

**KOMUNIKASI TERAPEUTIK OLEH KELUARGA PASIEN
GANGGUAN JIWA DI RUMAH SAKIT JIWA
MADANI PALU**

**OBERTHIN
P 1805206561**



**KONSENTRASI PROMOSI KESEHATAN
PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2008**

PRAKATA

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah melimpahkan segala berkat dan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini sebagai syarat untuk mendapatkan gelar magister kesehatan.

Dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan terima kasih yang tulus dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada : Bapak Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS selaku ketua komisi penasehat dan bapak Dr. Ridwan M Thaha, M.Sc selaku anggota komisi penasehat yang senantiasa memberikan dorongan serta bimbingan kepada penulis selama merencanakan, melaksanakan, hingga pelaporan hasil penelitian.

Tak lupa pula penulis sampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada bapak-bapak penguji yang telah memberikan kritik dan masukan-masukan untuk penyempurnaan dan pengembangan penelitian, yaitu : bapak Prof. Dr. dr. H.M. Rusli Ngatimin, MPH, bapak Dr. dr. Muh. Syafar, MS, bapak Prof. Dr. H. Indar, SH.,MPH.

Melalui kesempatan ini pula penulis sampaikan ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada :

1. Bapak Rektor Universitas Hasanuddin yang telah mendukung kebijakan pembelajaran pendidikan kesehatan masyarakat kepada penulis.

2. Bapak Direktur Program Pascasarjana beserta jajarannya yang telah memberikan fasilitas pendidikan kepada penulis.
3. Bapak Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat beserta jajarannya yang telah memberikan bantuan dan arahnya selama ini.
4. Bapak Ketua Konsentrasi Promosi Kesehatan beserta jajarannya yang telah memberikan bimbingan selama proses penyelesaian studi.
5. Direktur RSJ Madani Propinsi Sulawesi Tengah yang telah memberikan kebijakan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan.
6. Bapak Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Propinsi Sulawesi Tengah yang telah memberikan izin penelitian kepada penulis.
7. Seluruh staf pengajar dan pengelola konsentrasi promosi kesehatan pada program pascasarjana Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan serta bantuan dalam proses menuntut ilmu sampai penyelesaian tesis ini.
8. Rekan-rekan mahasiswa konsentrasi promosi kesehatan pascasarjana Universitas Hasanuddin atas bantuan dan dukungan serta kerjasama selama kita bersama-sama dalam proses pendidikan sampai penyelesaian penulisan tesis ini.
9. Suami tercinta dan anak-anakku tersayang yang dengan penuh pengertian dan kesabaran serta selalu memberikan dorongan moral selama menempuh pendidikan sampai selesainya penulisan tesis ini.

10. Kepada semua pihak yang penulis tidak sebutkan namanya satu persatu yang telah banyak memberikan bantuan baik moril maupun materil selama proses pendidikan dan penulisan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, olehnya itu dengan segala kerendahan hati, penulis meminta saran dan kritik yang konstruktif demi penyempurnaan penulisan ini, sehingga tesis ini dapat memberikan kontribusi yang bermanfaat bagi semua pihak.

Akhirnya semoga Tuhan Yang Maha Kuasa memberikan berkat dan KaruniaNya kepada Bapak dan Ibu, Amin.

Makassar, Juni 2008

Penulis.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PRAKATA	iii
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Komunikasi Secara Umum	9
B. Komunikasi Terapeutik	18
C. Konsep Gangguan Jiwa	32
D. Konsep Promosi Kesehatan	34
E. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	40
F. Tinjauan Tentang Pengetahuan	43
G. Tinjauan Umum Tentang Perilaku	45
H. Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Perubahan Perilaku	50
I. Tinjauan Tentang Metode Ceramah dan Media	51
J. Kerangka Teori dan Kerangka Pikir	52

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian	55
B. Waktu dan Lokasi Penelitian	56
C. Populasi dan Sampel	56
D. Instrumen Pengumpulan Data	57
E. Variabel Penelitian	58
F. Definisi Operasional	58
G. Cara Pengumpulan Data	59
H. Uji Validitas dan Reliabilitas	60

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian	62
B. Pembahasan	79

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	87
B. Saran	87

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
1. Tabel 1 Aspek objek skala pengukuran pengetahuan	59
2. Tabel 2 Distribusi responden menurut karakteristik	67
3. Tabel 3 Distribusi responden menurut komponen pengetahuan sebelum intervensi	69
4. Tabel 4 Distribusi responden menurut pengetahuan sebelum intervensi	71
5. Tabel 5 Distribusi responden menurut komponen pengetahuan setelah intervensi	72
6. Tabel 6 Distribusi responden menurut pengetahuan setelah Intervensi	74
7. Tabel 7 Distribusi responden menurut perilaku sebelum intervensi ..	75
8. Tabel 8 Distribusi responden menurut perilaku setelah intervensi....	75
9. Tabel 9 Hasil statistik deskriptif pengetahuan dan perilaku sebelum dan setelah intervensi	77
10. Tabel 10 Perbedaan pengetahuan sebelum dan setelah intervensi..	78
11. Tabel 11 Perbedaan perilaku sebelum dan setelah intervensi	79

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
1. Proses komunikasi	13
2. Contoh komunikasi yang efektif	31
3. Ruang lingkup promosi kesehatan	35
4. Kerangka konsep promosi kesehatan	38
5. Kerangka kegiatan promosi kesehatan	40
6. Model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan	42
7. Kerangka Teori	53
8. Kerangka pikir variabel penelitian	54

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Instrumen penelitian

Lampiran 2 Rekapitulasi hasil pengumpulan data responden

Lampiran 3 Hasil pengolahan data

Lampiran 4 Materi intervensi komunikasi terapeutik

Lampiran 5 Surat izin penelitian.

KUESIONER
KOMUNIKASI TERAPEUTIK OLEH KELUARGA PASIEN GANGGUAN
JIWA DI RUMAH SAKIT JIWA MADANI PALU

No. Responden :

A. Identitas Responden

1. N a m a : _____
2. U m u r : _____
3. Jenis Kelamin : laki-laki/perempuan
4. Pendidikan : SD/SLTP/SLTA/Perguruan Tinggi/
5. pekerjaan : PNS/POLRI/ABRI/Tani/Swasta/URT/.....

Petunjuk :

1. Bacalah dengan baik setiap pernyataan berikut !
2. Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang saudara anggap benar !
3. Jawaban setiap pernyataan berikut berdasarkan pengalaman nyata saudara dalam melakukan komunikasi terapeutik terhadap pasien gangguan jiwa !
4. Pilih lah salah satu jawaban yang di anggap benar, dengan pilihan :
 Sangat setuju (SS), setuju (S), kurang setuju (KS), tidak setuju (TS),
 sangat tidak setuju (STS).

B. Pernyataan Tentang Komunikasi terapeutik

N o.	Pernyataan	SS	S	KS	TS	STS
1.	Komunikasi terapeutik direncanakan secara sadar, bertujuan dan dipusatkan untuk kesembuhan pasien					
2.	Komunikasi terapeutik membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran maladaptif					
3.	Komunikasi terapeutik mempengaruhi orang lain, lingkungan dan diri sendiri					
4.	Dengan komunikasi yang efektif maka akan tercipta hubungan kerjasama antara pasien dan keluarga					

5.	Sumber proses komunikasi yaitu mengirim dan menerima pesan					
6.	Pesan-pesan yang disampaikan menggunakan bahasa verbal maupun non verbal					
7.	Penerima pesan yaitu orang yang menerima pesan dan membalas pesan yang disampaikan oleh sumber pesan					
8.	Seseorang harus mengenal dirinya sendiri, saling menghargai, menerima dan saling percaya					
9.	Dalam komunikasi terapeutik harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental					
10.	Seseorang harus mampu menguasai perasaan sendiri secara bertahap baik itu perasaan sedih, marah, gembira, keberhasilan maupun frustrasi					
11.	Kejujuran dan keterbukaan menolong orang lain secara manusiawi sebagai dasar hubungan komunikasi terapeutik					
12.	Sebelum melakukan komunikasi dengan pasien, seharusnya terlebih dahulu mengumpulkan informasi data pasien baik melalui tenaga dokter maupun perawat sebagai dasar untuk langkah selanjutnya					
13.	Sebelum berkomunikasi/berinteraksi dengan pasien kita mempersiapkan diri terlebih dahulu					
14.	Merencanakan pertemuan pertama dengan pasien					
15.	Dalam berkomunikasi dengan pasien perlu mengetahui alasan pasien mencari bantuan					
16.	Dalam berkomunikasi kita harus dapat membina hubungan rasa percaya, penerimaan, dan komunikasi terbuka serta menjelaskan tujuan komunikasi kepada pasien					
17.	Dalam berkomunikasi kita dapat mengkaji pikiran, perasaan, tindakan pasien					
18.	Setelah berkomunikasi dengan pasien kita dapat mengidentifikasi masalah pasien					
19.	Dalam komunikasi terapeutik kita dapat mendiskusikan dan mengatasi perilaku pasien yang maladaptif					

20	Setelah melakukan komunikasi kita harus meninjau kemajuan tindakan dan pencapaian tujuan kita					
21	Setiap kali berkomunikasi dengan pasien selalu memberi pujian atas kemajuan/keberhasilan dan partisipasi pasien					
22	Mendengar adalah proses aktif menerima informasi dan mempelajari reaksi seseorang terhadap pesan yang diterima					
23	Pertanyaan terbuka mendorong pasien untuk memilih topik diskusi					
24	Komunikasi terapeutik dilakukan secara berulang kali					
25	Diam merupakan tehnik komunikasi untuk memberikan waktu kepada pasien untuk berpikir dan memahami					

C. Pernyataan Tentang Perilaku

No	Pernyataan	Selalu	Kadang-kadang	Tidak setuju
1.	Ketika saudara melakukan wawancara dengan pasien hendaknya memberi salam, bersikap ramah, sopan dan rileks			
2.	Ketika berkomunikasi dengan pasien hendaknya bersikap responsif, pada saat-saat tertentu dapat ikut merasakan sesuatu yang terjadi pada diri pasien			
3.	Dalam berkomunikasi dengan pasien, saudara dapat menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap, maupun tingkah lakunya sehingga dapat memecahkan masalah yang dihadapi			
4.	Dalam berkomunikasi dengan pasien, hendaknya saling berhadapan, yang artinya dari posisi ini kita siap untuk pasien			
5.	Berkomunikasi dengan pasien, hendaknya mempertahankan kontak mata			
6.	Berkomunikasi dengan pasien hendaknya mempertahankan sikap terbuka, misalnya tidak melipat tangan			

7.	Ketika saudara berkomunikasi dengan pasien hendaknya tetap rileks untuk mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberi respon pada pasien		
8.	Dalam berkomunikasi dengan pasien hendaknya bersikap membungkuk ke arah pasien, posisi ini menunjukkan keinginan untuk mengatakan atau mendengarkan		
9.	Berkomunikasi dengan pasien hendaknya secara aktif mendengarkan dan memberi respon kepada pasien dengan cara menunjukkan sikap mau menerima dan mau memahami sehingga dapat menolong pasien untuk berbicara secara terbuka tentang dirinya		
10.	Dalam berkomunikasi dengan pasien hendaknya bersikap hati-hati, jangan sampai menyentuh titik-titik kritis dari interview, misalnya hal-hal yang bersifat sensitif dan rahasia.		

