

BAB 2

STUDI LITERATUR

Pada tinjauan pustaka ini akan diuraikan beberapa konsep yang akan mendasari penelitian ini, yaitu: 1. Konsep Skizofrenia, 2. Konsep Halusinasi 3. Konsep Pendidikan kesehatan, 4. Konsep Poster.5.Kerangka Berfikir.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang bersifat kronis atau kambuh ditandai dengan terdapatnya perpecahan (*Schism*) antara pikiran, emosi dan perilaku klien yang terkena. Perpecahan pada klien digambarkan dengan adanya fundamental (atau primer) spesifik, yaitu gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan asosiasi. Gejala fundamental lainnya adalah gangguan afektif, autism, dan ambivalensi. Sedangkan gejala sekundernya adalah waham dan halusinasi (Kaplan dan sadock, 2004).

Berdasarkan DSM-IV, Skizofrenia merupakan gangguan yang terjadi dalam durasi paling sedikit selama 6 bulan, dengan 1 bulan fase aktif gejala (atau lebih) yang diikuti munculnya delusi, halusinasi, pembicaraan yang tidak terorganisir, dan adanya perilaku yang katatonik serta adanya gejala negative (APA, 2000)

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Teori tentang penyebab skizofrenia, yaitu :

a. Diatesis-stres Model

Teori ini menggabungkan antara factor biologis, psikososial, dan lingkungan yang secara khusus mempengaruhi diri seseorang sehingga dapat menyebabkan berkembangnya gejala skizofrenia. Dimana ketiga

factor tersebut saling berpengaruh secara dinamis (Kaplan dan Sadock, 2004).

b. Faktor Biologis

Dari factor biologis dikenal suatu hipotesis dopamine yang menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh aktivitas dopaminergik yang berlebihan di bagian kortikal otak, dan berkaitan dengan gejala positif dari skozofrenia. Penelitian terbaru juga menunjukkan pentingnya neurotransmitter lain termasuk serotonin, norepinefrin, glutamat dan GABA. Selain perubahan yang sifatnya neurokimiawi, penelitian menggunakan *CT Scan* ternyata ditemukan perubahan anatomi otak seperti pelebaran lateral ventrikel, atropi korteks atau atropi otak kecil (*cerebellum*), terutama pada penderita kronis skizofrenia (Kaplan dan Sadock, 2004).

c. Genetika

Faktor genetika telah dibuktikan secara meyakinkan. Resiko masyarakat umum 1%, pada orang tua resiko 5%, pada saudara kandung 8% dan pada anak 12% apabila salah satu orang tua menderita skizofrenia, walaupun anak telah dipisahhkan dari orang tua sejak lahir, anak dari kedua orang tua skizofrenia 40%. Pada kembar monozigot 47%, sedangkan untuk kembar dizigot sebesar 12% (Kaplan dan Sadock, 2004)

d. Faktor Psikososial

a. Teori perkembangan

Ahi teori Sullivan dan Erikson mengemukakan bahwa kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang di tahun-tahun awal

kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas, dan menarik diri dari hubungan social pada penderita skizofrenia (Sirait, 2008).

b. Teori belajar

Menurut ahli teori belajara (*Learning Theory*), anak-anak yang menderita skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir irasional orang tua yang mungkin memiliki masalah emosional yang bermakna. Hubungan interpersonal yang buruk dari penderita skizofrenia akan berkembang karena mempelajari model yang buruk selama anak-anak (Maramis, 2005).

2.1.3 Tipe-tipe Skizofrenia

Diagnosa Skizofrenia berawal dari *Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* yaitu: DSM-III (*American Psychiatric Assosiation, 2000*) dan berlanjut dalam DSM-IV (*American Psychiatric Assosiation, 2000*) dan DSM-IV-TR (*American Psychiatric Assosiation,2000*). Berikut ini adalah tipe skizofrenia dari DSM-IV-TR 2000. Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala yang dominan yaitu :

a. Tipe Paranoid

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afektif yang relatif masih terjaga. Waham biasanya adalah waham kejar atau waham kebesaran, atau keduanya, tetapi waham dengan tema lain (misalnya waham kecemburuan, keagamaan, atau somalisas) mungkin juga muncul. Ciri-ciri lainnya meliputi ansietas, kemarahan, menjaga jarak dan suka berargumentasi, dan agresif.

b. Skizofrenia Hebefrenia

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality. Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat, waham dan halusinasi banyak sekali.

c. Tipe Disorganized (tidak terorganisasi)

Ciri utama skizofrenia tipe disorganized adalah pembicaraan kacau, tingkah laku kacau dan afek yang datar atau *inappropriate*. Pembicaraan yang kacau dapat disertai kekonyolan dan tertawa yang tidak erat kaitannya dengan isi pembicaraan. Disorganisasi tingkah laku dapat membawa pada gangguan yang serius pada berbagai aktivitas hidup sehari-hari.

d. Tipe Katatonik

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motorik (*waxy flexibility*). Aktivitas motor yang berlebihan, negativism yang ekstrim, sama sekali tidak mau bicara dan berkomunikasi (*mutism*), gerakan-gerakan yang tidak terkendali, mengulang ucapan orang lain (*echolalia*) atau mengikuti tingkah laku orang lain (*echopraxia*).

e. Tipe Undifferentiated

Tipe Undifferentiated merupakan tipe skizofrenia yang menampilkan perubahan pola simptom-simptom yang cepat menyangkut semua indikator skizofrenia. Misalnya, indikasi yang sangat ruwet, kebingungan (*confusion*),

emosi yang tidak dapat dipegang karena berubah-ubah, adanya delusi, referensi yang berubah-ubah atau salah, adanya ketergugahan yang sangat besar, autisme seperti mimpi, depresi, dan sewaktu-waktu juga ada fase yang menunjukkan ketakutan.

f. Tipe Residual

Tipe ini merupakan kategori yang dianggap telah terlepas dari skizofrenia tetapi masih memperlihatkan gejala-gejala residual atau sisa, seperti keyakinan-keyakinan negatif, atau mungkin masih memiliki ide-ide tidak wajar yang tidak sepenuhnya delusional. Gejala-gejala residual itu dapat meliputi menarik diri secara sosial, pikiran-pikiran ganjil, inaktivitas, dan afek datar.

