

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Palsi serebral

2.1.1 Definisi

Palsi serebral adalah terminologi yang digunakan untuk mendeskripsikan kelompok penyakit kronik yang mengenai pusat pengendalian pergerakan dengan manifestasi klinis yang tampak pada beberapa tahun pertama kehidupan dan secara umum tidak akan bertambah buruk pada usia selanjutnya. Istilah *cerebral* ditujukan pada kedua belahan otak, atau hemisfer, dan *palsy* mendeskripsikan bermacam penyakit yang mengenai pusat pengendalian pergerakan tubuh. Jadi, penyakit tersebut tidak disebabkan oleh masalah pada otot atau jaringan saraf tepi, melainkan terjadi perkembangan yang salah atau kerusakan pada area motorik otak yang akan mengganggu kemampuan otak untuk mengontrol pergerakan dan postur secara adekuat.¹¹

2.1.2 Etiologi

Palsi serebral adalah penyakit dengan berbagai macam penyebab Hal-hal yang diperkirakan sebagai penyebab palsi serebral adalah sebagai berikut :¹¹⁻¹⁵

a. Prenatal :

Penyebab utama palsi serebral pada periode ini adalah

malformasi otak kongenital. Sedangkan penyebab lainnya adalah: infeksi intrauterin (infeksi *Toxoplasma*, Rubella, *Cytomegalovirus*, Herpes virus dan sifilis), trauma, asfiksia intrauterin (abruptio plasenta, plasenta previa, anoksia maternal, kelainan umbilikus, perdarahan plasenta, ibu hipertensi, dan lain- lain), toksemia gravidarum, maternal seizure disorder, dan sangat jarang yaitu faktor genetik, kelainan kromosom.

b. Perinatal :

Penyebab palsy serebral dalam periode ini antara lain: anoksia / hipoksia yang dialami bayi selama proses kelahiran, trauma (disproporsi sefalopelvik, *sectio caesaria*), prematuritas, dan hiperbilirubinemia.

c. Postnatal :

Penyebab palsy serebral dalam periode ini antara lain: trauma kepala, infeksi (meningitis / ensefalitis yang terjadi 6 bulan pertama kehidupan), anoksia , dan luka parut pada otak setelah operasi.

2.1.3 Patofisiologi

Patofisiologi dari palsy serebral sangat berkaitan dengan proses perkembangan otak manusia dan hal-hal yang dapat mempengaruhi perkembangan tersebut. Perkembangan otak manusia dan waktu puncak terjadinya meliputi berikut:¹⁴

1. Neurulasi primer – Minggu 3-4 kehamilan
2. Perkembangan Prosensefalik – Bulan 2-3 kehamilan
3. Proliferasi neuronal – Bulan 3-4 kehamilan
4. Migrasi neuronal– Bulan 3-5 kehamilan
5. Organisasi – Bulan 5 dari kehamilan sampai bertahun-tahun pasca kelahiran
6. Mielinisasi – Lahir sampai bertahun-tahun pasca kelahiran

Penelitian kohort telah menunjukkan peningkatan risiko pada anak yang lahir sedikit prematur atau *postterm* (42 minggu) dibandingkan dengan anak yang lahir pada 40 minggu.¹⁴

A. Cedera otak atau perkembangan otak abnormal

Mengingat kompleksitas perkembangan otak prenatal dan bayi, cedera atau perkembangan abnormal dapat terjadi setiap saat, sehingga presentasi klinis palsi serebral bervariasi (apakah karena kelainan genetik, etiologi toksin atau infeksi, atau insufisiensi vaskular). Misalnya, cedera otak sebelum 19 minggu kehamilan dapat mengakibatkan defisit migrasi neuronal; cedera antara minggu ke-19 dan 34 dapat mengakibatkan leukomalasia periventrikular (*foci nekrosis coagulative* pada *substantia alba* yang berdekatan dengan ventrikel lateral); cedera antara minggu ke-34 dan ke-40 dapat mengakibatkan cedera otak fokal atau multifokal.¹⁴