Pokok Bahasan : Komunikasi Terapeutik

Sub.Pokok Bahasan : Konsep Komunikasi Terapeutik

TIU : Setelah mempelajari komunikasi terapeutik diharapkan keluarga pasien dapat mengetahui konsep komunikasi terapeutik.

TIK : Setelah mempelajari konsep komunikasi terapeutik diharapkan keluarga pasien dapat mengetahui/memahami :

1. Pengertian komunikasi terapeutik
2. Tujuan komunikasi terapeutik
3. Unsur – unsur komunikasi terapeutik
4. Prinsip komunikasi terapeutik
5. Fase-fase komunikasi terapeutik
6. Tehnik komunikasi terapeutik.

Metode : Ceramah

Alat bantu : Laptop dan Proyektor

Materi :

Pengertian :

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Jadi pada intinya komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang diarahkan pada kesembuhan klien (Purwanto, 1994).

Tujuan Komunikasi Terapeutik

- a. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada situasi yang diperlukan.
- b. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang paling efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- c. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri. Dengan komunikasi terapeutik yang efektif maka akan tercipta hubungan kerja sama antara perawat dan pasien (Stuart dan Sundeen, 1998).

Unsur-unsur Komunikasi Terapeutik

- a. Sumber proses komunikasi yaitu mengirim dan menerima pesan. Prakarsa berkomunikasi dilakukan oleh sumber juga menerima pesan sebagai tolak ukur keberhasilan dalam mengirim.
- b. Pesan-pesan yang disampaikan dengan menggunakan pengandaian baik yang berupa bahasa verbal maupun non verbal.
- c. Penerima yaitu orang yang menerima pesan dan membalas pesan yang disampaikan oleh sumber sehingga dapat diketahui mengerti atau tidaknya suatu pesan
- d. Lingkungan waktu komunikasi berlangsung.

Prinsip Komunikasi Terapeutik

- a. Perawat harus mengenal dirinya sendiri, berarti menghayati, memahami dirinya sendiri serta nilai yang di anut.
- b. Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menghargai, saling menerima dan saling percaya.
- c. Perawat harus memahami nilai yang di anut pasien
- d. Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental
- e. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut
- f. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap maupun tingkah lakunya sehingga tumbuh semakin matang dan dapat memecahkan masalah-masalah yang dihadapi
- g. Perawat mampu menguasai perasaan sendiri secara bertahap baik itu perasaan sedih, marah, gembira, keberhasilan maupun frustrasi
- h. Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya
- i. Memahami betul arti empati sebagai tindakan yang terapeutik bukan simpati
- j. Kejujuran dan keterbukaan sebagai dasar hubungan terapeutik
- k. Mampu berperan sebagai role model agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh karena itu perawat perlu mempertahankan suatu keadaan sehat fisik, mental, spiritual dan gaya hidup
- l. Altruisme mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi
- m. Berpegang pada etika dengan cara berusaha sedapat mungkin mengambil kepuasan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia
- n. Bertanggung jawab terhadap dua dimensi yaitu terhadap diri sendiri dan orang lain (Carl Rogers dalam Nurjanah, 2001)

Fase-fase Komunikasi Terapeutik

- a. Fase pra interaksi
 Prainteraksi mulai sebelum kontak pertama dengan pasien. Perawat mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutannya, sehingga kesadaran dan kesiapan perawat untuk melakukan interaksi dengan klien dapat dipertanggung jawabkan.
 Perawat yang sudah berpengalaman dapat menganalisa kekuatan dan keterbatasan profesional diri sendiri serta nilai tambah pengalamannya berguna agar lebih efektif dalam memberikan asuhan keperawatan. Ia harusnya mempunyai konsep diri yang stabil dan harga diri yang adekuat, mempunyai hubungan yang konstruktif dengan orang lain, dan berpegang pada kenyataan dalam menolong pasien.

Pemakaian diri secara terapeutik berarti memaksimalkan pemakaian kekuatan dan meminimalkan pengaruh kelemahan diri dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.

Tugas tambahan pada fase ini adalah mencari informasi tentang pasien dan merencanakan pertemuan pertama dengan pasien (Stuart dan Sundeen, 1998)

b. Fase perkenalan dan orientasi

Fase ini dimulai dengan pertemuan dengan pasien. Hal utama yang perlu dikaji adalah alasan pasien minta pertolongan/mencari bantuan yang akan mempengaruhi terbinanya hubungan perawat pasien. Dalam memulai hubungan, tugas utama adalah membina rasa percaya; penerimaan dan pengertian; komunikasi yang terbuka dan perumusan kontrak dengan pasien. Elemen-elemen kontrak perlu diuraikan dengan jelas pada pasien yaitu : nama individu (perawat dan pasien), peran perawat dan pasien, tanggung jawab perawat dan pasien, harapan perawat dan pasien, tujuan hubungan, tempat pertemuan, waktu pertemuan, situasi terminasi, kerahasiaan, sehingga kerjasama pasien – perawat dapat optimal.

Diharapkan pasien berperan serta secara penuh dalam kontrak, namun pada kondisi tertentu, misalnya pasien dengan gangguan realita, maka kontrak dilakukan sepihak dan perawat perlu mengulang kontrak jika kontak realitas pasien meningkat.

Perawat dan pasien mungkin mengalami perasaan tidak nyaman, bimbang karena memulai hubungan yang baru. Pasien yang mempunyai pengalaman hubungan interpersonal yang menyakitkan akan sukar menerima dan terbuka pada orang asing.

Tugas perawat adalah mengeksplorasi pikiran, perasaan, perbuatan pasien, dan mengidentifikasi masalah, serta merumuskan tujuan bersama pasien.

c. Fase kerja

Pada fase kerja, perawat dan pasien mengeksplorasi stressor yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi, pikiran, perasaan dan perbuatan pasien. Perawat membantu pasien mengatasi perasaan cemas; meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab diri sendiri; dan mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif. Perubahan perilaku maladaptif menjadi adaptif merupakan fokus fase ini.

Selam fase ini, pasien dibantu untuk mengembangkan pemahaman diri dan didorong untuk mengambil risiko dalam mengubah perilaku disfungsi.

d. Fase terminasi

Terminasi merupakan fase yang sangat sulit dan penting dari hubungan terapeutik. Rasa percaya dan hubungan intim yang terapeutik sudah terbina dan berada pada tingkat optimal.

Fase terminasi terjadi saat pasien dan perawat menentukan bahwa penutup dari suatu hubungan telah tepat. Biasanya kedua pihak setuju bahwa masalah yang mengawali hubungan terapeutik sudah lebih dapat ditangani dari sudut pandang pasien dan bahwa tujuan khusus yang dibuat sudah tercapai. Pasien mulai merasa dirinya lebih baik dan sering melaporkan peningkatan dalam fungsi diri, sosial atau pekerjaan. Yang terpenting, tujuan utama terapi, seperti pengurangan distres emosional, perubahan perilaku yang tidak baik, peningkatan pertumbuhan dan perkembangan pasien, serta peningkatan kepuasan hidup, telah terpenuhi. Meskipun demikian, kadang fase terminasi menjadi sebuah pengalaman yang sulit dan menyakitkan. Tujuan utama pada akhir hubungan terapeutik agar terminasi dapat dilakukan dalam rencana yang mutual (saling menguntungkan) dan cara yang memuaskan.

Teknik Komunikasi Terapeutik			
No.	Teknik	Definisi	Nilai Terapeutik
1.	Mendengar	Proses aktif menerima informasi dan mempelajari reaksi seseorang terhadap pesan yang diterima	Secara non verbal menyampaikan perhatian dan penerimaan perawat kepada pasien
2.	Pertanyaan terbuka	Mendorong pasien untuk memilih topik diskusi	Menunjukkan penerimaan perawat dan nilai inisiatif pasien
3.	Pengulangan pernyataan	Mengulangi pikiran utama yang telah diungkapkan pasien	Menunjukkan bahwa perawat mendengarkan dan memvalidasi, memberi umpan balik, atau memperhatikan ucapan pasien
4.	Klarifikasi	Berupaya menyampaikan ide atau pikiran pasien yang tidak jelas; meminta pasien menjelaskan maksudnya	Membantu mengklarifikasi perasaan, ide, dan persepsi pasien; memberikan kejelasan tentang hubungan antara perasaan, ide, dan persepsi pasien dengan tindakannya
5.	Refleksi	Mengarahkan kembali ide, perasaan, pertanyaan, dan isi pesan kepada pasien	Memvalidasi pemahaman perawat tentang ucapan pasien dan menunjukkan empati, perhatian, dan penghormatan terhadap pasien
6.	Pemusatan	Pertanyaan atau pernyataan yang	Memberi kesempatan kepada pasien untuk

		membantu pasien meluaskan topik pembicaraan yang penting	membahas masalah utama dan mempertahankan komunikasi sesuai tujuan
7.	Berbagai persepsi	Meminta pasien memastikan pemahaman perawat tentang apa yang pasien pikirkan atau rasakan	Menyampaikan pemahaman perawat dan dapat menghilangkan kebingungan
8.	Pengidentifikasi an tema	Isu atau masalah pokok yang timbul berulang kali	Memberi kesempatan kepada perawat untuk meningkatkan sebaik mungkin eksplorasi dan pemahaman pasien tentang masalah yang penting
9.	Diam	Tidak ada komunikasi verbal untuk alasan terapeutik	Memberikan waktu kepada pasien untuk berpikir dan memahami, memperlambat tempo interaksi, dan mendorong pasien untuk memulai percakapan sementara perawat memberikan dukungan, pengertian, dan penerimaan
10.	Humor	Pengeluaran energi melalui lelucon ketidaksempurnaan	Dapat meningkatkan pemahaman dengan merepresikan topik secara sadar; dapat mengatasi paradoks, agresi kemarahan, dan memberikan pilihan baru; merupakan bentuk sublimasi yang dapat diterima secara sosial

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2010 bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Republik Indonesia (Depkes RI, 1999).

Marc Lehrer (dalam Iyus Yosep, 2007) seorang ahli dari University of California menemukan bahwa dari 3000 bayi yang diteliti serta diberikan stimulasi dini berupa suara, musik, cahaya, getaran, dan sentuhan, ternyata setelah dewasa memiliki perkembangan fisik, mental, dan emosi yang lebih baik. Demikian juga penelitian-penelitian yang dilakukan di Hospital Bangkok Thailand, pada bayi-bayi yang mendapatkan prenatal care yang baik dan stimulus sejak dalam kandungan. Ternyata bayi tersebut mampu berbicara, berkomunikasi, menirukan suara, menyebut kata pertama dan senyum. Hal ini didukung oleh penemuan Beatriz Manrique (Presiden The Venezuela Ministry for The Development of Intelligence) dalam penelitian pada 600 bayi, ternyata stimulasi sejak

dalam kandungan dapat meningkatkan kemampuan adaptasi, attachment, dan bahasa.