2.1.4 Penatalaksanaan Skizofrenia

Penatalaksanaan pada klien skizofrenia dapat berupa terapi biologis, dan terapi psikososial.

a. Terapi Biologis

Pada penatalaksanaan terapi biologis terdapat tiga bagian yaitu terapi dengan menggunakan obat antipsikosis, terapi elektrokonvulsif, dan pembedahan bagian otak. Terapi dengan penggunaan obat antipsikosis dapat meredakan gejala-gejala skizofrenia. Obat yang digunakan adalah chlorpromazine (thorazine) dan fluphenazine decanoate (prolixin). Kedua obat tersebut termasuk kelompok obat phenothiazines, reserpine (serpasil), dan haloperidol (haldol). Obat ini disebut obat penenang utama. Obat tersebut dapat menimbulkan rasa kantuk dan kelesuan, tetapi tidak mengakibatkan tidur yang lelap, sekalipun dalam dosis yang sangat tinggi (orang tersebut dapat dengan mudah terbangun). Obat ini cukup tepat bagi

penderita skizofrenia yang tampaknya tidak dapat menyaring stimulus yang tidak relevan (Durand, 2007).

Terapi Elektrokonvulsif juga dikenal sebagai terapi electroshock pada penatalaksanaan terapi biologis. Pada akhir 1930-an, *electroconvulsive therapy* (ECT) diperkenalkan sebagai penanganan untuk skizofrenia. Tetapi terapi ini telah menjadi pokok perdebatan dan keprihatinan masyarakat karena beberapa alasan. ECT ini digunakan di berbagai rumah sakit jiwa pada berbagai gangguan jiwa, termasuk skizofrenia.

Menurut Fink dan Sackeim (1996) antusiasme awal terhadap ECT semakin memudar karena metode ini kemudian diketahui tidak menguntungkan bagi sebagian besar penderita skizofrenia meskipun penggunaan terapi ini masih dilakukan hingga saat ini. Sebelum prosedur ECT yang lebih manusiawi dikembangkan, ECT merupakan pengalaman yang sangat menakutkan klien. Klien seringkali tidak bangun lagi setelah aliran listrik dialirkan ke tubuhnya dan mengakibatkan ketidaksadaran sementara, serta seringkali menderita kerancuan pikiran dan hilangnya ingatan setelah itu. Adakalanya, intensitas kekejangan otot yang menyertai serangan otak mengakibatkan berbagai cacat fisik (Durand, 2007).

Pada terapi biologis lainnya seperti pembedahan bagian otak Moniz (1935, dalam Davison, et al., 1994) memperkenalkan prefrontal lobotomy, yaitu proses operasi primitif dengan cara membuang "*stone of madness*" atau disebut dengan batu gila yang dianggap menjadi penyebab perilaku yang terganggu. Menurut Moniz, cara ini cukup berhasil dalam proses penyembuhan yang dilakukannya, khususnya pada penderita yang berperilaku kasar. Akan tetapi, pada tahun 1950

cara ini ditinggalkan karena menyebabkan penderita kehilangan kemampuan kognitifnya, otak tumpul, tidak bergairah, bahkan meninggal.

b. Terapi Psikososial

Gejala-gejala gangguan skizofrenia yang kronik mengakibatkan situasi pengobatan di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menjadi monoton dan menjemukan. Secara historis, sejumlah penanganan psikososial telah diberikan pada klien skizofrenia, yang mencerminkan adanya keyakinan bahwa gangguan ini merupakan akibat masalah adaptasi terhadap dunia karena berbagai pengalaman yang dialami di usia dini. Pada terapi psikososial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Durand, 2007).

Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi humanistik. Pada terapi ini, beberapa klien berkumpul dan saling berkomunikasi dan terapist berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah di dalamnya. Para peserta terapi saling memberikan *feedback* tentang pikiran dan perasaan yang dialami. Peserta diposisikan pada situasi sosial yang mendorong peserta untuk berkomunikasi, sehingga dapat memperkaya pengalaman peserta dalam kemampuan berkomunikasi.

Pada terapi keluarga merupakan suatu bentuk khusus dari terapi kelompok. Terapi ini digunakan untuk penderita yang telah keluar dari rumah sakit jiwa dan tinggal bersama keluarganya. Keluarga berusaha untuk menghindari ungkapan-ungkapan emosi yang bisa mengakibatkan penyakit penderita kambuh kembali.

Dalam hal ini, keluarga diberi informasi tentang cara-cara untuk mengekspresikan perasaan-perasaan, baik yang positif maupun yang negatif secara konstruktif dan jelas, dan untuk memecahkan setiap persoalan secara

bersama-sama. Keluarga diberi pengetahuan tentang keadaan penderita dan cara-cara untuk menghadapinya. Dari beberapa penelitian, seperti yang dilakukan oleh Fallon (Davison, et al., 1994; Rathus, et al., 1991) ternyata campur tangan keluarga sangat membantu dalam proses penyembuhan, atau sekurang-kurangnya mencegah kambuhnya penyakit penderita, dibandingkan dengan terapi-terapi secara individual.

2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah sensasi panca indra tanpa adanya rangsangan. Klien merasa melihat, mendengar, membau dan ada rasa kecap meskipun tidak ada suatu rangsang yang tertuju pada kelima indra tersebut. Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberikan persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara. (Hartono, 2010).

2.2.2 Etiologi Halusinasi

Menurut Stuart (2007), ada beberapa faktor penyebab terjadinya halusinasi, diantaranya adalah:

1. Faktor Predisposisi

a. Biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian yang berikut

- 1) Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
- 2) Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
- 3) Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atrofi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atrofi korteks bagian depan dan atrofi otak kecil (cerebellum). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (post-mortem).

b. Psikologis

Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

c. Sosial Budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stres.

2. Faktor Predisposisi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan

tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stresor dan masalah koping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan (Keliat, 2006). Menurut Stuart (2007), faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

1) Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

2) Stres Lingkungan

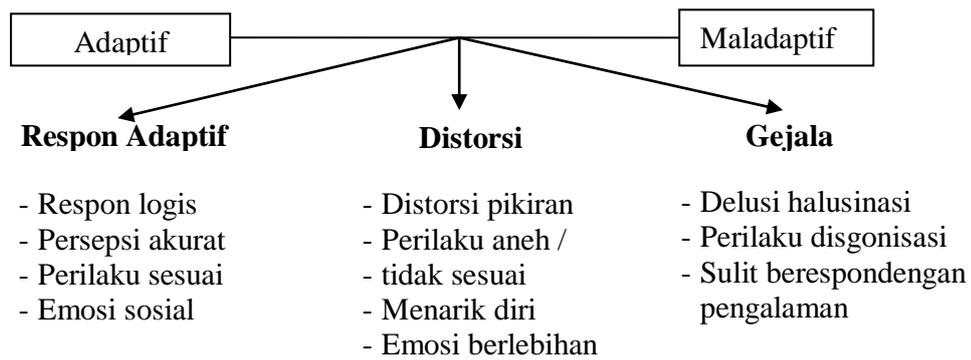
Ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3) Sumber Koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stresor.