Cedera otak akibat insufisiensi vaskular tergantung

pada berbagai faktor pada saat cedera, termasuk distribusi pembuluh darah ke otak, efisiensi aliran darah otak dan regulasi aliran darah, serta respon biokimia jaringan otak untuk oksigenasi.¹⁴

B. Prematuritas

Stres fisik pada bayi prematur dan ketidakmatangan pembuluh darah otak dan otak dapat menjelaskan mengapa prematuritas merupakan faktor resiko yang signifikan untuk palsy serebral. Sebelum matur, distribusi sirkulasi janin masih kurang baik, sehingga terjadi hipoperfusi pada substantia alba periventrikular. Hipoperfusi dapat mengakibatkan perdarahan matriks germinal atau leukomalasia periventrikular. Antara minggu ke-19 dan 34 usia kehamilan, daerah substantia alba periventrikular yang berdekatan dengan ventrikel lateral adalah daerah yang paling rentan mengalami cedera. Karena daerah-daerah tersebut membawa serat yang bertanggung jawab atas kontrol motorik dan tonus otot kaki. Cedera ini dapat terjadi dengan manifestasi klinik seperti diplegi spastik (yaitu, kelemahan tungkai, dengan atau tanpa keterlibatan lengan).¹⁴

C. Periventrikular leukomalasia

Ketika lesi lebih besar yang menjangkau daerah saraf *descenden* dari korteks motor dan melibatkan centrum

semiovale dan korona radiata, manifestasi klinik dapat terjadi pada ekstremitas bawah dan atas. Leukomalasia periventrikular umumnya simetris dan menyebabkan cedera iskemik substantia alba pada bayi prematur. Cedera asimetris pada substantia alba periventrikular dapat menghasilkan satu sisi tubuh yang lebih terpengaruh dari yang lain. Hasilnya hampir sama dengan hemiplegi spastik tetapi lebih terlihat sebagai kejang diplegia asimetris. Matriks germinal di daerah periventrikular sangat rentan terhadap cedera hipoksia-iskemik karena lokasinya di zona perbatasan vaskular antara zona akhir arteri striata dan thalamik.¹⁴

D. Perdarahan periventrikular - intraventrikular

Banyak ahli telah menentukan berat ringannya perdarahan periventrikular-perdarahan intraventrikular menggunakan sistem klasifikasi, yang pada awalnya dijelaskan oleh Papile dkk pada 1971 sebagai berikut:¹⁴

1. Grade I – perdarahan subependimal dan/atau matriks germinal
2. Grade II – perdarahan subependimal dengan ekstensi ke dalam ventrikel lateral tanpa pembesaran ventrikel
3. Grade III – perdarahan subependimal dengan ekstensi ke dalam ventrikel lateral dengan pembesaran ventrikel
4. Grade IV – sebuah perdarahan matriks germinal yang

meluas ke parenkim otak yang berdekatan, terlepas dari ada atau tidak adanya perdarahan intraventrikular

E. Cedera vaskuler serebral dan hipoperfusi

Saat matur, ketika sirkulasi ke otak hampir menyerupai sirkulasi serebral dewasa, cedera pembuluh darah pada saat ini cenderung terjadi paling sering pada distribusi arteri serebral tengah, mengakibatkan palsy serebral tipe spastik hemiplegi. Ganglia basal juga dapat terkena, sehingga terjadi palsy serebral tipe ekstrapiramidal atau diskinetik.¹⁴

2.1.4 Manifestasi klinis dan klasifikasi

Hingga saat ini, palsy serebral diklasifikasikan berdasarkan kerusakan gerakan yang terjadi, yang dibagi dalam empat kategori, yaitu:¹¹

1. Palsy serebral spastik

Merupakan bentuk palsy serebral terbanyak (70-110%). Pada kondisi ini, otot mengalami kekakuan dan secara permanen akan mengalami kontraktur. Jika kedua tungkai mengalami spastisitas, ketika penderita berjalan, kedua tungkai tampak bergerak kaku dan lurus. Gambaran klinis ini membentuk karakteristik ritme berjalan, yang dikenal dengan gait gunting (*scissors gait*).