Iyus Yosep (2007) menyatakan bahwa diperkirakan bahwa 2-3 % dari jumlah penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa berat. Bila separuh dari mereka memerlukan perawatan di rumah sakit dan jika penduduk Indonesia berjumlah 120 juta orang, maka ini berarti bahwa 120 ribu orang dengan gangguan jiwa berat memerlukan perawatan di rumah sakit. Padahal yang tersedia sekarang hanya kira-kira 10.000 tempat tidur.

Sebagai makhluk sosial manusia senantiasa ingin berhubungan dengan manusia lainnya. Ia ingin mengetahui lingkungan sekitarnya, bahkan ingin mengetahui apa yang terjadi dalam dirinya. Rasa ingin tahu ini memaksa manusia perlu berkomunikasi. Dalam hidup bermasyarakat, seorang yang tidak pernah berkomunikasi dengan orang lain niscaya akan terisolasi dari masyarakat. Pengaruh keterisolasian ini akan menimbulkan depresi mental yang akhirnya membawa orang kehilangan keseimbangan jiwa. Oleh sebab itu menurut **Evereu Kleinjan** dari East West Center Hawaii, komunikasi sudah merupakan bagian kekal dari kehidupan manusia seperti halnya bernapas. Sepanjang manusia ingin hidup, ia perlu berkomunikasi (**Hafied Cangara**, 2007).

Komunikasi antar orang yang baik merupakan dasar keberhasilan promosi kesehatan, baik dalam konteks konsultasi dengan pasien, percakapan dengan sejawat atau permohonan pada atasan. Komunikasi yang baik berarti komunikasi yang jelas, berjalan dua arah tanpa ada

pengurangan pesan antara yang diberikan dan diterima. Penerapan keterampilan ini sering kali tergantung situasi yang dihadapi, meskipun demikian dapat diterapkan dalam kerja kelompok dan pengajaran. Keterampilan ini membantu mengembangkan komunikasi yang lebih baik, tetapi tentu saja pedoman ini dapat disesuaikan dengan situasi dan bukan merupakan jalan pintas agar menjadi komunikator yang baik. Pedoman tersebut adalah awal, dan meningkatkan komunikasi merupakan proses pengembangan seumur hidup (**Linda Ewles & Ina Simnett, 1994**) dalam Promosi Kesehatan.

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan upaya kesehatan perlu manajemen keperawatan antara pasien dan perawat yang selalu menggunakan komunikasi untuk menjalin hubungan yang baik sehingga dapat mencapai suatu tujuan yang diharapkan. Perawat dalam hal ini harus memahami dan menguasai teknik komunikasi yang baik dan efektif, sehingga dalam penerapan manajemen keperawatan pada pasien tidak mengalami hambatan, disisi lain pasien dapat merasa puas dengan cara/sikap perawat dalam menghadapinya (Depskes RI, 1999).

Dengan kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran serta perubahan proses keperawatan dari perawatan orang sakit secara individual kepada perawatan profesional, menyebabkan peranan komunikasi menjadi sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan. Dalam era kemajuan seperti ini komunikasi dari perawat sebagai orang terdekat dengan pasien

menjadi lebih penting, baik secara verbal maupun non verbal dalam membantu penyembuhan pasien. Sedangkan komunikasi dalam dunia keperawatan dikenal dengan istilah komunikasi terapeutik, yaitu komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Purwanto, 1994).

Perawat yang memiliki keterampilan dalam komunikasi secara terapeutik tidak saja akan mudah menjalin hubungan rasa saling percaya dengan pasien tetapi juga dapat memberikan kepuasan profesionalisme dalam pelayanan keperawatan dan meningkatkan citra profesi serta citra rumah sakit tempat perawat bekerja. Komunikasi terapeutik merupakan tanggung jawab moral perawat dalam praktek keperawatan (Achir Yani, 1996).

Rumah sakit jiwa madani palu sebagai salah satu unit pelayanan kesehatan jiwa yang ada di propinsi sulawesi tengah sejak tahun 1985 telah melayani pasien dengan masalah kesehatan jiwa dan pada tahun 2002 membuka pelayanan kesehatan umum (sesuai perda no. 12 tahun 2002), sehingga jumlah pasien baik rawat inap maupun rawat jalan semakin meningkat pula, khususnya di pelayanan unit psikiatri rawat inap pada tahun 2006 telah melayani 666 pasien, dan rawat jalan berjumlah 4309 pasien.

Sedangkan data bulan januari hingga desember 2007 jumlah pasien psikiatri rawat inap 733 orang, dan rawat jalan berjumlah 5002 orang (data rekam medik januari 2008). Jumlah tersebut mengindikasikan

adanya kenaikan jumlah pasien psikiatri khususnya di unit rawat jalan. Peningkatan jumlah pasien psikiatri ini dengan sendirinya memerlukan peningkatan pelayanan dengan tenaga kesehatan yang berkualitas dan mempunyai kualifikasi pendidikan yang lebih sesuai baik dari segi pengetahuan maupun dari segi keterampilan/skill dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, khususnya dalam penerapan komunikasi terapeutik.

Dampak negatif dari perawatan di rumah sakit, mendorong dicanangkannya pelayanan kesehatan jiwa masyarakat yaitu mempertahankan klien sedapat mungkin di masyarakat. Hal ini mungkin dilakukan melalui integrasi kesehatan jiwa masyarakat di Puskesmas. Dengan demikian maka rentang asuhan keperawatan adalah dari pelayanan di masyarakat sampai pelayanan di rumah sakit dan sebaliknya.

Menurut **McKinley, 1976** dalam Graeff, J.A, Elder, J.P, and Booth, E.M berpendapat bahwa individu sangat kuat dipengaruhi oleh reaksi-reaksi negatif dan positif dari orang-orang dalam kerangka kerja sosial mereka – keluarga dekat, tetangga dan tokoh masyarakat tertentu, bagi praktik-praktik kesehatan mereka.

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) klien. Umumnya, keluarga meminta bantuan tenaga kesehatan jika mereka tidak sanggup lagi merawatnya. Oleh karena itu asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga bukan hanya memulihkan keadaan klien tetapi bertujuan

untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga tersebut (**Iyus Yosep**, 2007).

Disisi lain rumah sakit jiwa Madani telah pernah melakukan beberapa kali pelatihan maupun seminar yang berkaitan dengan pelayanan keperawatan antara lain : Pelatihan manajemen asuhan keperawatan pada tahun 1999 dan tahun 2007, Pelatihan etika keperawatan tahun 2005, seminar pelayanan prima pada tahun 2004, seminar persiapan RS menjadi BLU pada tahun 2005.

Selain itu juga telah beberapa kali mengikuti pelatihan keperawatan yang di lakukan oleh institusi lain baik yang ada di kota Palu maupun di luar kota Palu, serta pada tahun 1999 rumah sakit jiwa Madani telah terakreditasi dengan 7 (tujuh) pelayanan dasar.

Namun pada kenyataannya sesuai hasil pengamatan/observasi peneliti bahwa kunjungan keluarga terhadap pasien yang dirawat inap di rumah sakit jiwa Madani sangat kurang, selain itu pasien lebih banyak hidup dengan dunianya sendiri atau duduk sendirian tanpa ditemani oleh perawat, keluarga ataupun oleh pasien yang lain. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan asuhan keperawatan khususnya komunikasi terapeutik yang dilakukan di rumah sakit jiwa baik terhadap pasien, maupun keluarga pasien masih kurang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas maka dirumuskan masalah sebagai berikut : apakah ada perbedaan pengetahuan dan perilaku keluarga tentang komunikasi terapeutik sebelum dan sesudah promosi kesehatan dengan menggunakan metode ceramah di RSJ Madani Palu ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbedaan sebelum dan sesudah promosi kesehatan tentang komunikasi terapeutik pada keluarga pasien gangguan jiwa.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui perbedaan pengetahuan keluarga pasien gangguan jiwa sebelum dan sesudah promosi kesehatan tentang komunikasi terapeutik
- b. Untuk mengetahui perbedaan praktik keluarga terhadap pasien gangguan jiwa sebelum dan sesudah promosi kesehatan dengan menggunakan komunikasi terapeutik

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

1. Manfaat praktis

Menjadi salah satu informasi penting bagi penentu kebijakan di tingkat Rumah Sakit Jiwa Madani Palu, hasil penelitian ini dapat digunakan untuk memperbaiki sistem pengelolaan sumber daya manusia khususnya profesi promosi kesehatan.

2. Manfaat Akademis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu informasi bagi para ilmuan serta memperkaya kepustakaan ilmu kesehatan masyarakat khususnya promosi kesehatan.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Marupakan pengalaman ilmiah yang sangat berharga bagi peneliti dalam melakukan penelitian dan sebagai persyaratan untuk menyelesaikan study pada program pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Komunikasi Secara Umum

1. Pengertian

Oleh beberapa ahli mendefinisikan komunikasi secara umum adalah :

- a. Menurut *Handoko, 1999*, komunikasi merupakan proses penyampaian pesan atau informasi dari seseorang ke orang lain.
- b. Purwanto, (1994) mengemukakan bahwa komunikasi adalah pembagian ide, pikiran, fakta dan pendapat yang dilakukan dua orang atau lebih melalui lambang-lambang yang harus dimengerti oleh orang yang melakukan komunikasi.
- c. Komunikasi adalah proses yang menggambarkan siapa mengatakan apa dengan cara apa kepada siapa dengan efek apa, Laswell, (dalam Alo Liliweri, 2007).
- d. Komunikasi merupakan interaksi antar pribadi yang menggunakan sistem simbol linguistik, seperti sistem simbol verbal (kata-kata), verbal dan non verbal. Sistem ini dapat disosialisasikan secara langsung/tatap muka atau melalui media lain (tulisan, oral dan visual), (Karlfried Knapp, 2003) dalam Alo Liliweri, 2007.
- e. Komunikasi adalah pertukaran informasi antara dua atau lebih manusia atau dengan kata lain, pertukaran ide dan pikiran, Koziar & Erb, 1995 (dalam Tamsuri, 2006).

- f. Komunikasi adalah proses ketika seorang individu (komunikator) mengoper perangsang (biasanya lambang bahasa) untuk mengubah tingkah laku individu yang lain (komunikan), Carl I. Hovland (dalam Anas Tamsuri, 2006)
- g. Komunikasi merupakan setiap proses pertukaran informasi, gagasan dan perasaan. Proses ini meliputi informasi yang disampaikan baik secara lisan maupun tertulis dengan kata-kata, atau yang disampaikan dengan bahasa tubuh, gaya maupun penampilan diri, menggunakan alat bantu di sekeliling kita sehingga sebuah pesan menjadi lebih kaya (Hybels dan Weafer II 1992; Liliweri, 2003) dalam Alo Liliweri, 2007.