2.2.3 Rentang Respon Halusinasi

Respon perilaku klien dapat diidentifikasi sepanjang rentang respon yang berhubungan dengan fungsi neurobiologik. Perilaku yang dapat diamati dan mungkin menunjukkan adanya halusinasi, respon yang terjadi dapat berada dalam rentang adaptif sampai maladaptif yang dapat digambarkan sebagai berikut disajikan dalam tabel berikut:



Gambar 2.1. Rentang Respon Halusinasi (Stuart, 2007).

1. Respon Adaptif

- a. Pikiran logis berupa pendapat atau pertimbangan yang dapat diterima akal.
- b. Persepsi akurat berupa pandangan dari seseorang tentang suatu peristiwa secara cermat dan tepat sesuai perhitungan.
- c. Emosi konsisten berupa kemantapan perasaan jiwa sesuai dengan peristiwa yang pernah dialami.
- d. Perilaku sesuai dengan kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang tidak bertentangan dengan moral.
- e. Hubungan sosial dapat diketahui melalui hubungan seseorang dengan orang lain dalam pergaulan ditengah-tengah masyarakat (Stuart, 2007).

2. Respon Transisi

- a. Distorsi pikiran berupa kegagalan dalam mengabstrakan dan mengambil kesimpulan.
- b. Ilusi merupakan persepsi atau respon yang salah terhadap stimulus sensori.

- c. Menarik diri yaitu perilaku menghindar dari orang lain baik dalam berkomunikasi ataupun berhubungan sosial dengan orang-orang disekitarnya.
- d. Reaksi Emosi berupa emosi yang diekspresikan dengan sikap yang tidak sesuai.
- e. Perilaku tidak biasa berupa perilaku aneh yang tidak enak dipandang, membingungkan, kesukaran mengolah dan tidak kenal orang lain (Stuart, 2007).

3. Respon Maladaptif

- a. Gangguan pikiran atau waham berupa keyakinan yang salah yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan realita sosial.
- b. Halusinasi merupakan gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan.
- c. Sulit berespon berupa ketidakmampuan atau menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, keakraban dan kedekatan.
- d. Perilaku disorganisasi berupa ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang ditimbulkan.
- e. Isolasi sosial merupakan suatu keadaan kesepian yang dialami seseorang karena orang lain menyatakan sikap yang negatif dan mengancam (Stuart, 2007).

2.2.4 Tahapan Halusinasi

Terjadinya halusinasi dimulai dari beberapa fase. Hal ini dipengaruhi oleh intensitas keparahan dan respon individu dalam menanggapi adanya rangsangan

dari luar. Menurut (Stuart, 2007). Tahapan halusinasi ada empat tahap. Semakin berat tahap yang diderita klien, maka akan semakin berat klien mengalami ansietas. Berikut ini merupakan tingkat intensitas halusinasi yang dibagi dalam empat fase :

1. Fase I : *Comforting*

Ansietas tingkat sedang, secara umum halusinasi bersifat menyenangkan. Karakteristik : Orang yang berhalusinasi mengalami keadaan emosi seperti ansietas, kesepian, merasa bersalah, dan takut serta mencoba untuk memusatkan pada penenangan pikiran untuk mengurani ansietas, individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang dialaminya tersebut dapat dikendalikan jika ansietasnya bisa diatasi (Nonpsikotik). Perilaku klien : menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara, gerakan mata yang cepat, respons verbal yang lamban, diam dan dipenuhi sesuatu yang mengasyikkan.

2. Fase II : *Complementing*

Ansietas tingkat berat, Secara umum halusinasi bersifat menjijikan. Karakteristik : Pengalaman sensori yang bersifat menjijikan dan menakutkan. Orang yang berhalusinasi mulai merasa kehilangan kendali dan mungkin berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersepsikan, individu mungkin merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain (Nonpsikotik). Perilaku klien : peningkatan syaraf otonom yang menunjukkan ansietas misalnya, peningkatan nadi, pernafasan dan tekanan darah, penyempitan kemampuan konsentrasi, dipenuhi dengan pengalaman sensori dan mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dengan realitas.

3. Fase III : *Controlling*

Ansietas tingkat berat, pengalaman sensori menjadi penguasa. Karakteristik : orang yang berhalusinasi menyerah untuk melawan pengalaman halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi halusinasi dapat berupa permohonan, individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensori tersebut berakhir (Psikotik). Perilaku klien : lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya daripada menolaknya, kesulitan berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik, gejala fisik dari ansietas berat, seperti berkeringat, tremor, ketidakmampuan untuk mengikuti petunjuk.

4. Fase IV : *Conquering Panic*

Ansietas tingkat panic, Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi. Karakteristik : pengalaman sensori mungkin menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah. Halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak ada intervensi terapeutik (Psikotik). Perilaku klien : perilaku menyerang seperti panic, sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain, kegiatan fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk, agitasi, menarik diri, atau katatonik, tidak mampu berespons terhadap petunjuk yang kompleks, tidak mampu berespons terhadap lebih dari satu orang.

2.2.5 Tanda Gejala Halusinasi

Manifestasi klinik dari halusinasi meliputi beberapa fase, yaitu :

1. Fase I: *Sleep Disorder*

Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi. Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dihiananti kekasih, masalah dikampus, *drop out* dsb. Masalah terasa menekan karena terakumulasi, sedangkan *support system* kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus menerus, sehingga biasa menghayal. Klien menanggapi lamunan-lamunan awal tersebut terhadap pemecahan masalah (Keliat, 2009).

2. Fase II: *Comforting Moderate level of anxiety*

Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami. Klien yang emosi secara berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat ia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya (Keliat, 2009).

3. Fase III: *Condemning Severe level of anxiety*

Secara umum halusinasi sering mendatangi klien. Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama (Keliat, 2009).

4. Fase IV: *Controlling Severe level of anxiety*

Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan. Klien mencoba melawan suara-suara atau *sensory abnormal* yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan *Psychotic* (Keliat, 2009).

5. Fase V: *Conquering Panic level of anxiety*

Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya. Pengalaman sensorinya terganggu, klien mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal 4 jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat (Keliat, 2009).