Anak dengan spastik hemiplegi, dapat disertai tremor hemiparesis. Penderita tidak dapat mengendalikan gerakan

tungkai pada satu sisi tubuh. Jika tremor memberat, akan terjadi gangguan gerakan yang berat. Palsi serebral spastik dibagi berdasarkan jumlah ekstremitas yang terkena, yaitu:

- a. Monoplegi: satu ekstremitas saja, biasanya lengan.
- b. Diplegia: mengenai keempat ekstremitas. Tapi biasanya tungkai lebih berat dari lengan.
- c. Triplegia: mengenai tiga ekstremitas. Paling banyak mengenai kedua lengan dan satu tungkai.
- d. Quadriplegia: keempat ekstremitas terkena dengan derajat yang sama.
- e. Hemiplegia: mengenai salah satu sisi dari tubuh.

2. Palsi serebral atetoid

Bentuk palsi serebral ini memiliki karakteristik: penderita tidak bisa mengendalikan gerakan menggeliat dan gerakannya lamban. Gerakan abnormal ini mengenai tangan, kaki, lengan atau tungkai dan pada sebagian besar kasus, otot dan lidah. Akibatnya, anak tampak menyeringai dan selalu mengeluarkan air liur. Penderita juga mengalami masalah koordinasi gerakan otot bicara (disartria), palsi serebral atetoid terjadi pada 11-19 % penderita palsi serebral.

3. Palsi serebral ataksid

Pada kondisi ini terjadi gangguan dalam fungsi keseimbangan dan koordinasi gerakan. Berjalan tidak stabil dengan gaya berjalan kaki terbuka lebar dan meletakkan kedua

kaki dengan posisi saling berjauhan. Penderita juga kesulitan melakukan gerakan cepat dan tepat, misalnya menulis dan mengancingkan baju. Mereka juga gemeteran.

4. Palsi serebral campuran

Kondisi ini sering ditemukan pada seorang penderita. Biasanya penderita memiliki lebih dari satu bentuk palsi serebral. Bentuk campuran yang sering dijumpai adalah spastik dan gerakan atetoid. Tetapi, kombinasi lainnya juga mungkin dijumpai.

Berdasarkan perkiraan tingkat keparahan dan kemampuan penderita untuk melakukan aktivitas normal:¹⁶

a. Derajat I

Tidak terdapat keterbatasan dalam berjalan.

b. Derajat II

Berjalan tanpa alat bantu, keterbatasan dalam berjalan di luar rumah dan di lingkungan masyarakat.

c. Derajat III

Berjalan dengan alat bantu mobilitas, keterbatasan dalam berjalan di luar rumah dan di lingkungan masyarakat.

d. Derajat IV

Kemampuan bergerak sendiri terbatas, menggunakan alat bantu gerak yang cukup canggih untuk berada di luar rumah dan di lingkungan masyarakat (seperti: kursi roda dan skuter).

e. Derajat V

Kemampuan bergerak sendiri sangat terbatas, walaupun sudah

menggunakan alat bantu canggih.

2.1.5 Gejala awal

Tanda awal palsy serebral, biasanya terlihat pada usia kurang dari tiga tahun. Orang tua mulai mencurigai ketika fungsi motorik anak tidak normal. Bayi dengan palsy serebral sering mengalami keterlambatan perkembangan, misalnya pada usia enam bulan belum bisa tengkurap. Sebagian mengalami abnormalitas tonus otot. Penurunan tonus otot/hipotonia membuat bayi tampak lemah dan lemas, kadang *floppy*. Peningkatan tonus otot/hipertonia membuat bayi tampak kaku. Pada sebagian kasus, bayi pada periode awal tampak hipotonia dan selanjutnya berkembang menjadi hipertonia setelah dua sampai tiga bulan pertama. Anak-anak palsy serebral dapat pula menunjukkan postur abnormal pada satu sisi tubuh.¹¹