Berdasarkan berbagai pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa komunikasi adalah proses timbal balik penyampaian pesan yang dilakukan 2 orang atau lebih dan mempunyai tujuan tertentu dan kita dapat mengatakan bahwa komunikasi sebagai suatu aktivitas manusia selalu melibatkan :

- 1). Sumber komunikasi
- 2). Pesan komunikasi yang berbentuk verbal dan non verbal
- 3). Media atau saluran sebagai sarana – wadah tempat pesan atau rangkaian pesan dialihkan.
- 4). Cara, alat, atau metode untuk memindahkan pesan
- 5). Penerima atau sasaran yang menerima komunikasi
- 6). Tujuan dan maksud komunikasi

- 7). Rangkaian kegiatan antara sumber atau pengirim dengan sasaran atau penerima
 - 8). Situasi komunikasi
 - 9). Proses komunikasi, yaitu proses satu arah, interaksi, dan proses transaksi
 - 10). Pemberian makna bersama atas pesan dari sumber dan penerima yang terlibat dalam komunikasi
 - 11). Pembagian pengalaman atas pesan yang dipertukarkan dari sumber dan penerima yang terlibat dalam komunikasi.
2. Ada beberapa tipe komunikasi :
- a. Komunikasi verbal

Sebagian besar komunikasi verbal disadari, karena biasanya kita memilih kata-kata yang kita ungkapkan. Dalam memilih kata-kata, kita perlu memperhatikan hal berikut :

1) Kesederhanaan

Kalimat yang sederhana , mudah dimengerti, singkat, dan lengkap.

2) Kejelasan

Komunikasi bisa jelas apabila ada kecocokan dengan apa yang diungkapkan dan yang diekspresikan oleh wajah serta gerak-gerak tubuh. Di samping itu, perlu juga mengungkapkan kata-kata dengan jelas dan ada baiknya apabila isi diungkapkan secara perlahan.

3) Tepat waktu dan relevan

Harus peka terhadap kebutuhan yang sedang dirasakan pasien/keluarga.

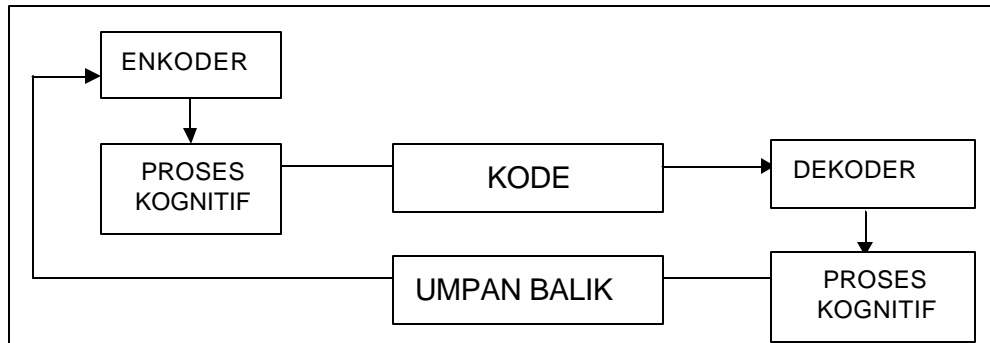
4) Caring dan adaptabilitas

Harus peka terhadap situasi dan mampu menanggapi situasi tersebut.

b. Komunikasi nonverbal

Komunikasi nonverbal sering diartikan sebagai "bahasa tubuh" yang menyangkut ekspresi wajah, sentuhan, memakai isyarat, gerakan tubuh. Komunikasi nonverbal lebih banyak menunjukkan apa yang dirasakan daripada apa yang diungkapkan. Oleh sebab itu kita harus sadar akan bahasa tubuhnya sendiri dan kita juga harus mampu membaca dan menanggapi bahasa tubuh orang lain. Seringkali 2 cara komunikasi ini dipakai sekaligus, akan tetapi 80-90 % dari komunikasi adalah nonverbal (Baradero, 2006)

Gambar 1
Proses komunikasi



Sumber: Konseling dalam Keperawatan

3. Faktor yang mempengaruhi proses komunikasi

a. Kemampuan komunikator

Kemampuan ini meliputi kemampuan untuk berbicara, mendengar, melihat. Selain itu, kemampuan mental (kognitif) bisa dipengaruhi oleh penyakit seperti gangguan pada otak, penggunaan sedativa, penggunaan alkohol, dan seterusnya. Stres dapat mengurangi konsentrasi.

b. Persepsi

Setiap manusia mempunyai kepribadian yang unik, nilai-nilai hidup, harapan yang berbeda dengan orang lain. Karenanya persepsi dan interpretasi terhadap pesan yang diterimanya bisa juga tidak sama.

c. Personal space

Personal space adalah jarak yang diinginkan antara encoder dan decoder dalam mengadakan komunikasi tertentu.

d. Peranan dan hubungan

Peranan dan hubungan antara encoder dan decoder juga mempengaruhi komunikasi. Misalnya, peranan dan hubungan guru-murid, orang tua-anak, perawat-pasien, dokter-pasien, dan seterusnya. Peranan dan hubungan ini akan mempengaruhi isi dan cara komunikasi.

e. Waktu

Komunikasi dengan pasien yang menuntut pasiennya harus menunggu baru kemudian perawatnya muncul akan berbeda tanggapannya dengan pasien yang tidak dibiarkan menunggu lama. Cara perawat memakai waktu bisa juga memperlancar atau menghambat komunikasi. Misalnya, perawat yang menyatakan kepada pasien, "setelah saya keliling saya akan kembali untuk mendengarkanmu". Besar kemungkinan kalau nanti perawatnya kembali, pasien sudah tidak mau bicara.

f. Lingkungan

Lingkungan yang tenang, bebas dari kebisingan, ventilasi yang baik, kamar tidak terlalu panas atau terlalu dingin, adanya privasi, dan seterusnya akan memperlancar komunikasi.

g. Sikap

Sikap peduli (caring), kehangatan, menghargai, menerima, dan seterusnya dapat memperlancar komunikasi.

h. Emosi dan harga diri

Pasien yang sedang mengalami emosi yang kuat akan mengalami kesulitan memusatkan perhatiannya pada penjelasan yang diberikan perawat. Maka ada baiknya apabila perawat mendengarkan dahulu pasien ini dan penjelasan diberikan kemudian.

Pola komunikasi seseorang bisa dipengaruhi oleh harga dirinya. Seseorang yang harga dirinya tinggi, bisa berkomunikasi secara jujur dan akan tampak keserasiannya (kongruensinya) antara komunikasi verbal dan nonverbalnya dan antara apa yang diungkapkannya dengan apa yang dirasakannya.

4. Konteks komunikasi

a. Komunikasi intrapersonal

Komunikasi yang terjadi pada diri sendiri. Komunikasi ini disebut dialog internal atau bicara sendiri yang terjadi secara konstan dan sadar.

b. Komunikasi interpersonal

Komunikasi yang terjadi akibat interaksi antara 2 orang atau didalam kelompok kecil 3-4 orang dengan jarak fisik diantara mereka yang sangat dekat, bertatap muka atau bermedia dengan sifat umpan balik yang berlangsung cepat, adaptasi pesan bersifat khusus, serta memiliki tujuan/maksud komunikasi tidak berstruktur.

c. Komunikasi kelompok

Komunikasi dalam konteks kelompok merupakan komunikasi yang terjadi di antara sejumlah orang (kalau kelompok kecil berjumlah 4-20 orang, kelompok besar 20-50 orang), umpan balik pesan berlangsung cepat, adaptasi pesan bersifat khusus, tujuan/maksud komunikasi tidak berstruktur.

d. Komunikasi publik

Kini informasi kesehatan dapat diperoleh melalui aktivitas komunikasi publik.

e. Komunikasi massa

Harus diakui bahwa kini nyaris tak ada aktivitas manusia termasuk penyebaran informasi kesehatan yang tidak ditopang oleh jasa media massa. Perhatikan bagaimana para pengusaha obat, makanan dan minuman berlomba-lomba memanfaatkan media massa.

Menurut Binner, (1980) dalam Ridwan Thaha, (2001) menyebutkan bahwa komunikasi massa adalah pesan yang dikomunikasikan melalui media kepada sejumlah besar orang. Media dapat berupa radio, televisi, dan surat kabar. Termasuk didalamnya penyebaran poster, liflet dan pamflet yang bersifat umum. Dari pengertian tersebut, tekanan komunikasi massa semata-mata terletak pada kontrol "pesan" tanpa memperhitungkan

proses penyampaian pesan. Komunikasi massa mempunyai empat tanda pokok, yaitu :

- 1) Bersifat tidak langsung, artinya harus melalui media teknis,
 - 2) Bersifat satu arah, artinya tidak ada interaksi langsung antara peserta-peserta komunikasi (komunikan),
 - 3) Bersifat terbuka, artinya ditujukan kepada publik yang tidak terbatas,
 - 4) Mempunyai publik yang secara geografis tersebar.
5. Didalam komunikasi terkandung unsur-unsur antara lain :
- a. Sender atau encoder atau komunikator adalah orang yang mempunyai inisiatif menyampaikan pesan kepada orang lain atau disebut juga pengirim pesan.
 - b. Message atau pesan yaitu informasi yang disampaikan oleh pengirim.
 - c. Penerima pesan decoder yaitu seseorang yang menerima pesan atau disebut komunikan.
 - d. Channel atau media yaitu cara yang digunakan untuk mengirim pesan.
 - e. Referent atau stimulus yaitu hal yang memotivasi untuk berkomunikasi dengan orang lain (Widjaja, 2000).
6. Proses Komunikasi :
- a. Menterjemahkan ide kedalam kode yang dapat dimengerti penerima pesan agar tidak menimbulkan keraguan.

- b. Disampaikan atau dikirimkan berita kepada penerima pesan
- c. Penerima menangkap simbol-simbol yang disampaikan sebagai suatu ide atau gagasan
- d. Penerima mengirim reaksi sebagai bentuk umpan balik kepada pengirim.

7. Prinsip Komunikasi :

- a. Relevan : membuat pesan relevan dengan yang didengar
- b. Definisi : mendefinisikan ide sebelum dijelaskan atau disampaikan
- c. Struktur : mengorganisasikan pesan dalam suatu kesatuan
- d. Pengulangan : mengulang konsep-konsep utama dari pesan
- e. Perbandingan : membandingkan ide lama dengan ide baru
- f. Penekanan : memfokuskan pada aspek yang utama dan penting dalam komunikasi (Widjaja, 2000).

B. Komunikasi Terapeutik

1. Pengertian

- a. Komunikasi terapeutik merupakan cara untuk membina hubungan yang terapeutik. Dalam proses komunikasi terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dan pikiran (Stuart dan Sundeen, 1998).
- b. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan

pasien. Jadi pada intinya komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang diarahkan pada kesembuhan klien (Purwanto, 1994).

- c. Komunikasi terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan. Disini dapat diartikan bahwa terapeutik adalah segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan (Nurjanah, 2001).
- d. Komunikasi terapeutik berarti seseorang mampu melakukan atau mengkomunikasikan perkataan, perbuatan atau ekspresi yang memfasilitasi proses penyembuhan (Nurjanah, 2001).