Adapun tanda gejala lain dari halusinasi yaitu :

1. Bicara senyum dan tertawa sendiri.
2. Mengatakan mendengar sesuatu, melihat, menghidu, mengecap, dan merasa sesuatu yang tidak nyata.
3. Merusak diri sendiri/ orang lain / lingkungan.
4. Tidak dapat membedakan hal yang nyata dan hal yang tidak nyata.
5. Pembicaraan kacau, kadang tidak masuk akal, sikap curiga dan bermusuhan.
6. Tidak dapat memusatkan perhatian
7. Menarik diri, menghindari orang lain
8. Sulit membuat keputusan, ketakutan
9. Menyalahkan diri dan orang lain

10. Mudah tersinggung, jengkel, marah
11. Muka merah kadang pucat
12. Ekspresi wajah tegang

2.2.6 Jenis Halusinasi

Berikut ini merupakan beberapa jenis halusinasi dan karakteristiknya menurut (Stuart, 2007) meliputi:

1. Halusinasi pendengaran

Karakteristik : Mendengar suara atau bunyi, biasanya suara orang. Suara dapat berkisar dari suara yang sederhana sampai suara orang bicara mengenai klien. Jenis lain termasuk pikiran yang dapat didegar yaitu pasien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkan oleh klien dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu yang kadang-kadang berbahaya.

2. Halusinasi penglihatan

Karakteristik : Stimulus penglihatan dalam kilatan cahaya, gambar geometris, gambar karton atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan dapat berupa sesuatu yang menyenangkan atau sesuatu yang menakutkan seperti monster.

3. Halusinasi penciuman

Karakteristik : Membau bau-bau seperti darah, urine, feses umumnya bau-bau yang tidak menyenangkan. Halusinasi penciuman biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan demensia.

4. Halusinasi pengecapan

Karakteristik : Merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan seperti darah, urine, atau feses.

5. Halusinasi perabaan

Karakteristik : Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas, rasa tertetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

6. Halusinasi senestetik

Karakteristik : Merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena dan arteri, makanan dicerna, atau pembentukan urine.

7. Halusinasi kinestetik

Karakteristik : Merasa pergerakan sementara bergerak tanpa berdiri.

2.2.7 Proses Terjadinya Halusinasi Akibat Dari Skizofrenia

Teori Freud dalam Hawari (2009) menyatakan bahwa gangguan jiwa muncul akibat konflik internal (dunia dalam) pada diri seseorang yang tidak dapat beradaptasi dengan dunia luar, selain itu hubungan dalam keluarga yang buruk merupakan salah satu penyebab dari skizofrenia. Skizofrenia bisa disebabkan oleh genetik, virus maupun malnutrisi. Hal ini menyebabkan kekacauan pada system limbik serta merangsang pengeluaran zat halusinogenik yang akhirnya seseorang tidak dapat membedakan hal nyata dengan maya. Selain itu, gangguan persepsi juga dapat disebabkan oleh faktor psikologis yang dapat mempengaruhi perkembangan kepribadian manusia. Terlalu dilindungi atau merasakan kekerasan pada saat tumbuh kembang dapat menjadi stressor berat bagi individu yang akhirnya dapat menimbulkan kecemasan. Apabila stressor yang menyerang

individu melampaui ambang batas kemampuan seseorang dalam menghadapinya, ditambah dengan tidak adanya support sistem yang baik, maka dalam jangka waktu tertentu individu akan menggunakan pola koping yang destruktif, diantaranya supresi, proyeksi ataupun regresi (Hawari, 2009). Kecemasan dan ketegangan yang terus-menerus dapat mengganggu metabolisme tubuh, sehingga merangsang sistem limbik mengeluarkan zat – zat halusinogenik. Bersamaan dengan hal ini, terjadi juga ketidakseimbangan dopamine dan neurotransmitter lainnya, sehingga mengakibatkan ketidakmampuan otak menyeleksi stimulus yang ada, maka terjadilah kesalahan persepsi diantaranya halusinasi lihat dan dengar. Gangguan persepsi juga dapat disebabkan oleh lesi pada area frontal, temporal dan sistem limbik pada otak.

2.2.8 Penatalaksanaan Halusinasi

Menurut Townsend, (2003) ada dua jenis penatalaksanaan yaitu sebagai berikut :

1. Terapi Farmakologi

a. *Haloperidol (HLP)* : Klasifikasi antipsikotik, neuroleptik, butirofenon.

Indikasi : penatalaksanaan psikosis kronik dan akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat pada anak-anak. Mekanisme kerja : mekanisme kerja anti psikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, tampak menekan SSP pada tingkat subkortikal formasi reticular otak, mesencefalon dan batang otak. Kontra indikasi : Hipersensitifitas terhadap obat ini pasien depresi SSP dan sumsum tulang, kerusakan otak subkortikal, penyakit Parkinson dan anak dibawah usia 3 tahun. Efek samping : Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering dan anoreksia.

- b. *Chlorpromazin*. Klasifikasi sebagai antipsikotik, antiemetik. Indikasi : Penanganan gangguan psikotik seperti skizofrenia, fase mania pada gangguan bipolar, gangguan skizoaktif, ansietas dan agitasi, anak hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motorik berlebihan. Mekanisme kerja : Mekanisme kerja antipsikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, namun mungkin berhubungan dengan efek antidopaminergik. Antipsikotik dapat menyekat reseptor dopamine postsinaps pada ganglia basal, hipotalamus, system limbik, batang otak dan medula. Kontra Indikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini, pasien koma atau depresi sum-sum tulang, penyakit Parkinson, insufisiensi hati, ginjal dan jantung, anak usia dibawah 6 bulan dan wanita selama kehamilan dan laktasi. Efek Samping : Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, hipotensi, ortostatik, hipertensi, mulut kering, mual dan muntah.
- c. *Trihexypenidil (THP)*. Klasifikasi antiparkinson. Indikasi : Segala penyakit Parkinson, gejala ekstra pyramidal berkaitan dengan obat antiparkinson. Mekanisme kerja : mengoreksi ketidakseimbangan defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin dalam korpus striatum, asetilkolin disekat oleh sinaps untuk mengurangi efek kolinergik berlebihan. Kontra indikasi : Hipersensitifitas terhadap obat ini, glaucoma sudut tertutup, hipertropi prostat pada anak dibawah usia 3 tahun. Efek samping : Mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah.

2. Terapi non Farmakologi

a. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK).

Terapi aktivitas kelompok yang sesuai dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi adalah TAK Stimulasi Persepsi.

b. *Elektro Convulsif Therapy (ECT)*

Merupakan pengobatan secara fisik menggunakan arus listrik dengan kekuatan 75-100 volt, cara kerja belum diketahui secara jelas namun dapat dikatakan bahwa terapi ini dapat memperpendek lamanya serangan Skizofrenia dan dapat mempermudah kontak dengan orang lain.

c. Pengekangan atau pengikatan

Pengembangan fisik menggunakan pengekangannya mekanik seperti manset untuk pergelangan tangan dan pergelangan kaki spreng pengekangan dimana klien dapat dimobilisasi dengan membalutnya, cara ini dilakukan pada klien halusinasi yang mulai menunjukkan perilaku kekerasan diantaranya : marah-marah/mengamuk.