2.1.6 Diagnosis

Anamnesis dan pemeriksaan fisik menyeluruh harus dapat menyingkirkan beberapa diferensial diagnosis seperti penyakit degeneratif, tumor medula spinalis, atau distrofi muskularis. Tergantung pada keparahan dan sifat kelainan neurologis. EEG dasar, dan CT scan dindikasikan untuk menentukan lokasi dan luas lesi struktural atau malformasi kongenital yang terkait. Pemeriksaan tambahan dapat mencakup uji pendengaran dan

fungsi penglihatan. Karena palsi serebral biasanya disertai dengan spektrum kelainan perkembangan yang luas, pendekatan multidisipliner adalah yang paling penting dalam penilaian dan manajemen anak dengan palsi serebral.¹⁷

2.1.7 Terapi

Tujuan utama neurorehabilitasi pada anak dengan palsi serebral adalah untuk mengerti kekuatan dan kelemahan tiap-tiap anak berdasarkan pada kombinasi spesifik gangguan motorik dan gangguan terkait yang ditemukan, serta untuk membangun rencana perawatan komprehensif untuk anak dan keluarga. Tujuan akhir adalah untuk memperoleh tingkat kebebasan tertinggi yang masih mungkin dicapai anak-anak ini di dalam keluarga mereka, kelompok teman sebaya, dan masyarakat yang lebih luas.¹⁸

Terapi fisik dan okupasional sering bermanfaat dalam menangani gangguan motorik. Menempatkan dan menangani anak ini sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan untuk meminimalkan kesulitan dengan postur tubuh, kontrol badan, dan makan. Tendon yang kuat dapat diregangkan dengan latihan pasif dan aktif, sehingga dapat mempertahankan kesegarian (*alignment*) tulang, sendi, dan jaringan lunak untuk mencegah kontraktur. Pada kasus yang lebih berat, pembidaian dapat diperlukan untuk mencegah kontraktur pada ekstremitas. Prosedur ortopedik digunakan untuk memperbaiki kontraktur yang tidak memberikan respon terhadap

tindakan medis dan untuk membangun kembali keseimbangan motorik di antara kelompok otot yang berlawanan. Tujuan lain terapi fisik dan okupasional adalah untuk meningkatkan kekuatan otot pada otot yang lemah dan untuk menimbulkan pola perkembangan normal. Analisis gaya jalan terkomputerisasi dapat untuk membantu identifikasi kelompok otot spastik spesifik yang mempengaruhi gaya berjalan.¹⁸

Pengobatan sering tidak berhasil dalam mengurangi spastisitas dan mempengaruhi gerakan abnormal. Diazepam meningkatkan penghambatan prasinaptik melalui reseptor benzodiazepin dan dapat mengurangi spastisitas yang berasal dari serebral. Pengobatan ini dapat efektif terutama bagi anak dengan status emosional yang dapat berpengaruh juga pada keparahan spastisitas atau gerakan abnormal, dan bermanfaat juga untuk menghilangkan nyeri akibat spasme. Dantrolene sodium, suatu derivat fenitoin memiliki efek relaksasi langsung pada otot rangka. Dosis awal sebaiknya diberikan 1 mg/kg dua kali sehari dengan peningkatan secara bertahap hingga dicapai hasil yang baik, tetapi dosis total sebaiknya tidak melebihi 110 mg empat kali sehari. Baclofen dapat menurunkan spastisitas tetapi secara umum kurang efektif untuk ensefalopati statik daripada untuk cedera medula spinalis. Dosis obat ini harus disesuaikan secara teliti pada tiap-tiap individu, dimulai dengan 5 mg tiga kali sehari yang ditingkatkan hingga dosis harian total 60 mg. Toksin botulinum bermanfaat

dalam pengobatan distonia fokal dan sekarang sedang dievaluasi untuk pengobatan spastisitas yang berasal dari serebral. Serangan kejang sebaiknya ditangani dengan antikonvulsan.¹⁸

Pembedahan dilakukan jika terjadi kontraktur berat dan menyebabkan masalah pergerakan yang parah. Dokter bedah akan mengukur panjang otot dan tendon, menentukan dengan tepat otot mana yang bermasalah. Jika otot yang dibedah tidak tepat, akan menyebabkan masalah baru. Maka, dibutuhkan alat yang bisa menganalisa gait secara tepat.¹¹

