseorang yang dimasukkan ke hospital merupakan suatu pengalaman yang agak unik dan pelbagai. Unik kerana persekitaran yang berbeza daripada tempat lain dan pelbagai kerana terdapat pesakit yang berbeza jenis kesakitan, umur, jantina dan etnik. Terdapat banyak faktor yang menyebabkan seseorang dimasukkan ke hospital. Antaranya termasuklah seseorang itu mengalami kemalangan, demam, melahirkan anak, pembedahan dan sakit secara tiba-tiba. Selain itu, mereka yang ke hospital juga mempunyai pelbagai tujuan, seperti pemeriksaan kesihatan, lawatan susulan, menjalani rawatan, pemulihan dan melawat pesakit.

Ada sesetengah pesakit di hospital yang normal pertuturannya, dan ada juga yang menghadapi kesukaran disebabkan penyakit atau masalah kesihatan yang dihadapinya. Golongan kedua ini dikatakan bermasalah dari segi kebolehan bertutur. Pesakit jiwa (mental), pesakit berkeadaan tenat, pesakit keliru, pesakit kecelaruan emosi dan mengalami gangguan atau perubahan aras kesedaran adalah antara golongan pesakit yang mengalami masalah berkomunikasi. Pesakit yang mengalami kecederaan pada alat artikulasi seperti bibir, langit dan lidah, mengalami masalah penyebutan. Mereka yang mengalami penyakit berkaitan sistem pernafasan seperti asma atau kecederaan di otak yang berkaitan dengan proses pertuturan seperti afasia tidak boleh bertutur seperti kebiasaannya.

Selain itu, terdapat pesakit yang dimasukkan ke hospital kerana mengalami penyakit, kecederaan, jangkitan dan kemalangan yang melibatkan sistem saraf otak, saraf tunjang dan saraf kranial. Mereka dikategorikan sebagai pesakit dengan masalah neuromedikal atau neurosurgikal. Pesakit kategori ini dikenali “pesakit neuro” yang melibatkan disiplin medikal atau surgikal. Pesakit neuromedikal tidak melibatkan pembedahan, manakala pesakit neurosurgikal memerlukan pembedahan. Pesakit yang mengalami kecederaan kepala dan memerlukan pembedahan dikategorikan sebagai pesakit neurosurgikal.

Salah satu masalah yang sering dialami oleh pesakit neuro ialah ketidakupayaan untuk berbahasa dan berkomunikasi. Mereka tidak boleh bertutur dengan baik dan kurang mampu berkomunikasi secara bukan lisan (Northcott & Hilari, 2011). Terdapat beberapa faktor yang boleh menjejaskan keupayaan mereka untuk bertutur dan berkomunikasi secara bukan lisan. Umpamanya seseorang pesakit neuro yang mengalami kecederaan kepala yang teruk menyebabkan mereka tidak sedarkan diri

atau koma. Mereka tidak dapat bertutur dan berkomunikasi secara bukan lisan. Dalam sesetengah keadaan pesakit menunjukkan tindak balas dalam bentuk bunyi tanpa makna seperti mengerang. Selain itu, jangkitan kuman di otak, tumor otak, kecelaruan mental, dan kecederaan yang melibatkan saraf kranial yang mengganggu fungsi artikulator untuk pertuturan seperti saraf kranial ke-XII (saraf hipoglossal) menyebabkan seseorang itu mengalami masalah untuk bertutur dan berbahasa (Black & Hawks, 2010).

Gangguan berbahasa dan berkomunikasi yang dialami oleh pesakit neuro menyebabkan kesukaran untuk berkomunikasi. Hal ini boleh menjejaskan kualiti rawatan dan perawatan yang diterima pesakit berbanding dengan mereka yang tidak mengalami masalah tersebut. Pesakit tersebut kurang mampu memberikan respons terhadap maklumat yang diperlukan. Individu yang sentiasa berdamping dengan pesakit juga mengalami kesukaran untuk berkomunikasi dan berinteraksi dengan pesakit tersebut.

Komunikasi penting kepada manusia tanpa mengira sama ada seseorang itu cacat, sedang sakit atau dalam keadaan normal (Che Rabiaah, Chua & Abdullah, 2011). Komunikasi yang membabitkan bunyi bahasa pertuturan dikenali sebagai bahasa lisan, dan yang tidak melibatkan pertuturan dikenali sebagai bukan lisan. Kedua-dua bentuk komunikasi tersebut penting bagi pesakit di hospital. Kajian ini hanya memberikan tumpuan pada komunikasi lisan.

Berdasarkan pengalaman penyelidik, kajian penggunaan komunikasi dan bahasa dalam kalangan pesakit secara amnya kurang diberikan perhatian. Keperluan terhadap komunikasi semakin bertambah apabila seseorang bermasalah dalam pertuturan. Kajian keperluan terhadap pesakit strok yang mengalami afasia mendapati bahawa mereka bukan sahaja ingin menyatakan keperluan asas seharian mereka tetapi juga ingin berinteraksi dan memberikan pendapat (Worral *et al.*, 2011).

Di samping itu, kajian berkaitan dengan bahasa dan komunikasi dalam kalangan pesakit neuro masih terhad. Penyelidik dalam bidang kesihatan lebih memfokuskan penyelidikan berkaitan epidemiologi penyakit, rawatan dan perawatan. Bidang komunikasi dan bahasa tidak menjadi keutamaan untuk dikaji jika dilihat dari aspek kesihatan dan perubatan. Hatta, mereka daripada disiplin bidang perubatan yang lebih berkaitan seperti telinga, hidung dan tekak (otolaringologi) juga kurang memberikan perhatian terhadap masalah ini (Sataloff, 2011). Kajian berkaitan dengan bahasa dan penggunaan bahasa berlatarkan hospital

adalah penting kerana kajian tersebut kaya dengan elemen linguistik dan fungsinya (Che Rabiaah, 2007)

Tanpa mengira jenis penyakit atau masalah kesihatan yang dialami oleh seseorang pesakit, mereka perlu berkomunikasi secara efektif untuk mendapatkan perkhidmatan kesihatan yang seiring dan bertepatan dengan keperluan mereka. Oleh itu, kajian ini bertujuan mengenal pasti masalah komunikasi lisan yang dialami oleh pesakit neuro semasa berkomunikasi. Hal ini membabitkan aspek linguistik, iaitu bahasa yang digunakan semasa interaksi berlaku. Masalah ini perlu diberikan perhatian dalam kajian ini untuk melihat kesukaran dalam pertuturan yang dialami pesakit semasa memproduksi pertuturan atau kesukaran untuk melahirkan ujaran secara spontan serta lancar. Hal ini penting untuk memberikan pengetahuan kepada pesakit, ahli keluarga serta para kakitangan kesihatan yang terlibat dalam hal memberikan rawatan dan perawatan. Sesungguhnya, kebolehan bertutur dapat mempengaruhi kualiti perawatan yang diberikan oleh pihak hospital.

Dalam kajian ini, pesakit neuro merujuk pesakit yang mengalami masalah berkaitan sistem saraf seperti strok, kecederaan kepala, tumor otak dan meningitis. Masalah bahasa pula merujuk ketidakmampuan dan kesukaran pesakit dalam pertuturan.

TINJAUAN LITERATUR

Bahasa ialah alat komunikasi penting kepada manusia. Kepentingan bahasa bukan sahaja kepada mereka yang berpendengaran biasa, tetapi juga kepada mereka yang cacat tanpa mengira kecacatan fizikal mahupun bahagian yang lain seperti otak, pendengaran dan saraf. Kepentingan bahasa ini disentuh oleh Goh dan Teh (1994:XI) seperti yang berikut:

Keperluan dan kepentingan bahasa di kalangan mereka yang ditakdirkan cacat dan tidak cacat sama sahaja. Setiap insan harus bersyukur kerana dapat berbahasa sekalipun dia mengalami kecacatan anggota. Sebaliknya, kecacatan yang menjadikan seseorang itu tidak boleh berbahasa merupakan satu penderitaan yang tiada hujungnya. Oleh itu, dengan menyelami perasaan orang yang tidak dapat berbahasa sebagai suatu kurniaan Tuhan yang tidak ternilai harganya”.

Petikan tersebut memberikan gambaran bahawa bahasa yang diperolehi begitu penting, dan kepentingan ini tidak akan disedari selagi keupayaan

berbahasa itu tidak hilang, atau kita tidak mengalami kecacatan berbahasa. Penderitaan yang dialami oleh mereka yang cacat berkomunikasi amat berat sekali kerana golongan ini tidak dapat menggunakan bahasa yang berbagai-bagai fungsi dan tujuan seadanya.