2.2.9 Tindakan Keperawatan pada Klien Halusinasi

1. Tujuan tindakan untuk klien meliputi :

- a. Klien mengenali halusinasi yang dialaminya.
- b. Klien dapat mengontrol halusinasinya
- c. Klien mengikuti program pengobatan secara optimal.

2. Tindakan Keperawatan

a. Membantu Klien Mengenali Halusinasi

Untuk membantu klien mengenali halusinasi, perawat dapat melakukannya cara berdiskusi dengan klien tentang ini halusinasi (apa yang didengar atau

dilihat), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan perasaan klien saat halusinasi muncul.

b. Melatih Klien Mengontrol Halusinasi.

Untuk membantu klien agar mampu mengontrol halusinasi perawat dapat melatih klien empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi. Keempat cara tersebut meliputi :

1) Melatih Klien Menghardik Halusinasi

Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Klien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memerdulikan halusinasinya. Kalau ini bisa dilakukan, klien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini klien tidak akan larut untuk menuruti apa yang ada dalam halusinasinya.

Tahapan tindakan meliputi :

- a) Menjelaskan cara menghardik halusinasi
- b) Memperagakan cara menghardik
- c) Meminta klien memperagakan ulang
- d) Memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku klien.

2) Melatih Bercakap-cakap dengan Orang Lain

Untuk mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika klien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi, fokus perhatian klien akan beralih dari halusinasi ke

percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut. Sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

3) Melatih Klien Beraktivitas Secara Terjadwal

Untuk mengurangi resiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadwal, klien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang seringkali mencetuskan halusinasi. Untuk itu klien yang mengalami halusinasi bisa membantu untuk mengatasi halusinasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu. Tahapan intervensi sebagai berikut:

- a) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
- b) Mendiskusikan aktivitas yang bisa dilakukan oleh klien.
- c) Melatih klien melakukan aktivitas
- d) Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan klien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu.
- e) Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan, memberi penguatan terhadap perilaku klien yang positif.

4) Melatih Klien Menggunakan Obat Secara Teratur

Untuk mampu mengontrol halusinasi klien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Klien gangguan jiwa yang dirawat di rumah sakit seringkali mengalami putus

obat sehingga akibatnya klien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai kondisi seperti semula akan lebih sulit. Untuk itu klien perlu dilatih menggunakan obat sesuai program dan berkelanjutan. Berikut ini tindakan keperawatan agar klien patuh menggunakan obat:

- a) Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa
- b) Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai program
- c) Jelaskan akibat bila putus obat
- d) Jelaskan cara mendapatkan obat/ berobat
- e) Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5B (benar obat, benar klien, benar cara, benar waktu, dan benar dosis).

2.2.10 Konsep Keluarga Dalam Merawat Pasien Halusinasi

Keluarga merupakan faktor penting yang menentukan keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi. Dukungan keluarga selama pasien di rawat di rumah sakit sangat dibutuhkan sehingga pasien termotivasi untuk sembuh. Demikian juga saat pasien tidak lagi dirawat di rumah sakit (dirawat di rumah). Keluarga yang mendukung pasien secara konsisten akan membuat pasien mampu mempertahankan program pengobatan secara optimal. Namun demikian jika keluarga tidak mampu merawat pasien, pasien akan kambuh bahkan untuk memulihkannya lagi akan sangat sulit. Untuk itu perawat harus memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga mampu menjadi pendukung yang efektif bagi pasien dengan baik saat di rumah sakit maupun di rumah.

Tujuan dilakukan tindakan keperawatan dalam keluarga ini adalah : keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien baik di rumah sakit maupun di rumah. Selain itu keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien.

Tindakan keperawatan yang dapat diberikan untuk keluarga pasien halusinasi adalah:

- a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- b. Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, dan cara merawat pasien halusinasi.
- c. Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien
- d. Beri pendidikan kesehatan kepada keluarga perawatan lanjutan pasien

Tindakan keperawatan pada keluarga meliputi :

- a. Pendidikan Kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi dan cara-cara merawat pasien halusinasi.
- b. Melatih keluarga praktek merawat pasien langsung dihadapan pasien
- c. Menjelaskan perawatan lanjutan pasien. (Ruliyansyah, 2013).

Alasan pentingnya keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa adalah :

1. Keluarga merupakan lingkup yang paling banyak berhubungan dengan pasien
2. Keluarga (dianggap) paling mengetahui kondisi pasien

3. Gangguan jiwa yang timbul pada pasien mungkin disebabkan adanya cara asuh yang kurang sesuai bagi pasien
4. Pasien yang mengalami gangguan jiwa nantinya akan kembali kedalam masyarakat; khususnya dalam lingkungan keluarga
5. Keluarga merupakan pemberi perawatan utama dalam mencapai pemenuhan kebutuhan dasar dan mengoptimalkan ketenangan jiwa bagi pasien.
6. Gangguan jiwa mungkin memerlukan terapi yang cukup lama, sehingga pengertian dan kerjasama keluarga sangat penting artinya dalam pengobatan. (Mihardi, 2014).

Peran keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa itu sangat penting dalam proses penyembuhan pasien. Peran keluarga tersebut diantaranya adalah :

1. Mengajarkan klien untuk bersosialisasi dan mengenal dengan dunia luar
2. Mengajarkan klien untuk bisa aktif melakukan ADL
3. Mempercepat proses penyembuhan melalui dinamika kelompok
4. Memperbaiki hubungan interpersonal klien dengan setiap anggota keluarga
5. Menurunkan angka kekambuhan
6. Memberikan perhatian dan rasa kasih sayang dan penghargaan sosial kepada penderita
7. Mengawasi kepatuhan penderita dalam minum obat.
8. Bantu penderita untuk selalu berinteraksi dengan lingkungan
9. Beri kegiatan yang positif untuk mengisi waktu penderita dirumah

10. Jangan biarkan penderita menyendiri, libatkan dalam kegiatan sehari-hari
11. Memberikan pujian jika penderita melakukan hal yang positif
12. Jangan mengkritik penderita jika penderita melakukan kesalahan
13. Menjauhkan penderita dari pengalaman atau keadaan yang menyebabkan penderita merasa tidak berdaya dan tidak berarti. (Mihardi, 2014).

2.3 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.3.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses yang menjembatani kesenjangan antara informasi dan tingkah laku kesehatan dan berbuat sesuai dengan informasi tersebut agar mereka menjadi lebih tahu dan lebih sehat. Menurut Purwanto (1999) pendidikan kesehatan merupakan proses belajar, dalam hal ini berarti terjadi proses perkembangan atau perubahan kearah yang lebih tahu dan lebih baik pada diri individu. Pada kelompok masyarakat dari tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi sendiri masalah – masalah kesehatan menjadi mampu. Berdasarkan pengertian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah usaha atau kegiatan untuk membantu individu, keluarga atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan untuk mencapai kesehatan secara optimal. (Notoatmodjo, 2003).