2. Tujuan Komunikasi Terapeutik

- a. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada situasi yang diperlukan.
- b. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang paling efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- c. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri. Dengan komunikasi terapeutik yang efektif maka akan tercipta hubungan kerja sama antara perawat dan pasien (Stuart dan Sundeen, 1998).

Tujuan komunikasi terapeutik diarahkan pada pertumbuhan klien yang mempunyai karakteristik sebagai berikut :

- 1). Realisasi diri, penerimaan diri, dan rasa hormat terhadap diri sendiri.
- 2). Identitas diri yang jelas dan rasa integritas diri yang tinggi.
- 3). Kemampuan untuk membina hubungan intra personal yang intim dan saling tergantung dan saling mencintai.
- 4). Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realistis (Stuart dan Sundeen, 1998).

3. Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Dalam komunikasi terapeutik perawat menggunakan dirinya secara terapeutik untuk membina apa yang disebut sebagai hubungan terapeutik atau *helping relationship*.

4. Unsur-unsur Komunikasi Terapeutik

- a. Sumber proses komunikasi yaitu mengirim dan menerima pesan.
Prakarsa berkomunikasi dilakukan oleh sumber juga menerima pesan sebagai tolak ukur keberhasilan dalam mengirim.
- b. Pesan-pesan yang disampaikan dengan menggunakan pengandaian baik yang berupa bahasa verbal maupun non verbal.
- c. Penerima yaitu orang yang menerima pesan dan membalas pesan yang disampaikan oleh sumber sehingga dapat diketahui mengerti atau tidaknya suatu pesan
- d. Lingkungan waktu komunikasi berlangsung.

5. Prinsip Komunikasi Terapeutik

- a. Perawat harus mengenal dirinya sendiri, berarti menghayati, memahami dirinya sendiri serta nilai yang di anut.
- b. Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menghargai, saling menerima dan saling percaya.
- c. Perawat harus memahami nilai yang di anut pasien
- d. Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental
- e. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut
- f. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap maupun tingkah lakunya sehingga tumbuh semakin matang dan dapat memecahkan masalah-masalah yang dihadapi
- g. Perawat mampu menguasai perasaan sendiri secara bertahap baik itu perasaan sedih, marah, gembira, keberhasilan maupun frustrasi
- h. Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya
- i. Memahami betul arti empati sebagai tindakan yang terapeutik bukan simpati
- j. Kejujuran dan keterbukaan sebagai dasar hubungan terapeutik
- k. Mampu berperan sebagai role model agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh karena itu perawat

perlu mempertahankan suatu keadaan sehat fisik, mental, spiritual dan gaya hidup

- l. Altruisme mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi
- m. Berpegang pada etika dengan cara berusaha sedapat mungkin mengambil kepuasan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia
- n. Bertanggung jawab terhadap dua dimensi yaitu terhadap diri sendiri dan orang lain (Carl Rogers dalam Nurjanah, 2001)

6. Perbedaan Komunikasi Terapeutik dan Komunikasi Sosial

Perbedaan komunikasi terapeutik dan komunikasi sosial adalah :

Komponen Komunikasi	Komunikasi Terapeutik	Komunikasi Sosial
Saling membuka diri	Pasien : membuka diri Perawat : membuka diri dalam rangka menanggapi saja	Bervariasi
Fokus percakapan	Dikenal oleh perawat dan pasien	Tidak dikenal oleh partisipan
Topik yang tepat	Pribadi dan berhubungan dengan perawat dan pasien	Sosial, bisnis, umum dan tidak pribadi
Hubungan pengalaman dengan topik percakapan	Ada keterlibatan dan menggunakan pengetahuan yang berkaitan	Tidak terkait dan menggunakan pengetahuan yang tidak berhubungan
Orientasi waktu	Sekarang	Masa lalu dan masa mendatang
Pengungkapan perasaan	Ungkapan perasaan didorong oleh perawat	Ungkapan perasaan dihindari
Pengakuan harkat individu	Sangat diakui	Tidak diakui

Longo, D.C., dan William, R.A., 1986, dalam Budi Anna Keliat, 1991

7. Fase-fase Komunikasi Terapeutik

Proses berhubungan perawat dan pasien dapat dibagi dalam 4 fase yaitu fase prainteraksi; fase perkenalan atau orientasi; fase kerja; dan fase terminasi (Stuart dan Sundeen, 1998).

a. Fase pra interaksi

Prainteraksi mulai sebelum kontak pertama dengan pasien. Perawat mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutannya, sehingga kesadaran dan kesiapan perawat untuk melakukan interaksi dengan klien dapat dipertanggung jawabkan.

Perawat yang sudah berpengalaman dapat menganalisa kekuatan dan keterbatasan profesional diri sendiri serta nilai tambah pengalamannya berguna agar lebih efektif dalam memberikan asuhan keperawatan. Ia harusnya mempunyai konsep diri yang stabil dan harga diri yang adekuat, mempunyai hubungan yang konstruktif dengan orang lain, dan berpegang pada kenyataan dalam menolong pasien.

Pemakaian diri secara terapeutik berarti memaksimalkan pemakaian kekuatan dan meminimalkan pengaruh kelemahan diri dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.

Tugas tambahan pada fase ini adalah mencari informasi tentang pasien dan merencanakan pertemuan pertama dengan pasien (Stuart dan Sundeen, 1998)

b. Fase perkenalan dan orientasi

Fase ini dimulai dengan pertemuan dengan pasien. Hal utama yang perlu dikaji adalah alasan pasien minta pertolongan/mencari bantuan yang akan mempengaruhi terbinanya hubungan perawat pasien. Dalam memulai hubungan, tugas utama adalah membina rasa percaya; penerimaan dan pengertian; komunikasi yang terbuka dan perumusan kontrak dengan pasien. Elemen-elemen kontrak perlu diuraikan dengan jelas pada pasien yaitu : nama individu (perawat dan pasien), peran perawat dan pasien, tanggung jawab perawat dan pasien, harapan perawat dan pasien, tujuan hubungan, tempat pertemuan, waktu pertemuan, situasi terminasi, kerahasiaan, sehingga kerjasama pasien – perawat dapat optimal.

Diharapkan pasien berperan serta secara penuh dalam kontrak, namun pada kondisi tertentu, misalnya pasien dengan gangguan realita, maka kontrak dilakukan sepihak dan perawat perlu mengulang kontrak jika kontak realitas pasien meningkat.

Perawat dan pasien mungkin mengalami perasaan tidak nyaman, bimbang karena memulai hubungan yang baru. Pasien yang mempunyai pengalaman hubungan interpersonal yang menyakitkan akan sukar menerima dan terbuka pada orang asing.

Tugas perawat adalah mengeksplorasi pikiran, perasaan, perbuatan pasien, dan mengidentifikasi masalah, serta merumuskan tujuan bersama pasien.

c. Fase kerja

Pada fase kerja, perawat dan pasien mengeksplorasi stressor yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi, pikiran, perasaan dan perbuatan pasien. Perawat membantu pasien mengatasi perasaan cemas; meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab diri sendiri; dan mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif. Perubahan perilaku maladaptif menjadi adaptif merupakan fokus fase ini.

Selam fase ini, pasien dibantu untuk mengembangkan pemahaman diri dan didorong untuk mengambil risiko dalam mengubah perilaku disfungsional.

d. Fase terminasi

Terminasi merupakan fase yang sangat sulit dan penting dari hubungan terapeutik. Rasa percaya dan hubungan intim yang terapeutik sudah terbina dan berada pada tingkat optimal.

Fase terminasi terjadi saat pasien dan perawat menentukan bahwa penutup dari suatu hubungan telah tepat. Biasanya kedua pihak setuju bahwa masalah yang mengawali hubungan terapeutik sudah lebih dapat ditangani dari sudut pandang pasien dan bahwa tujuan khusus yang dibuat sudah tercapai. Pasien mulai merasa dirinya

lebih baik dan sering melaporkan peningkatan dalam fungsi diri, sosial atau pekerjaan. Yang terpenting, tujuan utama terapi, seperti pengurangan distres emosional, perubahan perilaku yang tidak baik, peningkatan pertumbuhan dan perkembangan pasien, serta peningkatan kepuasan hidup, telah terpenuhi. Meskipun demikian, kadang fase terminasi menjadi sebuah pengalaman yang sulit dan menyakitkan. Tujuan utama pada akhir hubungan terapeutik agar terminasi dapat dilakukan dalam rencana yang mutual (saling menguntungkan) dan cara yang memuaskan.

8. Tugas Keperawatan dalam setiap Fase Komunikasi Terapeutik

Tugas keperawatan dalam setiap fase hubungan terapeutik

F a s e	T u g a s
Prainteraksi	Mengkaji perasaan, fantasi, dan rasa takut dalam diri sendiri Menganalisis kekuatan dan keterbatasan profesional diri sendiri Mengumpulkan data tentang pasien jika memungkinkan Merencanakan pertemuan pertama dengan pasien
Perkenalan atau orientasi	Menetapkan alasan pasien mencari bantuan Membina rasa percaya, penerimaan, dan komunikasi terbuka Mengkaji pikiran, perasaan, dan tindakan pasien Mengidentifikasi masalah pasien Menjelaskan tujuan kepada pasien Merumuskan kontrak secara timbal balik dengan mencakup nama, peran, tanggung jawab, harapan, tujuan, tempat pertemuan, waktu pertemuan, kondisi terminasi, dan kerahasiaan
Kerja	Mengkaji stresor yang relevan Meningkatkan pengembangan pemahaman dan penggunaan mekanisme koping pasien yang konstruktif Mendiskusikan dan mengatasi perilaku resistensi
Terminasi	Menetapkan realitas perpisahan Meninjau kemajuan terapi dan pencapaian tujuan Mengkaji secara timbal balik perasaan penolakan, kehilangan, kesedihan, dan kemarahan, serta perilaku yang terkait.

