

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Keluarga**

##### **2.1.1 Pengertian Keluarga**

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan, atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010)

##### **2.1.2 Fungsi keluarga**

Fungsi keluarga menurut Friedman 1998 sebagai berikut :

1. Fungsi efektif

Fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk Mempersiapkan anggotanya berhubungan dengan orang lain.

2. Fungsi sosialisasi

Fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan social sebelum meninggalkan rumah berhubungan dengan orang lain di luar rumah.

3. Fungsi reproduksi

Fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan hidup keluarga.

#### 4. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarganya secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

#### 5. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi (Setiadi, 2008:7).

Kesanggupan keluarga melaksanakan, memelihara kesehatan terhadap anggotanya dapat di lihat dari tugas kesehatan keluarga (Friedman, 1998).

Tugas kesehatan keluarga menurut Friedman 1998 adalah:

- 1) Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya.
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarganya.
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usia yang terlalu muda.
- 4) Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

Kelima tugas kesehatan di atas saling terkait dan perlu di lakukan oleh keluarga. Petugas kesehatan juga perlu melakukan pengkajian untuk mengetahui sejauh mana keluarga dapat melaksanakan kelima tugas tersebut dengan baik, selanjutnya memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut.

### **2.1.3 Karakteristik Keluarga dengan skizofrenia**

Pada umumnya keluarga yang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa. Memiliki ekspresi emosi yang tinggi sehingga dapat mempengaruhi keadaan klien sehingga dapat menyebabkan kekambuhan dalam waktu yang tidak lama setelah pulang dari rumah sakit.

Secara umum keluarga tidak siap untuk menerima klien yang baru pulang dari Rumah sakit karena marasa pesimis terhadap masa depan klien sehubungan dengan anggapan keluarga bahwa klien tidak akan mampu bertingkah laku normal. Semua tingkah laku klien selalu di awasi, sehingga klien tidak bisa melakukan kegiatan yang dia inginkan (Suliswati,dkk 2005).

Berikut ini ada beberapa fungsi keluarga dalam mencegah gangguan jiwa menurut Suliswati, dkk (2005):

1. Menciptakan lingkungan yang sehat jiwa bagi anggota keluarga.
2. Saling mencintai dan menghargai antara anggota keluarga.
3. Saling membantu dan memberi antara anggota keluarga.
4. Saling terbuka dan tidak ada diskriminasi.

5. Memberi pujian kepada anggota keluarga untuk segala perbuatannya yang baik dari pada menghukumnya pada waktu membuat kesalahan.
6. Menghadapi ketegangan dengan tenang serta menyelesaikan masalah kritis/darurat secara tuntas dan wajar.
7. Menunjukkan empati serta memberi bantuan kepada anggota keluarga yang mengalami perubahan perilaku.
8. Saling menghargai dan mempercayai.
9. Membina hubungan dengan anggota masyarakat lainnya.
10. Berkreasi bersama anggota keluarga untuk menghilangkan ketegangan dalam keluarga.
11. Menyediakan waktu untuk kebersamaan dalam keluarga.

## **2.2 Konsep Kemandirian Keluarga**

### **2.2.1 Penilaian Kemandirian Keluarga**

Friedman (1998) menyatakan bahwa apabila 5 tugas kesehatan keluarga terpenuhi, maka keluarga tersebut sudah menunjukkan kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan pada anggota keluarganya, meliputi: pertama, keluarga diharapkan mampu mengenal berbagai masalah kesehatan yang dialami oleh seluruh anggota keluarga. Kedua, keluarga mampu memutuskan tindakan keperawatan yang tepat dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan yang dialami

oleh seluruh anggota keluarga. Ketiga, keluarga mampu melakukan perawatan yang tepat sehari-hari di rumah. Keempat, keluarga dapat menciptakan dan memodifikasi lingkungan rumah yang dapat mendukung dan meningkatkan kesehatan seluruh anggota keluarganya. Kelima, adalah keluarga diharapkan mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengontrol kesehatan dan mengobati masalah kesehatan yang tidak dapat diselesaikan sendiri oleh keluarga.

### **2.2.2 Alat Ukur Kemandirian Keluarga**

Menurut Makhfudli (2009:188), kemandirian keluarga dalam program Perawatan Kesehatan dibagi menjadi empat tingkat dari keluarga mandiri tingkat satu (paling rendah) sampai keluarga mandiri tingkat empat (paling tinggi).

#### 1) Keluarga Mandiri Tingkat I

1. Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas.
2. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

#### 2) Keluarga Mandiri Tingkat II

1. Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas.
2. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
3. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
4. Memanfaatkan pelayanan kesehatan secara aktif.
5. Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.