2.3.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut WHO (1954) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan dan mencegah timbulnya penyakit, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan. Secara umum tujuan dari

pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat dibidang kesehatan. Tujuan ini dapat diperinci lebih lanjut antara lain, menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai dimasyarakat, menolong individu agar mampu secara mandiri atau kelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat, mendorong pengembangan dan menggunakan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan, yang bertujuan untuk mengubah individu, kelompok dan masyarakat menuju hal-hal yang positif secara terencana melalui proses belajar. Perubahan tersebut mencakup antara lain pengetahuan, sikap, dan keterampilan melalui proses pendidikan kesehatan. Pada hakikatnya dapat berupa emosi, pengetahuan, pikiran keinginan, tindakan nyata dari individu, kelompok, dan masyarakat. Pendidikan kesehatan merupakan aspek penting dalam meningkatkan pengetahuan keluarga, dengan melakukan pendidikan kesehatan berarti petugas kesehatan membantu keluarga dalam usaha untuk meningkatkan derajat kesehatan. (Notoatmodjo, 2003).

2.3.3 Proses Pendidikan Kesehatan

Dalam proses pendidikan kesehatan terdapat tiga persoalan pokok yaitu masukan (*input*), proses (*process*), dan keluaran (*output*). Masukan (*input*) dalam pendidikan kesehatan menyangkut sasaran belajar yaitu individu, kelompok dan masyarakat dengan berbagai latar belakangnya. Proses (*process*) adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan dan perilaku pada diri subjek belajar. Dalam proses pendidikan kesehatan terjadi timbal balik berbagai faktor antara lain adalah pengajar, teknik belajar, dan materi atau bahan pelajaran. Sedangkan keluaran (*output*) merupakan kemampuan sebagai hasil perubahan

yaitu perilaku sehat dari sasaran didik melalui pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

2.3.4 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan adalah masyarakat atau individu baik yang sehat maupun yang sakit. Sasaran pendidikan kesehatan tergantung pada tingkat dan tujuan penyuluhan yang diberikan. Lingkungan pendidikan kesehatan di masyarakat dapat dilakukan melalui berbagai lembaga dan organisasi masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

2.3.5 Domain Perilaku

Perilaku manusia itu sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku itu kedalam 3 domain (ranah / kawasan) meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan. Bahwa dalam tujuan suatu pendidikan adalah mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut yang terdiri dari : ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah afektif (*affective domain*), ranah psikomotor (*psychomotor domain*).

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Soekidjo, 2003). Pengetahuan yang dicapai di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yakni:

- A. *Know* (tahu), diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali atau *recall* terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat yang paling rendah. Kata kerja bahwa untuk mengukur orang tahu tentang apa yang telah dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefenisikan, menyatakan dan sebagainya.
- B. *Comprehension* (memahami), Diartikan sebagai sesuatu untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obejek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, memperkirakan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.
- C. *Application* (aplikasi), diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil atau sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.
- D. *Analysis* (analisis), adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis tersebut dapat dilihat dari penggunaan kata kerja.

- E. Synthetis (sintesis), menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam bentuk suatu keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi yang ada.
- F. Evaluation (evaluasi), berkaitan dengan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-peniaian itu berdasarkan suatu kriteria tersendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Soekidjo, 2003).

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penilaian atau responden. Kedalaman pengetahuan orangtua yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut di atas

2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulasi atau objek. Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan manifestasi sikap itu tidak dapat dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Soekidjo (2003), salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai penghayatan terhadap objek.

3. Proses Adopsi Perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam Orang tersebut terjadi proses yang beruntun, yaitu :

- a. *Awarenes* (kesadaran), yakni Orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui Stimulus (objek) terlebih dahulu.
- b. *Interest*, yakni Orang mulai tertarik pada stimulus.
- c. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d. *Trial*, Orang telah mulai mencoba perilaku.
- e. *Adoption*, Subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan.

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap di atas. Apabila perubahan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku tersebut tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama. (Notoatmodjo, 2003).

2.3.6 Metode Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan pada hakikatnya ialah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan adanya pesan tersebut maka diharapkan masyarakat, kelompok, atau

individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut akhirnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku. Dengan kata lain, adanya promosi tersebut diharapkan dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku sasaran. (Notoatmodjo, 2003).

Promosi kesehatan juga merupakan suatu proses yang mempunyai masukan (*input*) dan keluaran (*output*). Suatu proses promosi kesehatan yang menuju tercapainya tujuan pendidikan, yakni perubahan perilaku, dipengaruhi oleh banyakk faktor. Faktor tersebut, disamping faktor masukannya sendiri juga faktor metode, faktor materi atau pesannya, pendidik atau petugas yang melakukannya, dan alat-alat bantu/alat peraga pendidikan yang dipakai. Agar mencapai suatu hasil yang optimal, maka faktor-faktor tersebut harus bekerjasama secara harmonis. Hal ini berarti bahwa untuk masukan (sasaran pendidikan) tertentu harus menggunakan cara tertentu pula. Materi juga harus disesuaikan dengan sasaran. Demikian juga alat bantu pendidikan. Untuk sasaran kelompok maka metodenya harus berbeda dengan sasaran massa dan sasaran individual. Untuk sasaran massa pun harus berbeda dengan sasaran individual dan sebagainya.

Dibawah ini diuraikan beberapa metode pendidikan individual, kelompok, dan massa (*public*).

1. Metode Pendidikan Individual atau Perorangan

Dalam promosi kesehatan, metode pendidikan yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Misalnya, membina seorang ibu yang baru saja menjadi akseptor atau seorang ibu hamil yang sedang

tertarik terhadap imunisasi TT karena baru saja memperoleh atau mendengarkan penyuluhan kesehatan. Pendekatan yang digunakan agar ibu tersebut menjadi akseptor lestari atau ibu hamil tersebut segera minta imunisasi, adalah dengan pendekatan secara perorangan. Perorangan disini tidak hanya berarti harus hanya kepada ibu-ibu yang bersangkutan, tetapi mungkin juga kepada suami atau keluarga ibu tersebut.

Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta dapat membantunya maka perlu menggunakan metode (cara).