Sehubungan dengan itu, bidang kecacatan komunikasi manusia mengelompokkan individu yang memiliki kecacatan komunikasi kepada empat kumpulan utama seperti yang berikut, iaitu kecacatan artikulasi, kecacatan suara, kecacatan kelancaran dan kecacatan berbahasa (Shames & Wiig, 2003).

Kecacatan Artikulasi

Menurut Rabia *et al.*, (2014) mereka yang dikatakan memiliki kecacatan artikulasi ialah apabila bertutur, bunyi pertuturan sesuatu bahasa yang dihasilkan tidak mencapai tahap yang boleh difahami oleh orang lain. Fonem yang diujarkan tidak tepat dan tidak normal seperti lazimnya oleh kebanyakan orang. Fenomena tersebut berlaku kerana keabnormalan pada alat pertuturan manusia seperti perubahan bentuk bibir atau penyelewengan pergerakan lidah. Situasi ini berlaku dalam kalangan pesakit strok (Sataloff, 2011).

Semasa bertutur, setiap alat pertuturan mempunyai fungsi dan tugas penting dalam hal menghasilkan bunyi bahasa. Antara alat pertuturan manusia yang dominan termasuklah bibir, gigi, langit dan lidah. Bentuk dan pergerakan alat pertuturan dapat membina bunyi bahasa yang membolehkan perkataan dalam sesuatu bahasa dihasilkan (Che Rabiaah, 2007). Perubahan bentuk atau penyelewengan pergerakan artikulator mengakibatkan sebutan atau pertuturan yang diujarkan bertukar bunyi tidak seperti yang disebutkan oleh orang kebanyakan, oleh itu sukar difahami oleh orang lain.

Haynes dan Pindzola (2008) dalam kajiannya mendapati perubahan bunyi sebutan berlaku dengan beberapa cara seperti “pengguguran”, “penggantian”, “herotan” dan “tambahan”. Contohnya, pengguguran dalam penyebutan sesuatu perkataan seperti perkataan [makan] bertukar [akan], perkataan [kayu] bertukar menjadi [ayu]. Dalam perkataan tersebut telah berlaku pengguguran pada fonem /m/, /k/. Pengguguran mengubah makna perkataan tersebut. Oleh itu pertuturan yang kekal dengan situasi tersebut dikategorikan sebagai kecacatan artikulasi. Orang yang digolongkan dalam kumpulan ini ialah mereka yang mengalami langit terbelah, bibir sumbing dan lidah terikat (*tongue tie*). Pesakit neuro

yang mengalami kesukaran untuk menggerak-gerakkan alat artikulator cenderung mengalami kecacatan artikulasi seperti yang dinyatakan di atas.

Kecacatan Suara

Mereka yang “cacat bersuara” pula kebiasaannya akibat daripada kecacatan yang berlaku pada pita suara atau fungsi larink (Sataloff, 2011). Hal ini membawa gangguan pada suara berbanding dengan suara yang dihasilkan oleh orang normal. Keadaan suara yang dikatakan demikian seperti suara mersik, serak, sengau, mengah, hilang suara dan parau. Pertuturan yang dihasilkan oleh mereka yang cacat suara sukar difahami atau amat perlahan untuk didengari. Oleh itu golongan ini dikatakan memiliki kecacatan suara yang berkisar pada cara pembunyian seperti kenyaringan, kekuatan dan kualiti suara.

Pesakit neuro yang mengalami masalah yang melibatkan saraf kranial ke-12, iaitu saraf hipoglossal yang mengawal lidah akan menjejaskan keupayaan pesakit untuk bertutur seperti orang normal (Black & Hawk, 2010).

Kecacatan Kelancaran

Mereka yang tidak lancar bertutur seperti orang normal dikatakan memiliki “kecacatan kelancaran” (Abdul Rahim, 1995). Mereka yang digolongkan dalam kumpulan ini termasuklah orang gagap. Kegagapan yang dialami menyukarkan penghasilan pertuturan dari segi kelancaran. Terdapat beberapa jenis gagap yang dialami oleh manusia, antaranya termasuklah “gagap pengulangan”, “gagap pemanjangan”, “gagap selaan” dan “gagap jeda” (senyap seketika, tetapi melampaui batas normal semasa bertutur). Berdasarkan kajian yang dilakukan oleh Abdul Rahim terhadap lima orang gagap mendapati jenis gagap yang dialami mereka mempunyai persamaan dengan jenis gagap yang dialami oleh penutur gagap dari Barat. Terdapat pesakit neuro yang mengalami ketidاكلancaran bertutur walaupun mereka tidak gagap. Ondondo (2015) mendapati pesakit strok yang melibatkan bahagian kiri otak, iaitu medan Broca cenderung untuk mengalami kecacatan kelancaran.

Kecacatan Bahasa

Shames dan Wiig (2003) menyatakan kecacatan bahasa merujuk mereka yang tidak dapat menguasai bahasa pada tahap sepatutnya berdasarkan

peringkat umur. Mereka yang mengalami kecederaan di bahagian tertentu otak sesudah boleh berbahasa dan kemudian tidak dapat berbahasa digolongkan juga sebagai memiliki “kecacatan bahasa”. Hal ini dilihat dari dua aspek, iaitu penghasilan pertuturan dan kefahaman (penerimaan) terhadap pertuturan. Berdasarkan kajian Dalemans, Witte, Wades dan Heuvel (2010) pesakit neuro yang mengalami masalah bertutur dan kefahaman didapati mengalami kesukaran atau langsung tidak dapat bersosialisasi atau berinteraksi dengan orang lain.

Bagi pesakit neuro, masalah bahasa mereka bukan berpunca daripada perkembangan bahasa, tetapi lebih kepada masalah kesihatan atau penyakit yang dialami seperti strok, tumor otak dan kecederaan kepala. Berbanding dengan kanak-kanak, ramai dalam kalangan pesakit neuro yang bermasalah bahasa terdiri daripada orang dewasa.

Bahasa dan Komunikasi Pesakit Neuro

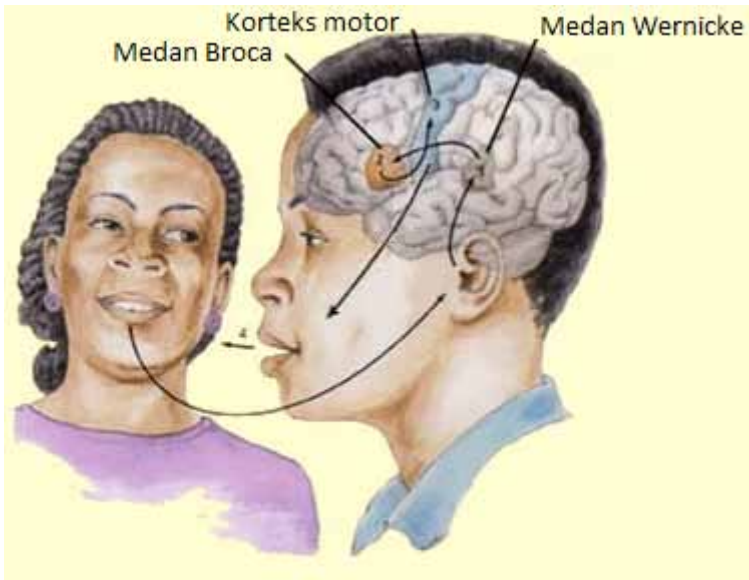
Masalah yang dihadapi oleh pesakit neuro bergantung pada lokasi otak yang terlibat, keseriusan tahap kecederaan atau kemusnahan sel otak dan saraf yang terlibat (Smeltzer, 2010). Antara masalah yang dihadapi oleh pesakit neuro termasuklah:

- (i) Dari segi makan dan minum, serta eliminasi (pembuangan kumuh).
- (ii) Gangguan menelan dan merasa biasanya dialami oleh pesakit yang mengalami lesi pada beberapa saraf kranial.
- (iii) Kesukaran dalam pertuturan dan bahasa.
- (iv) Kesukaran dalam pernafasan.
- (v) Gangguan penglihatan, dan sebagainya.

Black dan Hawks (2010) mengaitkan pesakit neuro yang bermasalah dengan pertuturan ialah mereka yang menghidap afasia. Penghidap afasia ialah mereka yang mengalami kehilangan keupayaan untuk berbahasa, iaitu dari segi kefahaman dan produksi pertuturan disebabkan kecederaan di bahagian korteks hemisfera kiri otak. Sataloff (2011) mendapati ramai pesakit strok mengalami afasia yang membawa masalah untuk bertutur.