#### 3) Keluarga Mandiri Tingkat III

1. Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas.

2. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
3. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
4. Memanfaatkan pelayanan kesehatan secara aktif.
5. Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
6. Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.

#### 4) Keluarga Mandiri Tingkat IV

1. Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas.
2. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
3. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
4. Memanfaatkan fasilitas kesehatan secara aktif.
5. Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
  - Psikoterapi individual.
6. Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.
  - Rehabilitasi psikiatri.
7. Melaksanakan tindakan promotif secara aktif.
  - Latihan keterampilan sosial.

## **2.3 Konsep Halusinasi Pendengaran**

### **2.3.1 Definisi**

Menurut Kaplan (1998: 267) mengemukakan “halusinasi merupakan penginderaan tanpa sumberan rangsang eksternal. Hal ini dibedakan dari distorsi atau ilusi yang merupakan tanggapan salah dari rangsangan yang nyata ada. Pasien

merasakan halusinasi sebagai sesuatu yang amat nyata, paling tidak untuk suatu saat tertentu”. Sedangkan menurut Stuart(2007) menerangkan “halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa adanya rangsangan dari luar. Halusinasi adalah distorsi yang terjadi pada responden neurologika, mal adaptif tanpa adanya rangsangan dari luar.

Jadi dari dua penjas diatas dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah suatu keadaan penginderaan seseorang yang memiliki gangguan atau masalah yang menyebabkan mempersepsi sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi seolah-olah terjadi.

Sedangkan halusinasi pendengaran adalah suatu keadaan penginderaan pendengaran seseorang yang memiliki gangguan atau masalah yang menyebabkan mempersepsi pendengarannya mendengar sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi seolah-olah terjadi.

### **2.3.2 Penyebab Halusinasi**

Berdasarkan Iyus (2014: 224) menjelaskan bahwa halusinasi disebabkan oleh:

Predisposisi

a. Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya control dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang kepercayaan diri dan lebih rentan terhadap stress.

b. Faktor Sosialkultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi (*unwanted child*) akan merasakan disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

c. Factor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti *Buffofenon* dan *Dimetytranferase* (DMP). Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan *acetylcholine* dan *dopamine*.

d. Factor Psikologi

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

e. Factor Genetik dan Pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orangtua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa factor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

## Presipitasi

a. Perilaku



Respons klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata.

### **2.3.3 Tahapan Proses Terjadinya Halusinasi**

Menurut Yosepdkk., (2014), adapun tahapan halusinasi pada klien, yaitu:

#### *1. Stage I: Sleep Disorder*

Merupakan 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; dihianati kekasih dsb. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support system kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk.

#### *2. Stage II: Comforting Moderate level of anxiety*

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

#### *3. Stage III: Condemning Severe level of anxiety*

Secara umum halusinasi sering mendatangi klien. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya

objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama.

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

Fungsi sensori pada tahap ini menjadi tidak relevan dengan kenyataan. Klien mencoba melawan suara-suara yang datang. Klien dapat merasakan kesepian ketika halusinasinya berakhir. Di sinilah dimulai fase gangguan *Psychotic*.

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

Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya. Klien mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dengan halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal 4 jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadilah gangguan psikotik berat.

### **2.3.4 Tanda dan Gejala Halusinasi**

Direja dalam Rahmawati (2014) menjelaskan bahwa tanda dan gejala seseorang yang mengalami halusinasi pendengaran biasanya menunjukkan gejala yang khas yaitu :

- a. Bicara atau tertawa sendiri
- b. Marah-marah tanpa sebab
- c. Mengarahkan telinga ke arah tertentu dan menutup telinga

Biasanya individu tersebut mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap dan mendengar suara yang menyuruh untuk melakukan sesuatu yang berbahaya.

## **2.4 Konsep Pendidikan Kesehatan**

### **2.4.1 Definisi Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengetahuan yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap dan pengetahuan, terkait dengan kesehatan individu, masyarakat dan bangsa (Wood, 1926 dalam Maulana, 2012). Pendidikan kesehatan adalah kegiatan-kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan orang dan membuat keputusan yang tepat sehubungan dengan pemeliharaan kesehatan (Joint Commission On Health Education, 1973 dalam Fitriani, 2011).

### **2.4.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan**

Secara umum, tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat dibidang kesehatan (WHO, 1954 dalam Maulana, 2012). Akan tetapi, perilaku mencakup hal yang luas sehingga perilaku perlu dikategorikan secara mendasar dapat dilihat dari sehingga rumusan tujuan pendidikan kesehatan dapat di rinci sebagai berikut (Maulana, 2012):

- a. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat. Oleh sebab itu, pendidik kesehatan bertanggung jawab mengarahkan cara-cara hidup sehat menjadi kebiasaan hidup masyarakat sehari-hari
- b. Menolong individu agar tetap mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai kehidupan yang sehat.