Teknik bedah lain adalah selektif *dorsal root rhizotomy*. Teknik ini ditujukan untuk menurunkan spastisitas pada otot tungkai, dengan menurunkan jumlah stimulasi yang mencapai otot tungkai melalui syaraf. Dalam prosedur tersebut, dokter berupaya melokalisir dan memilih untuk memotong saraf yang terlalu dominan yang mengendalikan otot tungkai, walaupun disini terdapat kontroversi dalam pelaksanaannya.¹¹

2.1.8 Prognosis

Prognosis palsy serebral, di negeri yang telah maju misalnya Inggris dan Skandinavia, terdapat 20-25% penderita palsy serebral mampu bekerja sebagai buruh penuh dan 30-50% tinggal di institut palsy serebral. Prognosis penderita dengan gejala motorik yang ringan adalah baik; makin banyak gejala penyertanya (retardasi mental, bangkitan kejang, gangguan penglihatan dan pendengaran)

dan makin berat gejala motoriknya, makin buruk prognosinya.¹⁹

2.1.9 Pencegahan

Beberapa penyebab palse serebral dapat dicegah atau diterapi, sehingga kejadian palse serebral pun dapat dicegah.²⁰

Adapun penyebab palse serebral yang dapat dicegah atau diterapi antara lain:

1. Pencegahan terhadap cedera kepala dengan cara menggunakan alat pengaman pada saat duduk di kendaraan dan helm pelindung kepala saat bersepeda, dan eliminasi kekerasan fisik pada anak. Sebagai tambahan, pengamatan optimal selama mandi dan bermain.²⁰
2. Penanganan ikterus neonatorum yang cepat dan tepat pada bayi baru lahir dengan fototerapi, atau jika tidak mencukupi dapat dilakukan transfusi tukar. Inkompatibilitas faktor rhesus mudah diidentifikasi dengan pemeriksaan darah rutin ibu dan bapak. Inkompatibilitas tersebut tidak selalu menimbulkan masalah pada kehamilan pertama, karena secara umum tubuh ibu hamil tersebut belum memproduksi antibodi yang tidak diinginkan hingga saat persalinan. Pada sebagian besar kasus, serum khusus yang diberikan setelah kelahiran dapat mencegah produksi antibodi tersebut. Pada kasus yang jarang, misalnya jika pada ibu hamil antibodi tersebut berkembang selama kehamilan pertama atau produksi antibodi tidak

dicegah, maka perlu pengamatan secara cermat perkembangan bayi dan jika perlu dilakukan transfusi ke bayi selama dalam kandungan atau melakukan transfusi tukar setelah lahir.²⁰

3. Rubella atau campak jerman pada ibu hamil dapat dicegah dengan memberikan imunisasi MMR saat ibu masih kecil.²⁰

Sebagai tambahan, sangat baik jika kita berpedoman untuk menghasilkan kehamilan yang baik dengan cara asuhan pranatal yang teratur dan nutrisi optimal dan melakukan eliminasi merokok, konsumsi alkohol dan penyalah-gunaan obat. Walaupun semua usaha terbaik yang sudah dilakukan oleh orang tua dan dokter, tetapi masih ada anak yang terlahir dengan palsi serebral, hal tersebut karena sebagian besar kasus palsi serebral tidak diketahui sebabnya.²⁰

2.2. Pengetahuan

2.2.1 Pengertian pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari “tahu” dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Pada umumnya, sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui indera penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).²¹ Tingkatan pengetahuan ada enam yaitu: ^{21,22,23}

- 1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang

telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang telah dipelajari atau diterima. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan secara benar. Orang yang telah paham terhadap suatu objek dapat menjelaskan, menyebutkan, menyimpulkan terhadap suatu objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi & kondisi yang sebenarnya di dalam kehidupan.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menyatakan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen yang masih ada kaitannya satu sama lain. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang sudah sampai pada tahap analisis adalah apabila seseorang dapat membedakan atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap objek. Misalnya, pada tahap ini individu dapat menilai seseorang yang terkena palsy serebral melalui tanda, gejala, serta gambaran klinis lainnya.