Sataloff juga mendapati kecederaan kepala biasanya disebabkan oleh kemalangan, terjatuh dan keganasan jenayah. Hal ini merupakan penyebab utama terjadinya kecacatan bahasa, pertuturan dan suara yang dikategorikan kecacatan bahasa dan komunikasi perolehan.

Hickey (2014) pula menggolongkan afasia kepada afasia Broca, afasia Wernicke dan afasia global. Afasia Broca juga dikenali sebagai afasia ekspresif kerana lebih melibatkan masalah menghasilkan pertuturan. Afasia Wernicke pula adalah berkaitan dengan kefahaman. Afasia global berlaku apabila seseorang mengalami kedua-dua jenis afasia Broca dan afasia Wernicke. Rajah 1 menunjukkan Medan Broca dan Wernicke di otak.



Rajah 1 Medan Broca dan Wernicke yang terlibat dengan pertuturan.
(Sumber: Disesuaikan daripada <http://www.printerest.com>)

Menurut kajian ahli neuropsikolinguistik medan Broca berfungsi menerbitkan ucapan. Kajian yang dilakukan oleh Paul Broca mendapati kerosakan pada bahagian kiri lobus frontal menyebabkan seseorang itu mengalami masalah dari segi produksi pertuturan (motor), tetapi tiada masalah dari segi kefahaman. Kecederaan di bahagian tersebut menyebabkan penghidapnya tidak dapat melahirkan pemikiran dalam bentuk pengucapan lisan atau bertulis, tetapi dapat memahami pertuturan orang lain (Shames & Wiig, 2003).

Medan Wernickes mengambil sempena nama Carl Wernickes terletak di bahagian posterior lobus temporal kiri di otak. Medan Wernickes

mengandungi representasi ingatan dan pendengaran yang berfungsi mengamati dan menerima ucapan. Kerosakan di kawasan ini menyebabkan seseorang itu mengalami masalah dari segi memahami pertuturan tetapi, tiada masalah dari segi memproduksi pertuturan. Mereka yang diserang strok kerap mengalami masalah tersebut.

Hawk dan Black (2010) dalam penelitiannya terhadap pesakit neuro mendapati pesakit neuro mengalami kecacatan komunikasi disebabkan ketidakfungsian alat artikulasi kerana kerosakan saraf kranial tertentu yang menggerakkan atau mengawal alat artikulasi untuk pertuturan tersebut. Sebagai contoh kerosakan saraf kranial ke-X11 (saraf hipoglosal) yang terletak di pangkal otak (*brain stem*) yang mengawal pergerakan lidah menyebabkan seseorang pesakit itu tidak dapat menyebut bunyi bahasa (fonem) seperti [t], [l], [r], [d], [n], dan sebagainya. Hal ini menyebabkan mereka tidak dapat menyebut bunyi bahasa atau memproduksi pertuturan dengan cara yang betul seperti mereka yang normal. Kerosakan saraf kranial ketujuh (*facial nerve*) menyebabkan mereka mengalami kesukaran untuk membunyikan vokal akibat ketidakmampuan menggerakkan mulut, mengembungkan pipi dan membundarkan bibir (Hickey, 2014). Kecacatan pada bahagian tertentu telinga menyebabkan ketidakmampuan mendengar dan mengajak pertuturan.

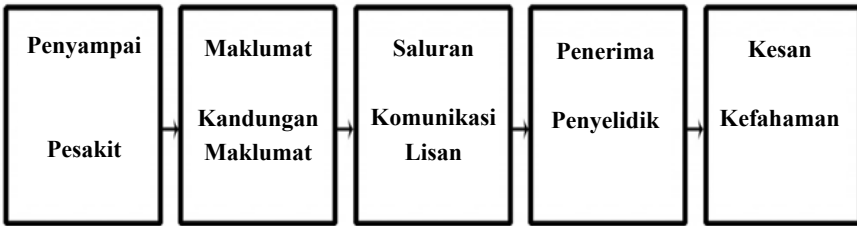
Sesetengah pesakit neuro mengalami gangguan atau perubahan kesedaran seperti separuh sedar atau tidak sedar diri sepenuhnya (koma). Berkomunikasi dengan pesakit ini merupakan sesuatu yang sukar. Kajian oleh Jesus, Simoes dan Voegeli (2013) memperlihatkan bahawa apabila berkomunikasi dengan pesakit yang tidak sedarkan diri, kita hendaklah menyedari bahawa dalam kes tertentu pesakit berkenaan boleh mendengar walaupun pesakit tidak bertindak balas.

Persekitaran juga memainkan peranan dalam hal berkomunikasi dengan pesakit koma. Kebisingan persekitaran hendaklah dikurangkan ke tahap yang paling minimum untuk memberikan peluang kepada pesakit mendengar dan memberikan tumpuan dalam komunikasi. O'Halloran, Worrall dan Hickson (2011) pula mendapati bahawa antara faktor persekitaran yang menjadi penghalang kepada komunikasi yang berkesan ialah para profesional kesihatan sendiri yang tidak menyedari bahawa seseorang pesakit itu mengalami masalah komunikasi. Daripada kajian literatur yang telah dibincangkan jelas memperlihatkan bahawa komunikasi dalam kalangan pesakit neuro sangat penting seperti keperluan komunikasi oleh mereka yang tidak menghidapi sebarang penyakit.

Sesiapa sahaja yang tidak boleh bertutur dengan menggunakan sebutan yang tepat akan menghadapi pelbagai masalah.

Kerangka Teori Kajian

Kajian ini mengaplikasikan Model Komunikasi Lasswell. Model ini menekankan proses komunikasi dan fungsinya dalam masyarakat, berbanding dengan model komunikasi lain yang menekankan hanya empat elemen utama. Lasswell menekankan lima elemen utama dalam proses keberkesanan komunikasi, iaitu (1) penyampai; (2) mesej; (3) saluran; (4) penerima; dan (5) kesan. Proses ini diilustrasikan seperti Rajah 2 berikut:



Rajah 2 Model Komunikasi Lasswell (1948).
(Sumber <https://rahmanjmc.wordpress.com>.)

Elemen kesan ialah elemen yang ditambah oleh Lasswell berbanding dengan model komunikasi lain (Wenxiu, 2015). Kajian ini memberikan fokus terhadap kebolehan pesakit neuro menggunakan bahasa lisan untuk menyampaikan mesej dan kesan terhadap mesej yang disampaikan. Setiap elemen dalam model komunikasi ini memainkan peranan penting dan boleh mempengaruhi kualiti rawatan dan perawatan yang diterima oleh pesakit terutamanya pesakit yang mengalami masalah komunikasi. Para profesional kesihatan, sebagai penerima mesej daripada pesakit, perlu memahami dan menyedari status keupayaan komunikasi pesakit bagi menghasilkan komunikasi yang berkesan.

Oleh itu, kajian ini bertujuan untuk mengenal pasti masalah komunikasi lisan (bertutur) pesakit neuro. Hal ini membabitkan aspek linguistik, iaitu bahasa yang digunakan semasa interaksi berlaku, kebolehan penyampaian mesej dan kebolehfahaman terhadap mesej.

METODOLOGI KAJIAN

Reka Bentuk Kajian

Kajian ini mengaplikasikan kajian kes yang dilakukan berdasarkan interaksi antara pesakit neuro sebagai subjek kajian dengan penyelidik bagi mendapatkan data berdasarkan objektif kajian. Interaksi tersebut dirakamkan dengan menggunakan kaset *walkman* secara bersahaja dan mesra (kasual dan intim) bagi mendapatkan data lisan. Maklumat interaksi lisan ditranskripsikan berdasarkan gabungan penanda Fredericks (1997) dan Mohamed (1997).

Lokasi Kajian

Kajian ini dilakukan di sebuah wad di salah sebuah hospital di Kelantan yang menempatkan pesakit neuro. Wad ini boleh menampung seramai 26 pesakit. Pesakit neuro ini terdiri daripada mereka yang dikategorikan dalam neuromedikal dan neurosurgical.

Pensampelan Subjek Kajian

Kajian ini mengaplikasikan teknik pensampelan bertujuan (*purposive sampling*). Pemilihan pesakit sebagai sampel pula adalah dengan berdasarkan kriteria yang ditetapkan dan jumlahnya bergantung pada beberapa ramai pesakit yang dimasukkan ke dalam wad tersebut pada jangka masa kajian dijalankan. Dalam kajian ini seramai 12 pesakit daripada jumlah pesakit yang dimasukkan ke wad tersebut (38 orang) telah dijadikan sampel.