- c. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada. Adakalanya, pemanfaatan sarana pelayanan yang ada dilakukan secara berlebihan atau justru sebaliknya, kondisi sakit, tetapi tidak menggunakan sarana kesehatan yang ada dengan semestinya.

### **2.4.3 Faktor yang Mempengaruhi Kemampuan Pendidikan Kesehatan**

Beberapa faktor yang perlu diperhatikan agar pendidikan kesehatan dapat mencapai sasaran (Saragih, 2010) yaitu :

- a. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya.

- b. Tingkat Sosial Ekonomi

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.

- c. Adat Istiadat

Masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap adat istiadat sebagai sesuatu yang tidak boleh diabaikan.

- d. Kepercayaan Masyarakat

Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang-orang yang sudah mereka kenal, karena sudah ada kepercayaan masyarakat dengan penyampai informasi.

#### 2.4.4 Metode Pendidikan Kesehatan

Notoatmodjo (2012:52-57) mengatakan ada tiga macam metode pendidikan kesehatan yaitu:

a. Metode pendidikan individual (perorangan)

Bentuk dari metode individual ada dua bentuk yaitu:

1) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and conseling*) yaitu:

- a) Kontak antara klien dengan petugas lebih intensif.
- b) Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat di korek dan dibantu penyelesaiannya.
- c) Akhirnya klien tersebut dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

2) Wawancara (*interview*)

- a) Merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan.
- b) Menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, untuk 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.

b. Metode pendidikan kelompok

Metode pendidikan kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya berbeda. Efektivitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan kesehatan.

1) Kelompok besar

a) Ceramah

Metode ceramah yang dimaksud disini adalah ceramah yang cenderung interaktif, yaitu melibatkan peserta melalui adanya tanggapan balik atau perbandingan dengan pendapat dan pengalaman peserta. Ceramah adalah metode yang cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

b) Seminar

Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari suatu hasil atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

2) Kelompok kecil

a) Diskusi kelompok

Dibuat sedemikian rupa sehingga saling berhadapan, pimpinan diskusi atau penyuluh duduk diantara peserta, tiap kelompok mempunyai kebebasan mengeluarkan pendapat, pimpinan diskusi memberikan pancingan, mengarahkan dan mengatur sehingga diskusi berjalan hidup dan tidak ada dominasi dari salah satu peserta.

b) Curah pendapat (*brain storming*)

Merupakan modifikasi diskusi kelompok, dimulai dengan memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban/tanggapan, tanggapan/jawaban tersebut ditampung dan di

tulis dalam papan tulis, sebelum semuanya mencurahkan pendapat tidak boleh ada komentar dari siapa pun, baru setelah semuanya mengemukakan pendapat, tiap anggota mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

c) Bola salju (*snow balling*)

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang) kemudian dilontarkan suatu pertanyaan. Setelah lebih kurang 5 menit, tiap 2 pasang bergabung menjadi 1 dan tetap mendiskusikan pertanyaan yang sama dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap anggota kelompok yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung dengan anggota lainnya begitu seterusnya sehingga terjadi diskusi seluruh anggota kelompok.

d) Kelompok kecil-kecil (*buzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil kemudian diberi suatu masalah yang sama atau berbeda dengan kelompok lain. Masingmasing kelompok mendiskusikan masalahnya, dan hasil dari setiap kelompok diskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.

e) Memainkan peran (*role play*)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk untuk memainkan peran-peran yang ada di dunia nyata ke dalam suatu pertunjukan peran.

f) Permainan simulasi (*simulation game*)

Metode ini merupakan gabungan antara *role play* dengan diskusi kelompok.

c. Metode pendidikan massa

Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) ini adalah tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Contoh:

- 1) Ceramah umum (*public speaking*), dilakukan pada acara tertentu, misalnya Hari Kesehatan Nasional, misalnya oleh menteri atau pejabat kesehatan lainnya.
- 2) Pidat-pidato tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio.
- 3) Simulasi, dialog antar pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio.
- 4) Sinetron, di dalam acara TV juga merupakan bentuk pendekatan kesehatan massa.
- 5) Tulisan-tulisan di majalah/koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/konsultasi tentang kesehatan.
- 6) Bill board, yang dipasang di jalan, spanduk poster dan sebagainya.