Gail W. Stuart, 2007

9. Teknik Komunikasi Terapeutik

No.	Teknik	Definisi	Nilai Terapeutik
1.	Mendengar	Proses aktif menerima informasi dan mempelajari reaksi seseorang terhadap pesan yang diterima	Secara non verbal menyampaikan perhatian dan penerimaan perawat kepada pasien
2.	Pertanyaan terbuka	Mendorong pasien untuk memilih topik diskusi	Menunjukkan penerimaan perawat dan nilai inisiatif pasien
3.	Pengulangan pernyataan	Mengulangi pikiran utama yang telah diungkapkan pasien	Menunjukkan bahwa perawat mendengarkan dan memvalidasi, memberi umpan balik, atau memperhatikan ucapan pasien
4.	Klarifikasi	Berupaya menyampaikan ide atau pikiran pasien yang tidak jelas; meminta pasien menjelaskan maksudnya	Membantu mengklarifikasi perasaan, ide, dan persepsi pasien; memberikan kejelasan tentang hubungan antara perasaan, ide, dan persepsi pasien dengan tindakannya
5.	Refleksi	Mengarahkan kembali ide, perasaan, pertanyaan, dan isi pesan kepada pasien	Memvalidasi pemahaman perawat tentang ucapan pasien dan menunjukkan empati, perhatian, dan penghormatan terhadap pasien
6.	Pemusatan	Pertanyaan atau pernyataan yang membantu pasien meluaskan topik pembicaraan yang penting	Memberi kesempatan kepada pasien untuk membahas masalah utama dan mempertahankan komunikasi sesuai tujuan
7.	Berbagai persepsi	Meminta pasien memastikan pemahaman perawat tentang apa yang pasien pikirkan atau rasakan	Menyampaikan pemahaman perawat dan dapat menghilangkan kebingungan

8.	Pengidentifikasi an tema	Isu atau masalah pokok yang timbul berulang kali	Memberi kesempatan kepada perawat untuk meningkatkan sebaik mungkin eksplorasi dan pemahaman pasien tentang masalah yang penting
9.	Diam	Tidak ada komunikasi verbal untuk alasan terapeutik	Memberikan waktu kepada pasien untuk berpikir dan memahami, memperlambat tempo interaksi, dan mendorong pasien untuk memulai percakapan sementara perawat memberikan dukungan, pengertian, dan penerimaan
10.	Humor	Pengeluaran energi melalui lelucon ketidaksempurnaan	Dapat meningkatkan pemahaman dengan merepresikan topik secara sadar; dapat mengatasi paradoks, agresi kemarahan, dan memberikan pilihan baru; merupakan bentuk sublimasi yang dapat diterima secara sosial

Gail W. Stuart, 2007

10. Komunikasi Dalam Proses Keperawatan

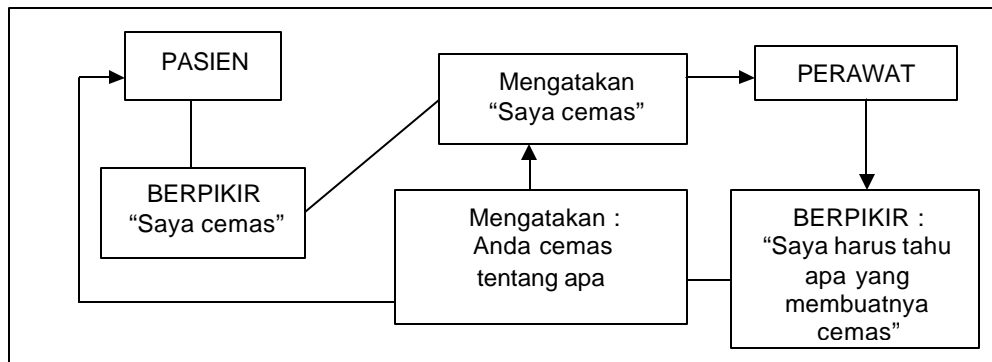
Proses keperawatan merupakan suatu metode untuk mengorganisasi dan memberikan tindakan keperawatan dari perawat kepada pasien. Komponen proses keperawatan (pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian) sebagai sarana untuk mencapai tujuan yang hendak dicapai melalui pendekatan proses keperawatan. Satu hal penting yang tidak terpisahkan dari proses pencapaian tujuan tersebut adalah komunikasi. Komunikasi merupakan bentuk kegiatan yang selalu dan dapat dilakukan pada

setiap tahap atau komponen proses keperawatan. Perawat tidak dapat melakukan proses tersebut dengan baik tanpa mengetahui kebutuhan pasien. Disinilah peran komunikasi dibutuhkan sebagai sarana untuk menggali kebutuhan pasien.

- a. Pengkajian, sebagai tahapan awal dari proses keperawatan, digunakan untuk mengumpulkan informasi dari beragam sumber melalui berbagai cara komunikasi.
- b. Diagnosa keperawatan, selama tahap diagnosa keperawatan, perawat menggunakan komunikasi untuk menyatu dengan pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan lainnya dalam rangka mengidentifikasi kebutuhan kesehatan dan menentukan prioritas dari tindakan keperawatan.
- c. Pada tahap pengembangan rencana keperawatan, perawat berinteraksi dengan pasien untuk menentukan apa yang pasien inginkan berkaitan dengan cara melakukan tindakan keperawatan.
- d. Selama tahap tindakan keperawatan, perawat aktif dalam tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien dan hal ini dibutuhkan keterampilan komunikasi untuk memenuhi kebutuhan fisik dan psikososial pasien.

- e. Pada akhir tahap proses keperawatan, perawat melakukan komunikasi dengan pasien untuk menilai kemajuan dan hasil akhir dari tindakan keperawatan yang diberikan. Jadi jelas, tanpa komunikasi, perawat akan mengalami kesulitan untuk menentukan apakah tindakan keperawatan yang telah diberikan berhasil atau tidak. Proses penilaian memungkinkan adanya perbaikan rencana keperawatan yang telah tersusun. Pada kondisi seperti ini, perawat harus mendiskusikan rasional dari usulan perubahan tindakan.

Gambar 2
Contoh komunikasi yang efektif



Sumber: Baradero (konseling dalam keperawatan)

Kesimpulannya, selama dalam keseluruhan proses keperawatan, perawat menggunakan keterampilan komunikasi, asimilasi, dan transformasi informasi. Walaupun proses keperawatan mampu memberikan kerangka kerja yang reliabel dalam pemberian asuhan keperawatan, hal ini tidak akan memberikan makna yang signifikan

kepada pasien jika dilakukan tanpa melalui keterampilan komunikasi yang baik. (Arwani, 2003).

C. Konsep Gangguan Jiwa

Manusia bereaksi secara keseluruhan, secara holistik, atau dapat dikatakan juga, secara somato-psiko-sosial. Dalam mencari penyebab gangguan, maka ketiga unsur ini haru diperhatikan.

Gangguan jiwa ialah gejala-gejala patologik dominan berasal dari unsur psike. Hal ini tidak berarti bahwa unsur yang lain tidak terganggu. Sekali lagi, yang sakit dan menderita ialah manusia seutuhnya dan bukan hanya badannya, jiwanya atau lingkungannya.

Hal-hal yang dapat mempengaruhi perilaku manusia ialah keturunan dan konstitusi, umur dan jenis kelamin, keadaan badaniah, keadaan psikologik, keluarga adat-istiadat, kebudayaan dan kepercayaan, pekerjaan, pernikahan dan kehamilan, kehilangan dan kematian orang yang dicintai, agresi, rasa permusuhan, hubungan antara manusia, dan sebagainya. Tabel di bawah ini taksiran kasar jumlah penderita beberapa jenis gangguan jiwa yang ada dalam satu tahun di Indonesia dengan penduduk 130 juta orang.

Jumlah Klien Gangguan Jiwa di Indonesia

Psikosa fungsional	520.000
Sindroma otak organik akut	65.000
Sindroma otak organik menahun	130.000
Retardasi mental	2.600.000
Nerosa	6.500.000
Psikosomatik	6.500.000
Gangguan kepribadian	1.300.000
Ketergantungan obat	<u>1.000</u>
	17.616.000

Sumber : Keperawatan Jiwa (Yosep, 2007)

Biarpun gejala umum atau gejala yang menonjol itu terdapat pada unsur kejiwaan, tetapi penyebab utamanya mungkin di badan (somatogenik), di lingkungan sosial (sosiogenik) ataupun di psike (psikogenik). Biasanya tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus dari berbagai unsur itu yang saling mempengaruhi atau kebetulan terjadi bersamaan, lalu timbullah gangguan badan ataupun jiwa. Umpamanya seorang dengan depresi, karena kurang makan dan tidur daya tahan badaniah seorang berkurang sehingga mengalami keradangan tenggorokan atau seorang dengan mania mendapat kecelakaan.

Sebaliknya seorang dengan penyakit badaniah umpamanya keradangan yang melemahkan, maka daya tahan psikologiknya pun menurun sehingga ia mungkin mengalami depresi. Sudah lama diketahui juga, bahwa penyakit pada otak sering mengakibatkan gangguan jiwa. Contoh lain ialah seorang anak yang mengalami gangguan otak (karena kelahiran, radang, dan sebagainya) kemudian menjadi hiperkinetik dan sukar diasuh. Ia mempengaruhi lingkungannya, terutama orangtua dan

keluarga lain yang serumah. Mereka ini bereaksi terhadapnya dan mereka saling mempengaruhi.

Sumber penyebab gangguan jiwa dipengaruhi oleh faktor-faktor pada ketiga unsur itu yang terus menerus saling mempengaruhi, yaitu :

1. Faktor-faktor somatik (somatogenik) atau Organobiologis.
2. Faktor-faktor psikologik (psikogenik) atau psikoedukatif.
3. Faktor-faktor sosio-budaya (sosiogenik) atau sosiokultural

D. Konsep Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan adalah tentang peningkatan status kesehatan dari individu dan komunitas. Dalam konteks kesehatan mengartikan sebagai memperbaiki kesehatan : memajukan, mendukung, mendorong dan menempatkan kesehatan lebih tinggi pada agenda perorangan maupun masyarakat umum (Linda Ewles dan Ina Simnett, 1994).

Promosi Kesehatan adalah kombinasi berbagai dukungan yang menyangkut pendidikan, organisasi, kebijakan dan peraturan perundang - undangan untuk perubahan lingkungan dan perilaku yang menguntungkan kesehatan (Green dan Ottoson,'98). Promosi Kesehatan adalah proses pemberdayaan masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya. (definisi yang selama ini dipakai oleh Pusat Promosi Kesehatan).

Proses pemberdayaan promosi kesehatan tersebut dilakukan dari, oleh,

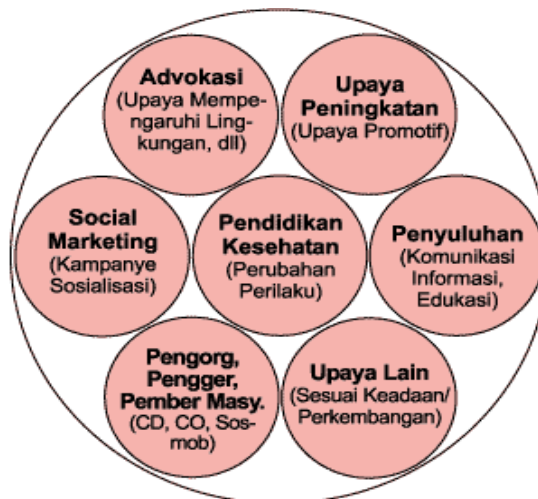
untuk dan bersama masyarakat, proses pemberdayaan tersebut dilakukan melalui kelompok-kelompok potensial di masyarakat, bahkan semua komponen masyarakat. Proses pemberdayaan masyarakat tersebut dilakukan sesuai dengan sosial budaya setempat. yang dibarengi dengan upaya mempengaruhi lingkungan, baik lingkungan fisik maupun non fisik.

1. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan adalah proses pemberdayaan masyarakat agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatannya. (*Health promotion is the process of enabling people to control over and improve their health*).

Gambar 3

Ruang Lingkup Promosi Kesehatan



- Promosi kesehatan mencakup pendidikan kesehatan (health education) yang penekanannya pada perubahan / perbaikan

perilaku melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan.