Tingkat pengetahuan dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif sebagai berikut:²²

- 1) Baik : Hasil presentase 76%-110%
- 2) Cukup : Hasil presentase 56%-75%
- 3) Kurang : Hasil presentase kurang dari 56%

2.2.2 Faktor- faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

1. Faktor internal

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke

arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.²²

- 2) Pekerjaan²²
- 3) Umur

Usia adalah umur individu mulai saat dilahirkan. Pada umumnya, seiring bertambahnya usia, seseorang akan lebih matang dalam berpikir, bekerja dan menerima informasi. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa lebih dipercaya dibandingkan orang yang belum tinggi tingkat kedewasaannya.²²

- 4) Pengalaman sakit

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi di masa lalu.²⁴

2. Faktor eksternal

- 1) Faktor lingkungan

Faktor lingkungan merupakan segala sesuatu yang ada di sekitar individu dan mempengaruhi perkembangan

dan perilaku seseorang.²²

2) Sosial-budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.²²

3) Media massa (sumber informasi)

Informasi yang diperoleh dari pendidikan baik formal maupun informal, dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Media massa mempunyai peranan penting sebagai sarana penyampaian informasi karena pesan-pesan yang disampaikan berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang.²⁴

4) Tingkat ekonomi

Berdasarkan riset Depkes RI, diketahui bahwa kelompok dengan tingkat ekonomi rendah dan kelompok dengan pengeluaran rumah tangga per kapita yang tinggi memiliki tingkat kesadaran yang rendah dalam mengenali suatu penyakit.²⁵ Ada beberapa cara yang dapat digunakan dalam menghitung tingkat ekonomi, salah satunya dengan upah minimum kabupaten/ kota (UMK).²⁶

2.3 Pengetahuan orang tua tentang palsy serebral

Pada penelitian yang dilakukan oleh Sunil Karande, dkk. didapatkan bahwa pengetahuan orang tua tentang palsy serebral masih

sangat rendah, terutama mengenai definisi, etiologi, dan manajemen terapi pada anak palsi serebral. Rendahnya pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh faktor sosioekonomi dan pendidikan.⁷

Edukasi mengenai palsi serebral pada orang tua terutama edukasi mengenai cara pencegahan palsi serebral dengan pemeriksaan antenatal yang baik diharapkan dapat menurunkan angka kejadian palsi serebral pada anak. Selain itu, dengan adanya edukasi tentang gejala dan manajemen terapi yang tepat dari palsi serebral diharapkan seorang anak yang dicurigai memiliki manifestasi ke arah palsi serebral dapat segera dibawa oleh orang tua ke dokter untuk mendapatkan terapi yang tepat sejak awal agar penyakit ini tidak menimbulkan disabilitas yang berat pada anak.⁷

2.4. Komunikasi kesehatan

Komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa.²⁷

Komunikasi kesehatan menjadi semakin populer dalam upaya promosi kesehatan selama 20 tahun terakhir. Komunikasi kesehatan didefinisikan secara luas oleh Everret Rogers sebagai segala jenis komunikasi manusia yang berhubungan dengan kesehatan. Komunikasi kesehatan sangat efektif dalam mempengaruhi perilaku karena didasarkan pada psikologi sosial, pendidikan kesehatan, komunikasi

massa, dan pemasaran untuk mengembangkan dan menyampaikan promosi kesehatan dan pesan pencegahan.²⁸

Komunikasi antarpribadi adalah komunikasi langsung, tatap muka antara satu orang dengan orang lain baik perorangan maupun kelompok. komunikasi ini tidak melibatkan kamera, artis, penyiar, atau penulis skenario. Komunikator langsung bertatap muka dengan komunikan, baik secara individual, maupun kelompok.²⁷ Komunikasi antarpribadi dapat efektif apabila memenuhi tiga hal di bawah ini:

- 1) *Empathy*, yakni menempatkan diri pada kedudukan orang lain (orang yang diajak berkomunikasi).
- 2) *Respect*, terhadap perasaan dan sikap orang lain.
- 3) Jujur, dalam menanggapi pertanyaan orang lain yang diajak berkomunikasi.²⁷