#### **2.4.5 Media Pendidikan Kesehatan**



Fitriani (2011) mengatakan media pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan (*audio visual aids/AVA*). Disebut media pendidikan karena alat-alat tersebut merupakan alat saluran (*channel*) untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (media), media ini di bagi menjadi tiga: cetak, elektronik, media, dan papan (bill board).

a) Media cetak

- 1) Booklet: untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- 2) Leaflet: melalui lembar yang dilipat, isi pesan bisa gambar/tulisan atau keduanya.
- 3) Flyer (selebaran): seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
- 4) Flip chart (lembar balik): pesan/informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan dibaliknya berisi kalimat sebagai pesan/informasi.
- 5) Rubric/tulisan-tulisan pada surat kabar dan majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) Poster adalah bentuk media cetak berisi pesan/pesan atau informasi kesehatan yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat umum, atau dikendaraan umum.
- 7) Foto, yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.

b) Media elektronik

1) Televisi: dapat dalam bentuk sinetron, forum diskusi/tanya jawab, pidato/ceramah, spot, quiz, dll.

2) Radio: bisa dalam bentuk obrolan/Tanya jawab, sandiwara radio, ceramah, dll.

3) *Video Compact Disc (VCD)*

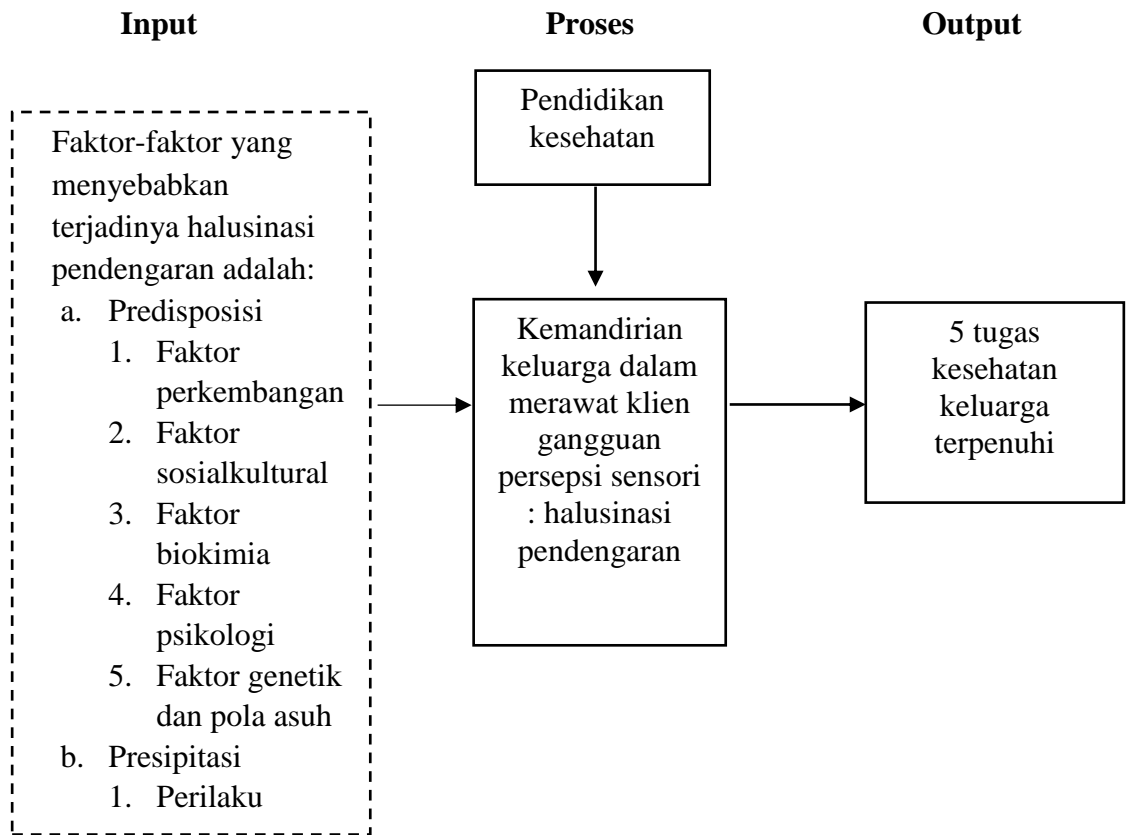
4) Slide: slide juga bisa digunakan untuk menyampaikan pesan/informasi kesehatan.

5) Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.

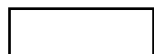
c) Media papan

Papan/bill board yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai dan diisi dengan pesan-pesan atau informasi kesehatan.

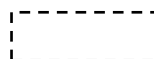
**2.5 Kerangka Konsep/ Kerangka Teori**



Keterangan:



= Diteliti



= Tidak diteliti