Bentuk pendekatan ini antara lain :

A. Bimbingan dan Penyuluhan (*Guidance And Counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya,. Akhirnya klien tersebut dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

B. Wawancara (*Interview*)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah ia tertarik atau tidak menerima perubahan untuuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar

pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2. Metode Pendidikan Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, perlu diingat besarnya kelompok, sasaran, serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

3. Metode Pendidikan Massa

Metode pendidikan (pendekatan massa) cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran pendidikan ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh masa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi *awareness*, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan tingkah laku. Namun demikian, bila kemudian dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku juga merupakan hal yang wajar. Pada umumnya, bentuk pendekatan (cara) massa ini tidak langsung. Biasanya dengan menggunakan atau melalui media massa. (Notoatmodjo, 2003).

2.3.7 Media Promosi Kesehatan

Yang dimaksud alat bantu atau media pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk

membantu dan memperagakan sesuatu di dalam suatu proses pendidikan/pengajaran.

Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang diperoleh. Dengan perkataan lain alat peraga ini dimaksudkan untuk mengerahkan indra sebanyak mungkin kepada suatu objek, sehingga mempermudah pemahaman.

Seseorang atau masyarakat di dalam proses pendidikan dapat memperoleh pengalaman/pengetahuan melalui berbagai macam alat bantu pendidikan. Tetapi masing-masing alat mempunyai intensitas yang berbeda-beda di dalam membantu permasalahan seseorang.

Yang dimaksud dengan media promosi kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan (AVA) seperti telah diuraikan di atas. Disebut media promosi kesehatan karena alat-alat tersebut merupakan saluran (channel) untuk menyampaikan informasi kesehatan dan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi 3, yakni media cetak, media elektronik, dan media papan. (Notoatmodjo, 2003).

1. Media Cetak

Media cetak sebagai alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain sebagai berikut :

- a. *Booklet*, ialah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
 - b. Leaflet, ialah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi.
 - c. Flyer (selebaran), bentuknya seperti leaflet, tetapi tidak berlipat.
 - d. Flip chart (lembar balik), media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan lembar baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.
 - e. Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
 - f. Poster ialah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
 - g. Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.
2. Media Elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan berbeda-beda jenisnya antara lain :

- a. Televisi : penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi, atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), TV spot, kuis/cerdas cermat, dan sebagainya.

- b. Radio : penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui radio juga dapat bermacam-macam bentuknya antara lain obrolan (tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, radio spot, dan sebagainya
 - c. Video : penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan dapat melalui video.
 - d. Slide : slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi-informasi kesehatan
 - e. Film strip : film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan
3. Media Papan (Billboard)

Papan atau billboard yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi). (Notoatmodjo, 2003).

2.4 Konsep Poster

2.4.1 Pengertian Poster

Poster merupakan suatu gambar yang mengombinasikan unsur-unsur visual seperti garis, gambar dan kata-kata yang bermaksud menarik perhatian, peringatan, maupun penggugah serta mengkomunikasikan pesan secara singkat (Sri Anitah, 2008:12). media poster secara umum adalah suatu pesan tertulis baik itu berupa gambar maupun tulisan yang bervariasi dengan warna – warna kontras yang ditujukan untuk menarik perhatian banyak orang sehingga pesan yang disampaikan dapat diterima orang lain dengan mudah.

Poster adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk tulisan dan gambar. Poster sebagai saluran, alat bantu, sarana dan sumber daya pendukungnya untuk menyampaikan pesan harus menyesuaikan dengan isi materi yang akan disampaikan. Poster umumnya digunakan dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan tentang isu-isu kesehatan. Media poster memiliki keunggulan sebagai berikut : Klien dapat menyesuaikan dari belajar mandiri, pengguna dapat melihat isinya pada saat santai, informasi dapat dibagi dengan keluarga dan teman, mudah dibuat, diperbanyak dan diperbaiki serta mudah disesuaikan, mengurangi kebutuhan mencatat, dapat mempermudah dan mempercepat pemahaman seseorang terhadap pesan yang disajikan, dapat dilengkapi dengan warna-warna sehingga lebih menarik perhatian seseorang, bentuknya sederhana tanpa memerlukan peralatan khusus dan mudah penempatannya, sedikit memerlukan informasi tambahan, pembuatannya mudah dan harganya murah dan dapat dipakai sebagai media untuk mempengaruhi tingkah laku. (Amiruddin, 2012).

Ciri-ciri poster yang baik menurut Arief S. Sadiman (dalam Musfiqon, 2012: 85) yaitu: sederhana, menyajikan satu ide dan untuk mencapai satu tujuan pokok, berwarna, tulisannya jelas dan motif tulisannya bervariasi.

2.4.2 Manfaat Poster

Manfaat poster sebagai media komunikasi pendidikan kesehatan adalah poster memiliki kekuatan dramatis yang begitu tinggi yang dapat memukau pengamatnya. Poster dapat menarik perhatian karena uraian yang memadai secara kejiwaan dan merangsang untuk dihayati.

a. Untuk memotivasi

Penggunaan poster dalam pengajaran sebagai pendorong atau motivasi. Diskusi dapat dilakukan setelah diperlihatkan sebuah poster berkenaan dengan bahan pengajaran. Dipihak lain poster dapat merangsang seseorang untuk mempelajari lebih jauh dan ingin lebih tahu hakikat dari pesan yang disampaikan melalui poster tersebut.

b. Sebagai Peringatan

Poster dapat menyadarkan seseorang dalam hal hidup yang sehat, seperti: menggosok gigi itu penting, merokok dapat merusak paru-paru, memelihara lingkungan untuk menciptakan hidup sehat (3 M). Pesan melalui poster yang tepat, akan membantu menyadarkan seseorang, sehingga diharapkan akan dapat berubah perilakunya dalam praktek sehari-hari sehingga menjadi kebiasaan.

c. Pengalaman yang kreatif

Poster memberikan pengalaman baru sehingga menumbuhkan kreatifitas seseorang dalam cara belajarnya. Dengan adanya poster seseorang dapat mengembangkan potensi yang ada dalam dirinya, karena diberikan kesempatan untuk melukis tentang apa yang telah mereka pelajari. (Wahyu, 2011).