- b. Promosi kesehatan juga mencakup pemasaran sosial (*social marketing*), yang penekanannya pada pengenalan produk / jasa melalui kampanye.
- c. Promosi kesehatan adalah juga upaya penyuluhan (upaya komunikasi dan informasi) yang tekanannya pada penyebaran informasi.
- d. Promosi kesehatan juga merupakan upaya peningkatan (promotif), yang penekanannya pada upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.
- e. Promosi kesehatan juga mencakup upaya advokasi di bidang kesehatan, yaitu upaya untuk mempengaruhi lingkungan atau pihak lain agar mengembangkan kebijakan yang berwawasan kesehatan (melalui upaya legislasi atau pembuatan peraturan, dukungan suasana dan lain-lain di berbagai bidang / sektor, sesuai keadaan).
- f. Promosi kesehatan adalah juga pengorganisasian masyarakat (*community organization*), pengembangan masyarakat (*community Development*), pergerakan masyarakat (*social mobilization*), pemberdayaan masyarakat (*communication Empowerment*).

2. Dasar Pemikiran Terbentuknya Promosi Kesehatan

- a. Kesehatan adalah hak asasi manusia dan merupakan investasi, juga merupakan karunia Tuhan, oleh karenanya perlu dipelihara dan ditingkatkan kualitasnya. Promosi kesehatan sangat efektif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan tersebut.
- b. Faktor perilaku dan lingkungan mempunyai peranan sangat dominan dalam peningkatan kualitas kesehatan, dan merupakan pilar-pilar utama dalam pencapaian Indonesia Sehat 2010. hal-hal tersebut merupakan bidang garapan promosi kesehatan.
- c. Masalah perilaku menyangkut kebiasaan, budaya, dan masalah-masalah lain yang tidak mudah diatasi. Untuk itu semua perlu peningkatan kesadaran dan kepedulian masyarakat untuk hidup sehat, perlunya pengembangan kemitraan dan pemberdayaan masyarakat, dan untuk itu diperlukan peningkatan upaya promosi kesehatan.
- d. Sementara itu Promosi Kesehatan telah ditetapkan sebagai salah satu program unggulan, sehingga perlu digarap secara sungguh-sungguh dengan dukungan sumber daya yang memadai.
- e. Pada dasawarsa sekarang, juga pada masa-masa yang akan datang kita mengalami transisi epidemiologi, transisi demografi, di pihak lain permasalahan juga semakin kompleks dengan berbagai krisis yang belum kunjung reda. Selain itu kita juga sedang dalam

penyakit (contoh : tidak merokok atau menjaga kawasan tanpa asap rokok), melindungi diri dari ancaman penyakit (contoh : memakai helm/sabuk pengaman waktu berkendara), dan berperan aktif dalam upaya kesehatan (misalnya di Posyandu).

- d. Area atau program yang diprioritaskan dalam promosi kesehatan, yaitu : KIA, Gizi, Kesling, Gaya Hidup dan JPKM.
- e. Tatanan utama, yang menjadi sasaran promosi kesehatan, yaitu : Rumah tangga (sasaran ibu, bayi dan balita), Sekolah (sasaran : anak sekolah), tempat-kerja (sasaran : usia produktif), tempat umum (remaja/anak muda), sarana pelayanan kesehatan (pengunjung).
- f. Strategi pokok : Dikenal dengan singkatan ABG, yaitu : Advokasi (upaya untuk mempengaruhi kebijakan), Bina suasana (upaya pembentukan opini publik), dan Gerakan / pemberdayaan masyarakat (upaya untuk menggerakkan dan / atau memberdayakan semua komponen masyarakat).

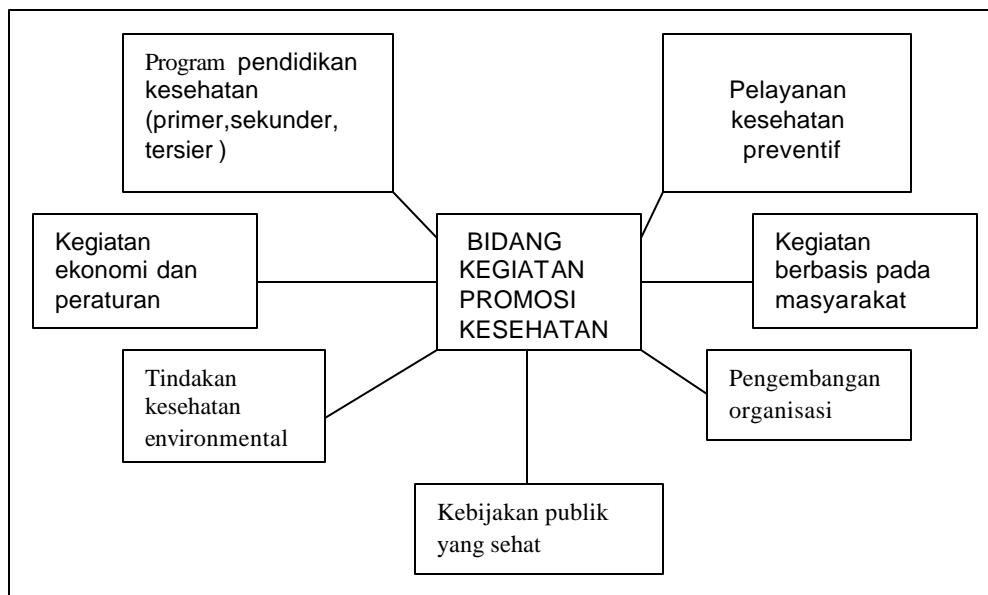
4. Kerangka Untuk Kegiatan Promosi Kesehatan

Ada dua butir penting yang perlu dibuat tentang penerapan kerangka dibawah ini. Yang pertama adalah bahwa kegiatan-kegiatan tidak selalu jatuh secara tegas pada satu di antara kategori-kategori yang ada. Sebagai contoh, apakah seorang penilik kesehatan yang sedang memberi dukungan kepada kelompok kesehatan wanita lokal ditempatkan pada program pendidikan kesehatan karena ia

menyediakan informasi kesehatan kepada kelompok itu dan membentuk pertemuan tentang manajemen stress, atau kegiatan berbasis pada komunitas

Gambar 5

Kerangka Kegiatan Promosi Kesehatan



Sumber: Ewles (Promosi Kesehatan, 1994)

Mitra utama : para pembuat kebijakan, lintas sektor, kalangan swasta, media massa, Perguruan Tinggi, dan semua komponen masyarakat : tokoh agama, tokoh masyarakat, LSM, organisasi profesi, artis, dll.

E. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Andersen (1968) dalam Ridwan, dis 2001, mengemukakan bahwa dalam menilai pemanfaatan pelayanan kesehatan dimulai dari komponen

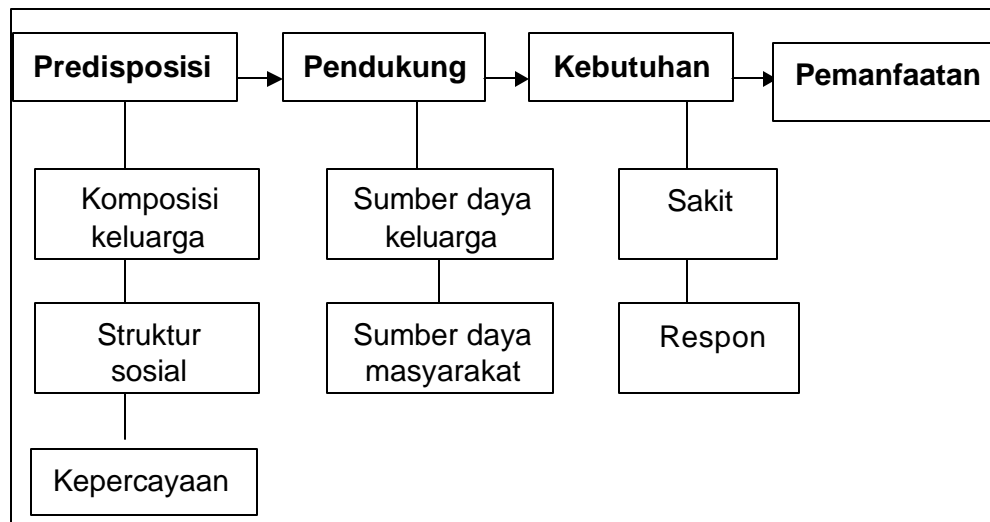
predisposisi, penguat, dan kebutuhan, kemudian menjelaskan secara rinci faktor-faktor utama yang terdapat dalam setiap komponen tersebut meliputi :

1. Komponen predisposisi adalah cirri-ciri yang telah ada pada individu dan keluarga sebelum menderita sakit dan memberikan tanggapan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Komponen ini terdiri atas tiga factor.
 - a. Faktor komposisi keluarga yang tercermin pada variabel usia dan jenis kelamin.
 - b. Faktor struktur social sebagai cermin kedudukan dan status seseorang dalam hubungannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, yang variabel utamanya adalah suku bangsa, pendidikan dan pekerjaan.
 - c. Kepercayaan.
Kepercayaan terhadap kesehatan sebagai cermin sikap seseorang terhadap pelayanan kesehatan yang ada.
2. Komponen pemungkin adalah kondisi yang memungkinkan seseorang untuk melakukan tindakan memenuhi kebutuhan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Komponen ini dibagi menjadi dua faktor, yaitu sumber daya keluarga dan sumber daya masyarakat.
 - a. Sumber daya keluarga mencakup variabel pendapatan keluarga, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan, dan pengetahuan akan informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

- b. Sumber daya masyarakat mencakup variabel jumlah sarana, tenaga kesehatan yang tersedia, dan lokasi pemukiman kota dan desa.
3. Komponen kebutuhan adalah kondisi awal yang ada pada individu (predisposisi) dan kemampuan sumber daya yang dimiliki, yang kemudian menjadi kebutuhan. Komponen ini terdiri atas dua faktor, yaitu persepsi terhadap sakit dan respon.

Berikut ini gambar model Andersen antar tiga komponen yang saling berhubungan :

Gambar 6
Model Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan
Oleh Andersen



Sumber : A. Behavioral Model of Families Use of Health Services, Research series 25, The University of Chicago, 1968 dalam dis. Ridwan, 2001

Model di atas menyajikan muatan dari faktor internal yang ada pada individu dan keluarga, yakni komposisi keluarga, pendapatan, dan kepercayaan terhadap kesehatan. Faktor-faktor tersebut kemudian

menjadi dasar pembentukan persepsi individu terhadap tingkat keparahan penyakit (sakit), kemampuan merespon, dan kebutuhan untuk memilih pelayanan kesehatan. Muatan faktor external meliputi struktur sosial dan ketersediaan sarana pelayanan sebagai variabel yang mempengaruhi individu dan keluarga dalam memilih jenis pelayanan kesehatan. Artinya muatan struktur sosial yang menempatkan individu dalam strata sosial tertentu akan sangat mempengaruhi keputusan dalam pemilihan jenis pelayanan kesehatan.