Pesakit yang dipilih hanyalah pesakit neuro yang mampu berkomunikasi dua hala sama ada secara lisan atau tanpa lisan. Mereka dapat memberikan maklum balas dengan menggunakan bahasa pertuturan atau pergerakan anggota badan yang bermakna (bahasa isyarat bermakna) terhadap soalan yang ditanya. Umpamanya respons tanpa lisan seperti menganggukkan kepala untuk menggantikan jawapan “ya”, dan sebagainya. Seseorang pesakit itu dikategorikan sebagai pesakit neuro berdasarkan diagnosis yang tercatat dalam rekod pesakit.

Penentuan sampel yang dipilih adalah dengan berdasarkan penilaian penyelidik terhadap kebolehan seseorang pesakit dalam hal berkomunikasi atau memberikan respons terhadap soalan asas yang biasa diajukan ketika berkomunikasi dalam kalangan pesakit, seperti nama, tempat tinggal,

umur, maklumat tentang ahli keluarga terdekat, dan sebagainya. Soalan asas ini digunakan untuk menilai status kesihatan dan kesedaran diri dalam kalangan pesakit neuro (Hickey, 2014). Black dan Hawks (2010) menyatakan penilaian terhadap kebolehan seseorang untuk memahami dan menghasilkan pertuturan boleh dilakukan pada peringkat permulaan temu bual. Aspek lain yang juga boleh dinilai seperti keupayaan seseorang memulakan perbualan, kelancaran dan kesesuaian bahasa yang diguna. Pengesahan tentang keupayaan pesakit dalam berkomunikasi juga diperoleh daripada ahli keluarga yang menjaga pesakit di hospital. Maklumat ini digunakan sebagai petunjuk sama ada pesakit tersebut dapat dijadikan sampel atau tidak.

Kriteria kemasukan (kriteria inklusi) sebagai sampel adalah seperti yang berikut:

- (i) Pesakit yang dapat berkomunikasi dua hala secara lisan atau tanpa lisan.
- (ii) Pesakit neuro, iaitu yang mengalami penyakit atau kecederaan yang berkaitan dengan sistem saraf yang telah didiagnos dan disahkan oleh doktor.
- (iii) Pesakit yang dimasukkan ke wad antara masa kajian dilakukan, iaitu dari hari pertama kajian dilakukan hingga hari ke-14.
- (iv) Berumur lebih daripada 12 tahun.
- (v) Mendapatkan kebenaran daripada pesakit atau wakilnya atau keluarga yang menjaga pesakit di hospital.
- (vi) Boleh berkomunikasi dalam bahasa Melayu atau dialek Kelantan.

Kriteria penolakan (eksklusi) pesakit sebagai sampel apabila pesakit tidak berupaya memberikan respons atau tidak mampu melakukan interaksi dua hala sama ada secara lisan atau tanpa lisan terhadap perbualan dengan penyelidik. Sebelum sampel ditetapkan, penyelidik telah melakukan penilaian terlebih dahulu bagi memastikan pesakit memenuhi kriteria sebagai sampel. Data dan maklumat asas pesakit didapati daripada rekod perubatan pesakit, perbincangan dengan ahli keluarga secara lisan, doktor, jururawat dan juga daripada pemerhatian terhadap keadaan am pesakit.

Bentuk dan cara interaksi pula adalah dengan berdasarkan soalan separa berstruktur. Penulis telah menghadkan topik soalan seperti yang berikut:

- (i) Tentang diri;
- (ii) Tentang keluarga;
- (iii) Tentang masa;
- (iv) Tentang tempat; dan
- (v) Tentang peristiwa kajian.

Oleh itu, kajian ini dilakukan dalam suasana yang mesra dan segala pemerhatian telah dilakukan supaya data yang dikutip mencerminkan kajian yang berasaskan analisis interaksi. Prosesnya memiliki kebolehpercayaan yang tinggi dan begitu juga dengan data yang dikutip.

Oleh sebab kajian ini hanya memfokuskan kebolehan pesakit berkomunikasi, maka ciri-ciri lain seperti kecacatan fizikal, warna kulit, latar belakang keluarga dan tahap pendidikan atau pengetahuan, tidak diambil kira dalam pemilihan sampel. Yang diutamakan ialah pesakit mampu melakukan interaksi lisan dua hala semasa kajian dilakukan.

Pergerakan dan pertambahan pesakit sebagai sampel dari mula hingga akhir kajian seperti dalam Jadual 1.

Instrumen Kajian

Instrumen kajian ialah soal selidik yang mengandungi 12 soalan dan terbahagi kepada dua bahagian. Bahagian A mengandungi 10 soalan: lima item soalan berkaitan diri dan keluarga, tiga item soalan berkaitan persekitaran dan dua item soalan berkaitan dengan peristiwa. Soalan dalam bahagian ini digunakan untuk mengenal pasti kesukaran komunikasi; mengenal pasti komunikasi tanpa lisan dan mengukur kefahaman pesakit menyampaikan mesej. Soalan ini memerlukan pesakit menjawab terus apabila ditanya, dan jawapannya dapat disemak daripada rekod perubatan, ahli keluarga yang menjaga pesakit dan jururawat yang bertugas.

Bahagian B pula mengandungi dua soalan yang memerlukan pesakit memberikan respons secara bebas berdasarkan soalan yang dikemukakan. Respons adalah berbentuk naratif. Soalan ini berkaitan dengan mengapa seseorang pesakit itu dimasukkan ke wad dan bagaimana terjadinya sesuatu tragedi atau penyakit yang dialaminya. Soalan dalam bahagian ini digunakan untuk melihat maklum balas pesakit dan mengukur kebolehan pesakit menyampaikan mesej. Seperti yang dinyatakan dalam objektif kajian, makalah ini memfokuskan dapatan kajian berkaitan dengan masalah komunikasi lisan sahaja.

Jadual 1 Pergerakan dan pertambahan pesakit sebagai sampel.

Hari	Pertambahan Pesakit	Bil. Sampel	Ulasan
1	12	4	Empat pesakit dipilih dan selebihnya tidak memenuhi kriteria untuk dijadikan sampel kerana tidak dapat berkomunikasi dua hala.
2	0	0	Tidak ada pesakit dimasukkan ke wad.
3	1	1	Pesakit baharu dipilih sebagai sampel.
4	2	1	Seorang pesakit dipilih sebagai sampel, dan seorang lagi tidak dipilih.
5	3	1	Seorang pesakit dipilih sebagai sampel, dan dua orang lagi tidak terpilih.
6	2	0	Dua pesakit baharu tidak terpilih kerana tidak dapat berkomunikasi dua hala.
7	1	0	Pesakit baharu tidak terpilih kerana tidak dapat berkomunikasi dua hala.
8	1	1	Pesakit baharu dipilih sebagai sampel.
9	0	0	Tidak ada pesakit dimasukkan ke wad.
10	5	1	Seorang pesakit dipilih sebagai sampel, dan empat orang lagi tidak terpilih kerana tidak dapat berkomunikasi dua hala.
11	3	1	Seorang pesakit dipilih sebagai sampel, dan dua orang lagi tidak terpilih kerana tidak dapat berkomunikasi dua hala.
12	2	1	Seorang pesakit dipilih sebagai sampel, dan seorang lagi tidak terpilih kerana tidak dapat berkomunikasi dua hala.
13	2	0	Pesakit baharu tidak terpilih kerana tidak dapat berkomunikasi dua hala.
14	3	1	Seorang pesakit dipilih sebagai sampel, dan tiga lagi tidak terpilih kerana tidak dapat berkomunikasi dua hala
Jumlah	38	12	Seramai 12 pesakit dipilih daripada 38 pesakit yang dimasukkan ke wad neuro dalam tempoh 14 hari kajian dilakukan.

Pertimbangan Etika

Sebelum kajian dimulakan, kebenaran rasmi untuk menjalankan kajian telah diperoleh daripada pengarah hospital tersebut. Ketua penyelia jururawat, ketua jururawat dan jururawat wad berkenaan dimaklumkan tentang hal ini. Seterusnya, pengumpulan data dimulakan setelah mendapatkan kebenaran bertulis daripada pesakit sendiri dan keluarga mereka untuk temu bual dan rakaman. Prinsip etika dalam pelaksanaan kajian telah dipatuhi sepenuhnya seperti pesakit dan keluarga diterangkan dengan jelas tujuan kajian, aspek kerahsiaan dan hak pesakit untuk menarik diri daripada kajian pada bila-bila masa tanpa sebarang implikasi.