2.4.3 Cara Membuat Poster

Dalam membuat sebuah poster, perlu diperhatikan beberapa hal seperti untuk siapa poster itu ditujukan, dan apa tujuan dari poster itu. Untuk itu silahkan simak langkah-langkah pembuatan poster.

a. Tentukan tema dan tujuan

Bagian yang paling penting dalam pembuatan poster yaitu menentukan tema dan tujuan, Tanpa adanya tema dan tujuan yang jelas, maka tidak mungkin akan tercipta sebuah poster yang berkualitas. Contoh tema bisa kalian lihat pada pembagian poster diatas.

b. Kalimat singkat, padat, menarik serta mensugesti

Setelah selesai membuat tema, selanjutnya yaitu membuat sebuah kalimat. Pembuatan kalimat tidak boleh sembarangan karena kalimat menjadi kunci keberhasilan dari suatu poster. Susunan kata per kata harus diperhatikan, kalimat tidak boleh terlalu panjang namun harus menarik dan mengajak masyarakat untuk melakukan suatu hal sesuai dengan poster yang kalian buat.

c. Jangan lupakan gambar

Penggunaan gambar pada sebuah poster akan lebih membuat orang tertarik untuk membaca sekaligus melakukan apa yang ada pada poster tersebut. Gambar yang digunakan harus sesuai dengan Tema dari poster dan berbeda dari yang lain. Penggunaan gambar bisa menambah minat masyarakat untuk membaca poster sobat. Hal itu perlu dilakukan pasalnya orang cenderung bosan jika hanya membaca tulisan saja, mereka menginginkan sesuatu yang unik dan menarik.

d. Media harus tepat

Media tempat diletakkannya poster haruslah tepat, jangan asal menempelkan poster pada media-media yang tidak layak. Penempatan ini

bertujuan agar orang-orang melihat poster kita dan membacanya. (Maulana, 2015).

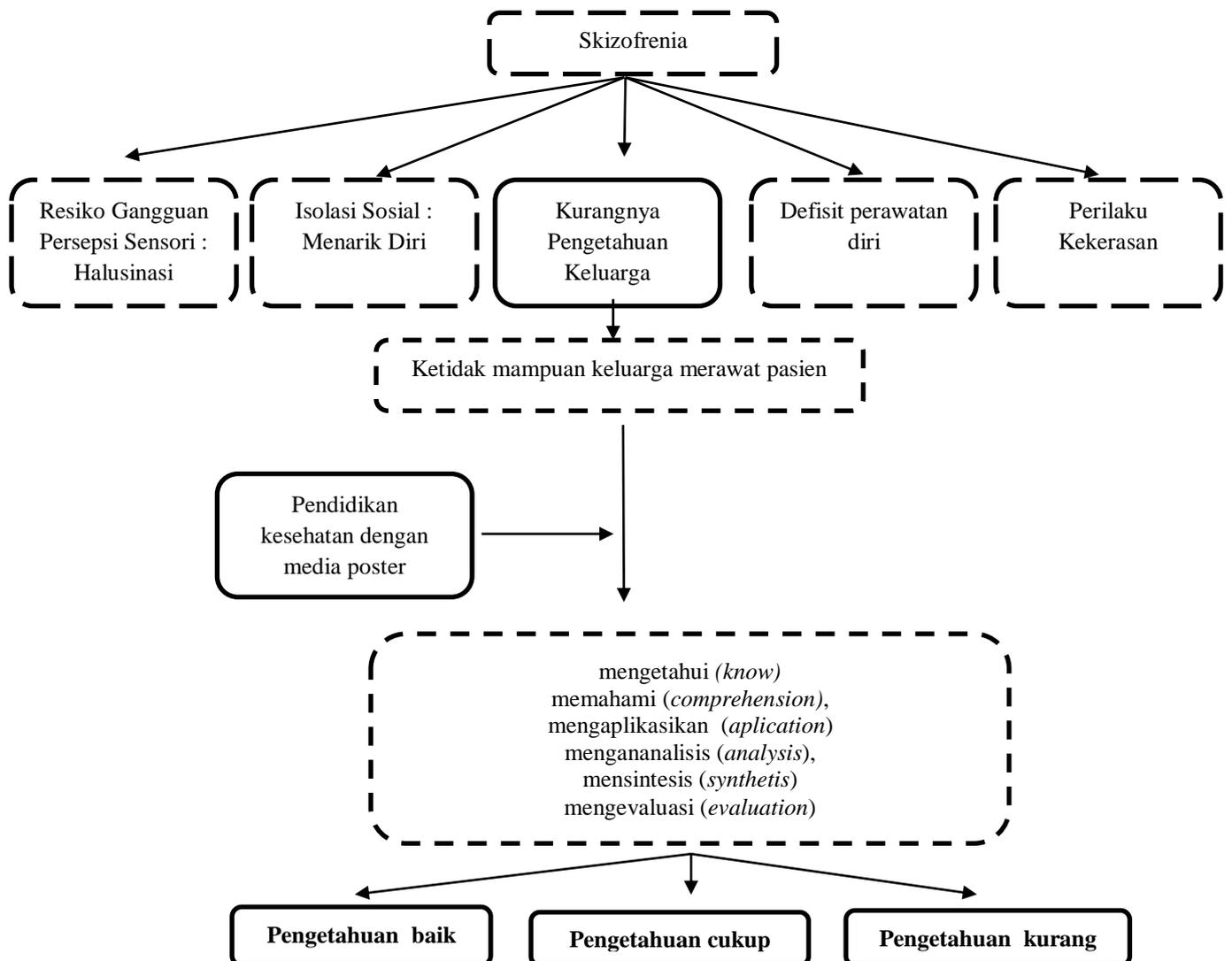
Pada dasarnya dalam pembuatan poster harus mampu menarik perhatian, dapat ditangkap penglihatan dengan seksama, Poster harus dapat mengemukakan ide dan maksud melalui fakta yang Nampak dan yang paling utama adalah Dapat mempengaruhi orang yang melihat dan dapat merubah perilaku sesuai dengan pesan yang ada di dalam poster tersebut. (Maulana, 2015).

2.4.4 Langkah – Langkah Penyuluhan Pendidikan Kesehatan Dengan Media Poster Pada Keluarga Pasien.

1. Persiapan bahan
 - a. Poster.
2. Persiapan responden
 - a. Menjelaskan prosedur tindakan : penyuluhan pendidikan keseshatan dengan media poster pada keluarga pasien
 - b. Duduk saling berdekatan.
3. Persiapan tindakan
 - a. Persiapan bahan
 - b. Persiapan lingkungan
 - c. Persiapan keluarga
4. Prosedur tindakan
 - a. Mengkondisikan lingkungan yang nyaman. Yaitu dengan cara mencari tempat yang terang dan nyaman.
 - b. Menempatkan keluarga ditempat yang nyaman. Yaitu dengan cara menyuruh keluarga pasien duduk saling berdekatan.

- c. Memberikan poster.
- d. Menjelaskan tentang materi halusinasi
- e. Rapihan bahan
- i. Evaluasi tindakan.
- j. Evaluasi keluarga pasien.
- k. Mengisi lembar observasi.

2.5 Kerangka Berfikir



Keterangan :

- _____ : Diteliti
 - - - - - : Tidak Diteliti

Gambar 2.2 : Kerangka Berfikir Penerapan Pendidikan Kesehatan Dengan Media Poster Untuk Meningkatkan Pengetahuan Keluarga Dalam Merawat Pasien Halusinasi Pendengaran Di Poli Jiwa RSUD Dr. M. Soewandhie Surabaya.