Dalam penelitian kali ini, metode penyuluhan kelompok digunakan oleh peneliti sebagai metode komunikasi kesehatan. Kemudian, metode penyuluhan yang digunakan oleh peneliti adalah metode ceramah dengan media proyektor yang berisi *slide* presentasi dan *leaflet*.⁹ Metode ceramah (*preaching method*) adalah sebuah metode pengajaran dengan menyampaikan informasi dan pengetahuan secara lisan kepada responden yang pada umumnya mengikuti secara pasif.¹⁰ Dengan metode ini pendidik mudah menguasai audiens, selain itu metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah dan untuk peserta yang berjumlah lebih dari 15 orang.⁹ Namun, metode ini cenderung membuat peserta didik kurang aktif dan jika terlalu lama dapat

membuat jenuh.¹⁰

Metode yang digunakan oleh peneliti dalam melakukan *pretest* dan *posttest* adalah kuesioner. Bila dalam metode wawancara dan pengamatan peneliti berhubungan langsung dengan responden, dengan metode kuesioner, hubungan itu dilakukan melalui media, yaitu daftar pertanyaan yang diberikan kepada responden. Namun, dalam beberapa pertanyaan terkadang bahasa yang digunakan dalam kuesioner sulit dipahami oleh responden. Untuk mengantisipasi hal tersebut diperlukan pula pendampingan secara langsung oleh peneliti kepada responden dalam pengisian kuesioner.²⁹

Metode kuesioner mempunyai beberapa kelebihan seperti: responden dapat menjawab pertanyaan dengan lebih leluasa tanpa dipengaruhi oleh sikap mental hubungan antara peneliti dan responden, responden dapat memikirkan secara matang sebelum menjawab pertanyaan karena tidak terikat oleh cepatnya waktu yang diberikan kepada responden dalam menjawab pertanyaan sebagaimana dalam wawancara, dan proses analisis data mudah dilakukan karena pertanyaan yang diajukan sama.²⁹

Selain memiliki kelebihan-kelebihan tersebut, metode kuesioner juga memiliki beberapa kelemahan. Bila peneliti tidak berhadapan muka secara langsung dengan responden, maka kuesioner dapat diisi oleh orang lain. Selain itu, data yang diperoleh hanya terbatas pada pertanyaan-pertanyaan yang ada di kuesioner, berbeda dengan metode wawancara dimana peneliti dapat menggali lagi lebih lanjut data-data yang

berhubungan dengan pertanyaan wawancara.²⁹

Dalam pelaksanaan penelitian, selain menggunakan metode kuesioner, untuk mengantisipasi kesulitan dalam menemui responden saat *posttest*, maka peneliti menggunakan metode wawancara telepon di dalam pengumpulan data. Meningkatnya popularitas wawancara telepon disebabkan oleh kemajuan teknologi, sehingga peneliti dapat langsung berkomunikasi dengan responden tanpa dibatasi ruang dan waktu.³⁰

Penggunaan wawancara telepon mempunyai beberapa keuntungan. Pada penelitian yang dilakukan oleh Mackman diperoleh bahwa wawancara telepon memiliki beberapa keuntungan, antara lain: data yang diperoleh memiliki kebenaran yang sama dengan wawancara tatap muka, lebih murah dibandingkan dengan wawancara tatap muka dan tidak bersifat intimidasi.³¹ Sedangkan, penelitian yang dilakukan oleh Raymond Opnedakker menyatakan bahwa wawancara telepon memiliki jangkauan akses lebih luas daripada wawancara tatap muka.³²

Selain memiliki beberapa keuntungan, wawancara telepon juga memiliki kelemahan. Kelemahan dari wawancara telepon yaitu peneliti sulit menilai bahasa tubuh responden. Selain itu, peneliti tidak mengetahui situasi di mana responden berada sehingga peneliti mempunyai kemungkinan lebih kecil untuk menciptakan suasana wawancara yang baik daripada wawancara tatap muka langsung. Responden juga dapat dengan tiba-tiba menghentikan wawancara jika ada keperluan yang lebih mendesak.³²