Prosedur Pengumpulan Data

Kajian rintis telah dijalankan terhadap tiga orang pesakit di wad yang sama sebelum kajian sebenar dilakukan. Hal ini bertujuan untuk menguji instrumen dan alat perakam, membiasakan diri dengan suasana kajian dan mengenal pasti sebarang masalah. Selain itu, untuk memastikan proses interaksi ini dapat disesuaikan dengan masa prosedur perawatan yang diperlukan oleh pesakit dan juga status kesihatan pesakit. Tempoh pengumpulan data mengambil masa selama 14 hari.

Sebanyak 12 pesakit yang memenuhi kriteria yang ditetapkan telah dipilih daripada seramai 38 pesakit yang dimasukkan ke dalam wad neuro sepanjang tempoh dua minggu pengumpulan data.

Apabila sampel kajian telah dikenal pasti, penyelidik memulakan pengumpulan data dengan terlebih dahulu membina suasana persekitaran yang selesa dan bersahaja. Perbualan dilakukan secara santai dengan ahli keluarga dan pesakit supaya mereka tidak berasa asing dengan penyelidik. Setelah kemesraan terjalin dan suasana bersahaja tercapai penyelidik memohon keizinan responden, dan kajian secara bertulis serta tujuan kajian diterangkan dengan jelas kepada pesakit dan keluarga yang terlibat. Setelah itu barulah soalan kajian diajukan kepada pesakit untuk mendapatkan respons mereka berdasarkan objektif yang ditetapkan. Interaksi antara penyelidik dengan pesakit adalah secara individu, iaitu satu pesakit pada satu-satu masa.

Dari segi pengumpulan data, data linguistik dirakamkan dengan menggunakan kaset dan data bukan linguistik dicatatkan dalam buku berdasarkan pemerhatian. Setiap pesakit dimaklumkan tentang hal ini sebelum data dipungut. Rakaman tersebut ditranskripsikan secara verbatim dan kemudian dianalisis.

Semasa berkomunikasi dengan pesakit, penyelidik menggunakan nada dan kekuatan suara yang biasa kecuali apabila nada suara biasa tidak mendapat respons, nada suara yang lebih tinggi dan agak kuat digunakan. Apabila keadaan memerlukan, penyelidik mengulang-ulang soalan interaksi untuk mendapatkan respons daripada pesakit. Bahasa harian pesakit digunakan semasa berinteraksi. Semua pesakit menggunakan bahasa Melayu dialek Kelantan. Oleh hal yang demikian, dialek Kelantan merupakan medium yang digunakan oleh penulis dan pesakit semasa berinteraksi. Pemilihan dialek ini bagi memudahkan komunikasi dan mewujudkan rasa intim dan selesa antara pesakit dengan penyelidik bagi mengelakkan sebarang halangan atau gangguan dalam komunikasi. Semua pesakit fasih berkomunikasi menggunakan dialek Kelantan walaupun terdapat pesakit daripada etnik Thai dan Cina.

Dari mula kajian dan rakaman dijalankan, data linguistik dan data bukan linguistik ditranskripsikan secepat mungkin sebaik-baik sahaja selesai rakaman untuk mengelakkan kekeliruan atau lupa. Satu salinan pita dilakukan sebagai persediaan jika berlaku kerosakan kepada pita yang

Jadual 2 Penanda transkripsi komunikasi (gabungan daripada Frederick, 1997 dan Mohamed Haron, 1997).

Tanda Transkripsi	Simbol
Bahasa asal interaksi dalam dialek Kelantan	< >
Terjemahan ujaran asal ke bahasa Melayu standard	Dalam bentuk huruf besar
Tidak dapat merekod atau mengenal pasti sebutan atau frasa dalam pertuturan.	[]
Respons tanpa lisan	()
Diam	* *
Ujaran penulis	“ ”
Menunjukkan ujaran yang bertindih dengan ujaran yang bersimbol sama selepasnya.	<< >>

digunakan. Proses transkripsi dilakukan dari semasa ke semasa sepanjang kajian dilakukan. Hal ini berarti penyelidik tidak menunggu sehingga semua rakaman terhadap pesakit selesai untuk membuat transkripsi.

Berdasarkan transkripsi yang dilakukan, rakaman yang memakan masa antara lima hingga tujuh minit mengambil masa dua hingga tiga jam untuk kerja pentranskripsian. Sesudah transkripsi dilakukan, penyelidik membuat penyemakan demi penyemakan untuk memastikan ketepatan kandungan transkripsi tersebut. Selepas itu barulah analisis data transkripsi dilakukan.

Dapatan data lisan dan/atau bukan lisan ditranskripsi berdasarkan gabungan penanda yang digunakan oleh Fredericks (1997) dalam tesis PhD yang bertajuk “Doktor-Patient Communication and Cognitif Outcome: An Empirical Study” dan disertasi Sarjana Pengajian Bahasa Moden oleh Mohamed (1997) yang bertajuk “Mekanisme Komunikasi Verbal dalam Mesyuarat”. Petunjuk transkripsi seperti dalam Jadual 2.

Penandaan transkripsi komunikasi perlu dilakukan supaya analisis data dapat dilakukan dan mudah diinterpretasi.

Analisis data

Analisis data dilakukan secara interpretif, dan unit yang dianalisis adalah berbentuk linguistik dan bukan linguistik. Unit linguistik terdiri daripada ujaran lisan, dan unit bukan linguistik ialah interaksi tanpa lisan. Analisis ini merupakan prosedur penganalisan dan penterjemahan data yang telah direkodkan berdasarkan interaksi yang dikaji. Data dikutip secara natural dan *elicited* berdasarkan interaksi yang berlaku. Data interaksi dianalisis secara deskriptif (interpretif) berdasarkan analisis interaksi oleh Nunan (1995). Model Komunikasi Lasswell dijadikan panduan asas dalam penelitian elemen komunikasi dalam kajian.

Masalah komunikasi lisan pesakit neuro dikenal pasti dan dianalisis berdasarkan pembunyian dan pertuturan yang digunakan pesakit semasa berinteraksi. Hal ini meliputi semua aspek masalah pertuturan yang dikategorikan dalam kecacatan komunikasi. Jika berlaku masalah semasa pertuturan dalam kalangan pesakit mengakibatkan bahasa yang dituturkan sukar difahami. Oleh itu, laporan ini mengemukakan jenis masalah komunikasi lisan yang dihadapi pesakit neuro. Pengukuran adalah dengan berdasarkan kebiasaan sebutan pertuturan bahasa yang digunakan oleh ahli masyarakat, iaitu pengguna bahasa Melayu dialek Kelantan.

DAPATAN KAJIAN DAN PERBINCANGAN

Data bahasa dan komunikasi yang diperoleh adalah dengan berdasarkan “interaksi” yang dilakukan oleh penyelidik dengan pesakit neuro. Dapatan kajian memaparkan data berkaitan dengan objektif kajian untuk mengenal pasti masalah komunikasi lisan pesakit neuro.

Seramai 12 orang orang pesakit neuro, 10 lelaki dan 2 perempuan yang memenuhi kriteria yang ditetapkan telah mengambil bahagian dan menjadi responden dalam kajian ini. Julat umur pesakit adalah antara 19 hingga 68 tahun.

Dapatan kajian mendapati masalah komunikasi lisan yang dihadapi oleh pesakit neuro dikategorikan kepada empat jenis, iaitu;

- (i) Ketidاكلancaran bertutur.
- (ii) Ketidاكلampuan bercerita menurut urutan peristiwa.
- (iii) Ketidاكلampuan memproduksi ujaran.
- (iv) Kesukaran menyebut dengan betul.

Jadual 3 Jenis masalah komunikasi yang dihadapi oleh setiap pesakit neuro dalam kajian (n=12).

Kod Pesakit	Jenis Masalah Komunikasi	Punca
P1	Tiada	Tiada
P2	Ketidاكلancaran	Afasia
P3	Tiada	Tiada
P4	Tidak dapat bercerita mengikut urutan dan lupa	Afasia, keliru dan daya ingatan berkurangan
P5	Kesukaran produksi ujaran	Sukar bernafas dan afasia
P6	Tiada	Tiada
P7	Tiada	Tiada
P8	Kesukaran produksi ujaran	Sukar bernafas dan afasia
P9	Tidak dapat bercerita mengikut urutan dan lupa	Afasia
P10	Kesukaran penyebutan	Tiada gigi dan daya ingatan berkurangan
P11	Tiada	Tiada
P12	Tiada	Tiada

Terdapat 50% (n=6) pesakit neuro yang mengalami masalah dari segi komunikasi lisan. Pesakit tersebut ialah P2, P4, P5, P8, P9 dan P10. Punca berlakunya keadaan ini adalah disebabkan subjek kajian menghadapi afasia, kesukaran bernafas, keliru, daya ingatan berkurangan dan ketiadaan gigi. Maklumat tersebut diperoleh sama ada daripada rekod perubatan, pemerhatian dan respons pesakit. Perincian dan perbincangan terhadap setiap jenis masalah adalah seperti yang berikut.