F. Tinjauan Tentang Pengetahuan

Pengetahuan adalah perubahan dari tidak tahu menjadi tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu dimana pengetahuan mengisi akal dan jiwa seseorang yang sadar dan secara nyata terkandung dalam otaknya. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan perasaan. Menurut Benyamin Bloom (1908) bahwa pengetahuan adalah salah satu komponen dari perilaku yang termasuk didalamnya kognitif domain yang sangat penting untuk melakukan tindakan yaitu :

1. Tahu (know) :

Diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah

mengingat kembali (recall) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2. Memahami (comprehension) :

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasi materi tersebut.

3. Aplikasi (application) :

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil.

4. Analisis (analysis) :

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut.

5. Sintesis (synthesis) :

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6. Evaluasi (evaluation) :

Kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi terhadap materi maupun obyek.

G. Tinjauan Umum Tentang Perilaku

1. Pengertian

Perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas manusia itu sendiri, yang meliputi apa yang dikerjakan oleh organisme baik yang dapat diamati atau dipelajari.

Perilaku dipandang dari segi biologis adalah suatu kegiatan atau aktifitas organisme yang bersangkutan. Oleh sebab itu, perilaku mempunyai area yang sangat luas, mencakup segala aktifitas manusia. Dapat diartikan bahwa perilaku adalah apa saja yang dikerjakan oleh organisme, baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung.

Perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan dipelajari. Di dalam proses pembentukan dan perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor dari dalam (intern) dan dari luar (ekstern) individu itu sendiri. Intern mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi, dan sebagainya, yang berfungsi untuk mengelola rangsangan dari luar. Sedangkan faktor ekstern meliputi lingkungan sekitar baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial, ekonomi, kebudayaan, dan sebagainya. Perilaku itu dibentuk melalui suatu proses dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya (Notoatmodjo, 2005).

Masalah perilaku merupakan penyebab timbulnya berbagai masalah kesehatan, para profesional kesehatan masyarakat bersepakat bahwa untuk mengatasinya diperlukan suatu proses atau upaya berupa pendidikan kesehatan (*health education*) sebagai proses belajar-mengajar untuk mewujudkan "*process of change*" (Ngatimin, 2005). Melalui proses tersebut diharapkan terjadi proses perubahan perilaku menuju terwujudnya perilaku sehat.

2. Bentuk perilaku

Secara operasional perilaku dapat diartikan sebagai suatu respon seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari subjek tertentu. Respon yang timbul dapat dibedakan dalam dua macam (Notoatmodjo, 2005), yaitu :

- a. Bentuk pasif adalah respon internal, yang dapat terjadi dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat dilihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan (sikap batin), dan pengetahuan. Pengetahuan dan sikap merupakan perilaku yang terselubung (*covert behavior*).
- b. Berbentuk aktif yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Perilaku ini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata (*over behavior*).

3. Determinan perilaku

Konsep umum yang digunakan untuk mendiagnosa perilaku adalah konsep dari Lawrence Green (1980), perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu : (Notoatmodjo, 2005)

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana.
- c. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas (*provider*) yang menjadi referensi perilaku masyarakat.

4. Ranah perilaku

Perilaku manusia sangatlah kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku itu dalam tiga domain (ranah/kawasan) meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan-batasan yang jelas dan tegas. Kawasan tersebut adalah *knowledge*, *attitude*, dan *practice*.

Terbentuknya suatu perilaku baru, terutama pada orang dewasa dimulai pada domain kognitif, subjek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa objek atau materi diluar dirinya sehingga

menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap, terhadap objek yang diketahui itu. Akhirnya objek yang telah diketahuinya dan disadari sepenuhnya akan menimbulkan respon lebih jauh lagi yaitu berupa tindakan (action).

Penelitian Rogers (1974) dalam Ngatimin, (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu :

Awareness (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui lebih dahulu terhadap stimulus (objek).

Interest(merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap subjek mulai timbul.

Evaluation (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.

Trial, (coba-coba) dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.

Adaption, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

5. Perilaku kesehatan

Perilaku kesehatan adalah respon terhadap stimulus berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan

serta lingkungan. Pengertian ini mempunyai unsur pokok *respond and stimulus* atau rangsangan (Notoatmodjo, 2005).

Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia berespon, baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan memprediksi) tentang penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan diluar dirinya, maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan sakit dan penyakit tersebut.

6. Perubahan (adopsi) perilaku dan indikatornya

Secara teori perubahan perilaku seseorang adalah menerima atau mengadopsi perilaku baru yang berkaitan dengan pengetahuan, sikap dan praktek, yang berhubungan dengan sakit adalah sebagai berikut : (Notoatmodjo, 2005)

a. Pengetahuan

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus tahu dahulu apa artinya atau manfaatnya perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya.

b. Sikap

Sikap adalah penilaian (biasa berupa pendapat) seseorang terhadap stimuli atau objek (dalam hal ini adalah masalah kesehatan, termasuk penyakit). Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut.

c. Praktek atau tindakan (practice)

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau berpendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau yang disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktek kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan (*overt behavior*).

H. Pengaruh Komunikasi terhadap Perubahan Perilaku

Pengaruh dikatakan positif bila hasil yang diperoleh sesuai dengan yang diharapkan. Dengan demikian, pengertian pengaruh komunikasi menjadi positif bila mampu mengubah perilaku sasaran komunikasi sesuai dengan tujuan dan target program (Rakhmad, 1992, dalam Ridwan, 2001). Dalam kaitan dengan usaha perubahan perilaku keluarga, maka ukurannya sangat sederhana, yakni komunikasi kelompok massa dapat meningkatkan pengetahuan, sedangkan penerapan komunikasi terapeutik dapat mengubah sikap yang positif. Bila terjadi perubahan pada kedua dimensi ini, maka secara teoritik akan terjadi perubahan perilaku.

I. Tinjauan tentang Metode Ceramah dan Media

Konsep pembelajaran metode ceramah :

1. Defenisi

Metode ini disebut juga kuliah mimbar, merupakan metode yang paling banyak digunakan dalam proses belajar mengajar. Hampir lebih dari separuh waktu mengajar dipakai oleh dosen untuk berceramah. Metode ceramah adalah sebuah interaksi melalui penerangan dan penuturan lisan dari pengajar kepada peserta didik.

Ceramah akan berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi yang akan di ceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri dengan :

- a. Pelajari materi dengan sistematika yang baik, lebih baik lagi kalau di susun dalam diagram atau skema.
- b. Mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran, misalnya makalah singkat, slide, transparan, sound sistem, dan sebagainya.

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah penceramah tersebut dapat menguasai sasaran ceramah. Untuk itu penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut :

- a. Sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu dan gelisah
- b. Suara hendaknya cukup keras dan jelas
- c. Pandangan harus tertuju keseluruh peserta

- d. Berdiri di depan (dipertengahan), tidak boleh duduk
 - e. Menggunakan alat-alat bantu lihat (AVA) semaksimal mungkin
2. Keuntungan dan kerugian metode ceramah

Beberapa keunggulan metode ceramah antara lain :

- a. Cepat dalam menyampaikan informasi
- b. Dapat digunakan bila diperlukan untuk menyampaikan informasi dalam jumlah banyak

Kelemahan-kelemahannya adalah :

- a. Metode ceramah menyebabkan terjadinya komunikasi hanya satu arah
- b. Mahasiswa dapat menjadi pasif
- c. Dosen akan mengalami kesukaran untuk memenuhi kebutuhan individual pendengar
- d. Mahasiswa tidak diberi kesempatan untuk berpikir dan berperilaku
- e. Sulit untuk mencapai tujuan instruksional ke tingkat penerapan.

J. Kerangka Teori dan Kerangka Pikir

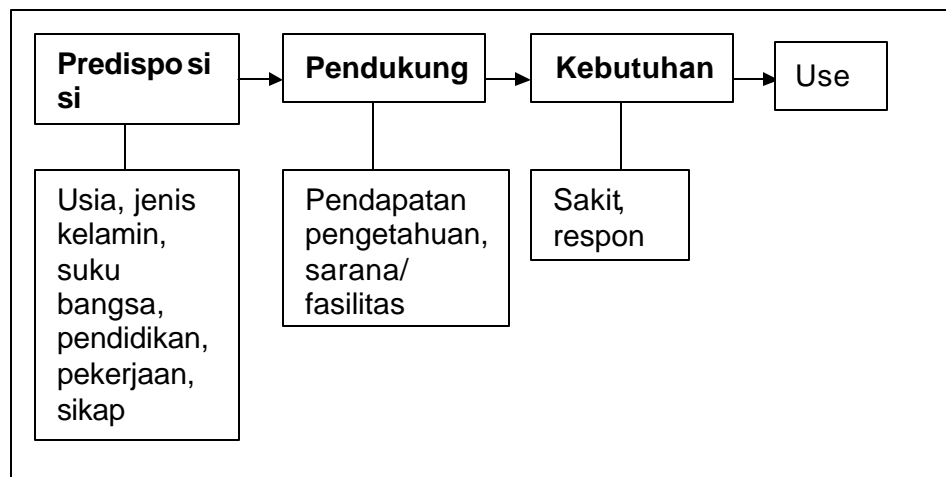
1. Kerangka Teori

Perilaku keluarga dalam berkomunikasi memegang peranan penting dalam peningkatan status kesehatan pasien gangguan jiwa. Komunikasi sudah merupakan bagian kekal dari kehidupan manusia

seperti halnya bernapas. Sepanjang manusia ingin hidup, ia perlu berkomunikasi.

Berdasarkan kajian kepustakaan dan kajian teori, maka disusunlah sebuah kerangka teori tentang komunikasi terapeutik oleh keluarga sebagai berikut :

Gambar 7
Kerangka Teori

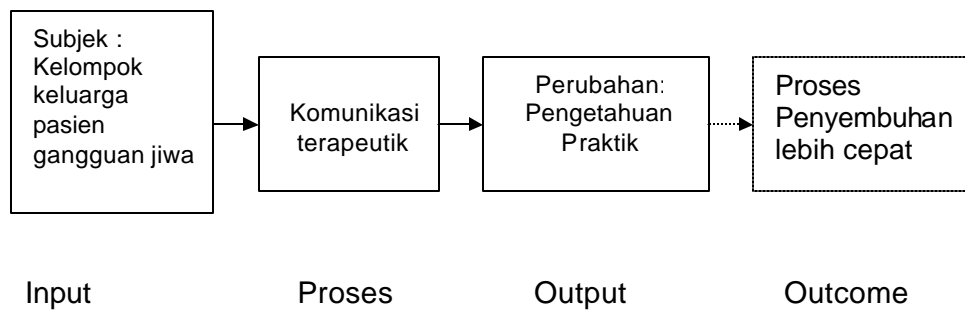


2. Kerangka Pikir

Faktor-faktor yang mempengaruhi proses belajar meliputi : input, proses, dan output. Input menyangkut subjek atau sasaran belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya. Proses adalah mekanisme atau proses terjadinya perubahan kemampuan pada diri subjek. Sedangkan output adalah proses terjadi perubahan kemampuan pada diri subjek (**Notoatmodjo, 2003**).

Adapun skema kerangka pikir penelitian ini adalah sebagai berikut :

Gambar 8
Kerangka Pikir Variabel Penelitian



Kerangka Pikir Variabel Penelitian (Notoatmodjo, 2003)