(1) Ketidاكلancaran bertutur

Masalah ketidاكلancaran bertutur dialami oleh pesakit P2 sahaja. Pesakit P2 menghadapi ketidاكلancaran dalam penyebutan sama ada pada tahap penyebutan kosa kata atau pada tahap sintaksis. Penyebutan yang dihasilkan membawa keabnormalan dalam komunikasi kerana ujarannya berlainan daripada ujaran mereka yang normal. Kelainan ini dibandingkan dengan pembunyian penutur jati yang menggunakan bahasa yang sama dengan pesakit tersebut, iaitu bahasa Melayu dialek Kelantan. Oleh hal yang demikian, hal ini menyukarkan penerima mesej memahami mesej yang disampaikan. Situasi ini sama seperti yang dilaporkan oleh Ondondo (2015) yang mengkaji pertuturan pesakit strok yang diklasifikasikan sebagai afasia mengalami pertuturan yang tidak sama dengan sebutan bahasa Inggeris penutur normal.

Sebagai contoh, pertuturan P2 adalah secara menyebut satu-satu suku kata dengan jeda berhenti yang lama berbanding dengan orang normal. Ketidاكلancaran pesakit P2 bertutur diperlihatkan dalam petikan. Keadaan ini juga diklasifikasikan sebagai ketidاكلancaran berkomunikasi (Owens, Metz, & Hass, 2007).

Petikan 1 P2 (jarak antara suku kata menandakan ketidاكلancaran)

Penyelidik : <Pak Cik, oo, Pak Cik, Pak Cik, Pak Cik nama ggapo?> PAK
CIK NAMA APA?

Pesakit : <Mo ha mad Nor Is ma il>

Penyelidik: <Oo, Mohamad Nor Ismail. Umur berapa Pak
Cik?>

Pesakit : <Li ma pu luh li ma>

Penyelidik : <lima puluh lima.>

Pesakit : <Emm>

Ketidaklancaran komunikasi boleh berpunca daripada kerosakan di bahagian tertentu otak. Bahagian tersebut ialah bahagian yang membabitkan kawasan “bahasa” sama ada dari segi produksi atau penerima. Walau bagaimanapun, disebabkan pesakit ini memahami apa-apa yang dituturkan, pesakit ini dapat diklasifikasikan sebagai penghidap afasia ekspresif (Black & Hawks, 2010), iaitu ketidakmampuan memproduksi bunyi pertuturan sebagai alat melahirkan idea. Oleh hal yang demikian ideanya kurang difahami pendengar.

Dapatan ini memperlihatkan persamaan dengan pendapat Anderson dan Shames (2013) yang menyatakan bahawa pesakit dengan kecederaan kepala yang melibatkan kerosakan pada mana-mana kawasan bahasa di otak, iaitu sama ada di kawasan medan Broca atau Wernickes dikategorikan menghidapi afasia, iaitu sejenis kecacatan bahasa perolehan. Kerosakan tersebut menyebabkan pesakit mengalami masalah sama ada dari segi memahami bahasa, menghasilkan bahasa dan menggunakannya untuk berkomunikasi sama ada sebahagian atau sepenuhnya. Umpamanya, Pesakit P2 mengalami masalah untuk menghasilkan bahasa seperti yang ditunjukkan dalam petikan di atas. Beliau dimasukkan ke wad kerana mengalami kecederaan kepala akibat kemalangan jalan raya yang dialaminya.

Dapatan ini juga seiring dengan yang diperkatakan oleh Toshniwal dan Joshi (2010) bahawa seseorang yang mengalami kecederaan kepala atau otak biasanya memperlihatkan kecacatan dalam komunikasi sama ada dalam bentuk kecacatan pertuturan (*dysarthria*) atau kecacatan bahasa. Walaupun mereka yang terlibat ini pulih dan mendapat semula kemahiran asas berbahasa dalam tempoh enam bulan, mereka masih memperlihatkan kekurangan kebolehan menganalisis dan sintesis bahasa. Toshniwal dan Joshi juga mendapati golongan pesakit ini juga menghadapi masalah dari segi kefahaman, pergerakan saraf dan otot yang melibatkan pertuturan.

(2) Ketidakmampuan bercerita menurut urutan peristiwa

Pesakit P4 dan P9 bermasalah untuk bercerita peristiwa yang dialami mengikut urutan. Bercerita mengikut urutan memerlukan seseorang mengingat kembali apa-apa yang dialami, dan hal ini merupakan proses yang melibatkan memori. Ketidakmampuan pesakit P4 dan P9 bercerita menurut urutan akibat daya ingatan yang berkurangan disebabkan penyakit ketumbuhan di otak yang dialaminya. Dapatan ini berdasarkan penilaian penyelidik sendiri dan juga daripada maklumat yang diperolehi daripada

rekod perubatan pesakit. Keadaan ini merupakan salah satu simptom yang biasa dialami oleh pesakit dengan ketumbuhan atau tumor otak (Hickey, 2014). Pesakit ini juga digolongkan sebagai penghidap afasia.

Petikan 2 P4

- Penyelidik: <Masuk wad ni, bak pa masuk wad ni. >
MASUK WAD NI, SEBAB APA MASUK WAD NI?
- Pesakit: <Sakit>
- Penyelidik: <Sakit, sakit mmana?>
SAKIT, SAKIT DI BAHAGIAN MANA?
- Pesakit: <Sakit tangan, pengsan.>
- Penyelidik: <Tak sedar diri? Sakit kat mana tu.>
- Pesakit: <Sakit di perut, pening kepala, mata.>
- Penyelidik: <Boleh royat, boleh cerita ke ghrana mula-mula sakit, mula-mula jjadi gitu>
BOLEH BERITAU, BOLEH CERITA BAGAIMANA MULA-MULA SAKIT, MULA-MULA TERJADI BEGITU?
- Pesakit: <Sakit, tau> TIDAK TAU
- Penyelidik: <Tak tahu>
- Pesakit: <Tak ingat dah>
- Penulis: <Tak ingat, pah tu, ada nak royat ggapo-ggapo lagi?>
TAK INGAT, LEPAS TU ADA NAK BERITAU APA-APA LAGI?
- Pesakit: ()
- Penyelidik: <Tak dak> TIDAK ADA?
- Pesakit: <Aa dak mm>
TIDAK ADA
- Penyelidik: <Tak apalah deh, terima kash deh>

Ketidakmampuan bercerita mengikut urutan juga ditunjukkan oleh pesakit P9 adalah seperti dalam petikan di bawah:

Petikan 2 P9

- Penyelidik: <Sebab apa masuk wad ni?>
- Pesakit: <Masuk, saya ni, ppala saya *memegang dengan kedua belah tangan pada kepala* ni la sakit, ssakit.>
MASUK SAYA NI, KEPALA SAYA SAKIT, SAKIT.

- Penyelidik: <Ppala ghrana tu>
KEPALA MACAM MANA TU
- Pesakit: <Jadi tu gak, sa sa sakit, tak leh nak itu la, em, sakit>
JADI TU GAK, SA, SAKIT. TAK BOLEH NAK ITU LA.
- Penyelidik: <Buleh ko dok cerita macam mana start sakit?, mula-mula>
BOLEH CERITA MACAM MANA MULA SAKIT? MULA-
MULA
- Pesakit: [] <Ooi ! ! ! ! tak cekak, lama>
TAK BERDAYA, LAMA
- Penyelidik: <Ooi ! ! ! ! letih, tak cekak macam mana tu>
LETIH MACAM MANA TU
- Pesakit: < Nak kecek la>
NAK BERCAKAP LA
- Penyelidik: <Hem, setakat hak ingat la>
HEM, SETAKAT YANG BOLEH DIINGAT LA
- Pesakit: [] <Lama dah, nak ingat dah>
SUDAH LAMA, TAK INGAT DAH
- Penyelidik: <Tak apa lah. Terima kasih deh>
- Pesakit: <Emm>

Berdasarkan kajian terhadap beberapa pesakit afasia yang dilakukan oleh Ahlsen (2006) didapati terdapat dalam kalangan pesakit afasia yang tidak mampu bercerita menurut urutan tentang sesuatu yang diketahui. Ciri pesakit yang dikaji Ahlsen ada persamaan dengan pesakit P4 dan P9. Umpamanya, dalam petikan interaksi di atas kedua-dua pesakit P4 dan P9 langsung tidak dapat menceritakan permulaan terjadinya sakit kepala kerana gangguan memori.

(3) Ketidakmampuan memproduksi ujaran

Proses memproduksi pertuturan membabitkan pelbagai sistem dan saraf yang ada dalam badan manusia. Anderson dan Shames (2013) merumuskan bahawa terdapat ratusan saraf yang terlibat semasa sesuatu ujaran diujarkan. Oleh itu, proses ini merupakan proses yang kompleks dan rencam yang pada tanggapan biasa merupakan satu tabiat pelaziman.

Kajian ini juga memperlihatkan bahawa terdapat dua pesakit neuro yang menghadapi masalah ketidakmampuan untuk memproduksi ujaran. Pesakit P5 dan P8 sukar memproduksi ujaran. Ujaran mereka tersekat-sekat, dan kosa kata yang disebut tidak dapat disebut sepenuhnya.

Akibatnya, ketidakfahaman timbul dan komunikasi boleh menimbulkan salah faham dan salah tafsir. Interaksi yang menggambarkan hal ini adalah seperti yang berikut:

Petikan 3 P5

Penyelidik : <Nama ggapa? Nama, nama ggapa?>
NAMA APA?
Pesakit : []
Penyelidik : <Umur, umur berapa?, umur, umur berapa?>
Pesakit : []
Penyelidik: <Berapa?>
Pesakit : [a p a n] []
Penyelidik : <Nnikah dah ka?>
DAH KAHWIN KE?
Pesakit : <Heh?> APA?
Penyelidik : <Dah kahwin ke ? dah kawin?>
Pesakit: [a w i n]
Penyelidik: <Pak cik dah kawin ke ?>
Pesakit : <Dah>
Penyelidik: <Duduk mmana? Duduk, tinggal kat mana?>
TINGGAL DI MANA
Pesakit : []
Penyelidik: <Adik-beradik ada berapa orang? Adik-beradik.>
Pesakit: <nam> ENAM
Penyelidik: <Berapa hari dah masuk wad?>
Pesakit: []
Penyelidik: <Eh?>
APA?
Pesakit : [a m a]

Petikan di atas memperlihatkan bahawa penyelidik sukar memahami apa-apa yang diujarkan. Dalam hal ini pesakit P5 bukan tidak mahu menjawab atau berinteraksi, pemerhatian penyelidik mendapati percubaan telah dilakukan oleh P5, tetapi ujaran yang dihasilkan tidak menepati sesuatu ujaran kosa kata dan hal ini membawa implikasi kepada kefahaman. Umpamanya jawapan “a p a n” bagi pertanyaan daripada penyelidik tentang umur pesakit menyukarkan penyelidik untuk memahami maksud sebenar. Di samping itu pesakit juga tidak dapat menjawab apabila

diajukan soalan tentang nama dan tempat tinggal. Petikan interaksi pesakit P5 juga menunjukkan pesakit hanya menjawab “a m a” apabila ditanya “Berapa hari dah masuk wad?” Masalah pertuturan P5 akibat kesukaran pernafasan dan afasia yang dialaminya. Akibat kesukaran pernafasan, udara yang keluar dari paru-paru tidak dapat dimanipulasi untuk menghasilkan pertuturan. Di samping itu, ada kemungkinan juga akibat keadaan ketumbuhan di otak yang menjejaskan daya ingatan pesakit tersebut (Smeltzer, 2010)

Seorang lagi pesakit yang mengalami keadaan yang sama dengan pesakit P5 ialah pesakit P8 yang menghadapi afasia. Ujarannya adalah seperti yang berikut:

Petikan 4 P8

- Penyelidik : <Emm, nama ggapa?>
ENCIK NAMA APA?
- Pesakit : <Eeh> []
APA?
- Penyelidik : <Kuat sikit>
KUATKAN SUARA SEDIKIT
- Pesakit: []
- Penyelidik : <Hem, aa, omor berapa, omor? omor berapa?>
UMUR BERAPA?
- Pesakit : ()
- Penyelidik: <Ingat ka dak?>
INGAT ATAU TIDAK?
- Pesakit : ()
- Penyelidik : <Ni, kahwin dah ka dak lagi? Kawin dah?>
SUDAH KAWIN ATAU BELUM LAGI?
- Pesakit : <Emm> []
- Penyelidik: <Duduk mana? Rumah mmana, rumah kkapung mana?>
TINGGAL DI MANA, RUMAH DI MANA, TINGGAL DI
KAMPUNG MANA?
- Pesakit : ()
- Penulis: <Heh, kapung mana, kkapung. Heh, kapung mana?>
TINGGAL DI MANA?
- Pesakit : <E l u t >
- Penulis: <Hem, Jjelut, eh. Berapa oghre adik-beradik?>

BERAPA ORANG ADIK-BERADIK?
Pesakit: ()
Penulis: <Ingat? Berapa oghre?>
INGAT? BERAPA ORANG?
Pesakit: <A p e>
Penulis: <Em, lape. Berapa hari dah masuk wad?>
Pesakit: ()

Mereka yang menghidap afasia seperti pesakit di atas memerlukan terapi pertuturan. Kajian terdahulu mendapati mereka yang menghidap afasia perlu diberikan latihan pertuturan kerana latihan ini terbukti dapat meningkatkan kualiti komunikasi dan kualiti hidup mereka yang terlibat (Hilari & Byng, 2009). Namun begitu, latihan pertuturan bagi memulihkan pesakit afasia memerlukan masa yang lama (Ahlsen, 2006). Keadaan ini juga dialami oleh orang pekak yang menerima latihan pertuturan di sekolah yang didapati kurang berjaya dalam usaha memulihkan pertuturan mereka. Abdullah (2006) yang meneliti jenis komunikasi dalam kalangan pelajar sekolah menengah mendapati majoriti daripada mereka berkomunikasi secara isyarat walaupun mendapat latihan pertuturan. Pertuturan pelajar tersebut juga tidak sama dengan penutur jati walaupun mendapat latihan terapi pertuturan.

(4) Kesukaran menyebut dengan betul

Alat artikulasi memainkan peranan utama untuk membunyikan sesuatu penyebutan. Setiap satu alat tersebut menentukan ketepatan pembunyian sesuatu kosa kata dan ayat yang disebut. Ketidakfungsian dan penyelewengan pergerakan alat tersebut menyebabkan berlaku kekeliruan dalam penyebutan (Shame & Wiig, 2003). Dalam kajian ini, terdapat seorang pesakit, iaitu P10 yang giginya rongak (tiada gigi) akibat kecederaan semasa kemalangan dan juga kerana proses penuaan. Oleh itu, penyebutannya tidak menghasilkan sebutan yang betul, yang membolehkan orang memahami mesej yang ingin disampaikan. Rongak gigi menyebabkan pesakit P10 tidak dapat menyebut letusan gigi. Oleh itu, dalam perkataan yang memerlukan kehadiran letusan gigi menyebabkan letusan tersebut digugurkan. Umpamanya sebutan untuk fonem [t] dalam perkataan “tukul” telah bertukar kepada “sukul”. Ujaran pesakit P10 seperti yang ditunjukkan dalam Petikan 5.

Petikan 5 P10

- Penyelidik : <Masuk wad ni bakpo?>
 MASUK WAD NI SEBAB APA?
- Pesakit : <uu, kaki paah tu> *menunjukkan dengan tangan
 ke arah kaki*
- Penyelidik: <Tuh><Buleh Pak Mat royat>>
 BOLEH PAK MAT BERITAU.
- Pesakit : <<Kaki paah>>
 KAKI PATAH
- Penyelidik : <Buleh cerita, mula-mula jadi ghrana>
 BOLEH CERITA MULA-MULA BAGAIMANA TERJADI?
- Pesakit : <Buleh eh, inga, buke ak inga>
 BOLEH, INGAT, BUKAN TIDAK INGAT
- Penyelidik : <Ghrana ye jjadi ggitu tu, ?>
 BAGAIMANA JADI MACAM TU
- Pesakit : <Hem!!!!, saa udo, gak [] ha uu
 jah>
 HEM, "START" MOTOR. [] ITU
 SAJA
- Penyelidik : <Terima kasih deh>
- Pesakit : <Jjadi hak aksiden uu, em, puak kиаa la jugak. Dia muda pada
 kиаa. Ha uu, lah, em>
 JADI YANG KEMALANGAN TU, PUAК KITA JUGA. DIA
 MUDA DARIPADA KITA. HA, ITU LAH.

Antara contoh sebutan P10 yang melibatkan pengguguran adalah seperti Jadual 4.

Kecacatan artikulasi dalam kategori pengguguran oleh pesakit P10 juga memperlihatkan situasi yang sama dengan dapatan kajian dalam kalangan penutur bahasa Inggeris (Simms, 2007). Hal ini berlaku apabila bunyi tertentu dalam satu-satu perkataan telah digugurkan. Contohnya, "book" menjadi "ook", di sini bunyi [b] telah digugurkan pada kedudukan awalnya. Malah, kajian terhadap jenis kecacatan artikulasi dalam kalangan kanak-kanak sekolah 8-12 tahun di Lahore menunjukkan prevalen "pengguguran" adalah paling tinggi berbanding dengan jenis kecacatan artikulasi lain (Rabia *et al.*, 2014).

Masalah komunikasi yang dihadapi oleh pesakit dalam kajian ini dikategorikan sebagai kecacatan bahasa dan komunikasi daripada

Jadual 4 Contoh suku kata yang terlibat dalam “pengguguran”.

Sebutan P10	Sebutan Sasaran
paah [pa:h]	patah
inga [iŋa]	ingat
aak [a:k]	tak
saa [sa:]	start
kiaa [kiʷa:]	kita
uu [u:]	tu

aspek pertuturan yang boleh menjejaskan komunikasi berkesan. Kajian mendapati kelemahan komunikasi berkesan boleh membawa masalah lain seperti terasing daripada aktiviti sosial, kehilangan peranan sosial dalam keluarga dan komuniti, hilang keupayaan bekerja, hilang sumber pencarian dan peningkatan kebergantungan kepada orang lain (Ondondo, 2015).

KESIMPULAN

Seramai 12 orang pesakit neuro telah mengambil bahagian dalam kajian ini. Pesakit tersebut telah dimasukkan ke wad neuro berdasarkan diagnosis yang dilakukan doktor. Dapatan kajian menunjukkan bahawa daripada 12 orang pesakit yang terlibat dalam kajian, 50% (n=6) daripadanya mengalami masalah komunikasi lisan. Masalah komunikasi lisan yang dihadapi oleh mereka ialah ketidaklancaran bertutur, ketidakmampuan bercerita menurut urutan peristiwa, ketidakmampuan memproduksi ujaran dan kesukaran menyebut dengan betul.

Antara penyakit atau masalah yang dialami oleh mereka yang bermasalah dengan komunikasi lisan termasuklah kecederaan kepala dan tumor otak. Tiga orang pesakit yang bermasalah dalam komunikasi lisan ialah penghidap tumor otak, manakala tiga orang lagi mengalami kecederaan kepala.

Lima puluh peratus (6) pesakit neuro lagi tidak mengalami masalah berkomunikasi lisan. Mereka dapat bertutur dan berinteraksi seperti

orang normal. Bahasa yang mereka guna sama ada dari segi fonologi, morfologi, sintaksis, semantik dan pragmatik adalah normal. Oleh itu pesakit golongan ini diklasifikasikan sebagai tidak memiliki masalah dari segi komunikasi lisan.

Pesakit yang tidak mengalami masalah berkomunikasi juga terdiri daripada mereka yang mengalami kecederaan kepala yang ringan akibat kemalangan jalan raya atau terjatuh dan tumor otak yang tidak teruk. Mereka yang mendapat kecederaan kepala dimasukkan ke wad neuro kerana mengalami konkusi serebral (*cerebral concussion*), pendarahan atau kecederaan di otak.

Dapatan ini penting dalam usaha memberikan kesedaran kepada mereka yang terlibat dalam penjagaan dan perawatan pesakit dengan masalah komunikasi. Di samping itu pengetahuan kakitangan kesihatan tentang asas komunikasi, kecacatan komunikasi dan strategi menggalakkan komunikasi yang efektif perlu ditingkatkan.

Oleh itu, kajian seterusnya perlu dijalankan dengan sampel yang lebih besar supaya dapat digeneralisasikan kepada populasi yang lain. Di samping itu, kajian penerokaan secara kualitatif juga perlu untuk melihat kesan kecacatan komunikasi terhadap pesakit dan keluarga mereka, masalah yang dihadapi akibat kecacatan komunikasi dan kesan terhadap kualiti hidup pesakit.

RUJUKAN

- Abdullah Yusoff. (2006). *Deaf children and writing: A survey of Malaysian deaf children's essay writing with specific reference to Kelantan*. Tesis Doktor Falsafah. University of Birmingham.
- Abd. Rahim Mat Yassin. (1995). *Analisis sebutan orang gagap* (Tesis Sarjana tidak diterbitkan). Universiti Malaya.
- Ahlsen, E. (2006). *Introduction to Neurolinguistic*. Amsterdam: John Benjamins Publishing.
- Anderson, N. & Shames, G. (2013). *Human communication disorders: An introduction*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Black, J. dan Hawks, J. H. (2010). *Medical-surgical nursing* (8th edition). Singapore: Saunders Elsevier Pte, Ltd.
- Che Rabiaah Mohamed. (Julai 2007). Bahasa pesakit strok. *Dewan Bahasa*, 7(7), 24-26.
- Che Rabiaah Mohamed., Chua Bee Eng., & Abdullah Yusoff. (Jun 2011). Komunikasi verbal antara jururawat dengan pesakit di Unit Rawatan

- Intensif. *Jurnal Bahasa*, 2(1), 196-217.
- Che Rabiaah Mohamed. (2007). Kecacatan pertuturan. *Dewan Bahasa*, 7(9), 53-55.
- Dalesman, R. J. P. Witte, L. Wades, D. & Heuvel, W.. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(5), 537-550,
- Fredericks, C. (1997). *Doctor-patient communication and cognitive outcome: An empirical study*. Tesis Sarjana Falsafah. Universiti Malaya.
- Goh & Teh. (1994). *Bahasa tulisan: Analisis struktur sintaksis ayat berdasarkan teori tatabahasa transformasi generatif*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Haynes, W. & Pindzola, R. (2008). *Diagnosis and evaluation in speech pathology*. New York: Pearson
- Hickey, J.V. (2014). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (7th edition). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Hilari, K & Byng, S.. (2009). Health-related quality of life in people with severe aphasia dlm. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(2), 193-205.
- Jesus, L. M. Simoes. J. F.F. L. & Voegeli, D. (2013). Verbal communication with unconscious patients. *Acta Paul Enferm*, 26(5), 506-513.
- Mohamed Haron. (1997). *Mekanisme komunikasi verbal dalam mesyuarat*. Tesis Sarjana. Universiti Malaya.
- Northcott, S.& Hilari, K.(2011). Why do people lose their friends after a stroke. *Int J Lang Commun Disord*, 46(5), 524-534.
- Nunan, D. (1995). *Research methods in language learning*. New York: Cambridge University Press.
- O'Halloran, R., Worrall, L., & Hickson, L. (2011). Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: An observational study. *Int J Lang Commun Disorders*, 46(1), 30-47.
- Ondondo, E. A., Acquired language disorders as barriers to effective communication. *Theory and Practice in Language Studies*, 5(7), 1324-1329, 2015.
- Owens, R. E., Metz, D. E., & Haas, A. (2007). *Introduction to communication disorders: A lifespan perspectives* (3rd edition). New York: Pearson.
- Rabia, A., Sikander, G. K., Manzoor, M. T., Ibrahim, M., Sadia, T & Safa, P. (2014). Prevalence of articulation disorder in school going children between ages of 8 to 12 years. *International Journal of Rehabilitation Science*, 3(1), 32-36.
- Sataloff, R. T. (2011). Speech, language, and voice disorders. *Ear, Nose and Throat Journal*, 90(11): 506-508.

- Shames, G. & Wiig, E. (2003). *Human communication disorders: An introduction*. London: Chales E. Merrill Publishing Company.
- Simms, M. D. (2007). Language disorders in children: Classification and clinical syndrome. *Pediatr Clin North Am*, 54, 437-467.
- Smeltzer, S. C. (2010). *Medical-surgical nursing* (12th edition). California: Lippincott –Raven Publishers.
- Toshniwal, S. S., & Joshi, N. A. (2010). Residual speech impairment in patients with traumatic brain injury. *Indian Journal of Neurotrauma (IJNT)*, 7(1), 61-66.
- Wenxiu, P. (2015). Analysis of new media communication based on Lasswell's "5W" model. *Journal of Educational and Social Research*, 5(3), 243-249.
- Worral, L. *et al.* (2011). What people with aphasia want: Their goals according to international classification of functioning. *Aphasiology*, 25(3), 309-22.

Diperoleh (*received*): 28 Jun 2016

Diterima (*accepted*): 23 Ogos 2017