

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Pendampingan

2.1.1 Pengertian Pendampingan

Menurut Wiryasaputra, pendampingan adalah proses perjumpaan pertolongan antara pendamping dan orang yang didampingi. Perjumpaan itu bertujuan untuk menolong orang yang didampingi agar dapat mengahayati keberadaannya dan mengalami pengalamannya secara penuh dan utuh, sehingga dapat menggunakan sumber-sumber yang tersedia untuk berubah, bertumbuh, dan berfungsi penuh secara fisik, mental, spiritual, dan sosial. Karena pendampingan merupakan perjumpaan, maka ada dinamika yang terus berkembang. Dinamika itu berubah dari waktu ke waktu. Ada banyak irama dan warna. Pendampingan merupakan proses perjumpaan yang dinamis (Wiryasaputra, T. 2006).

Purwadarminta menyatakan, pendampingan adalah suatu proses dalam menyertai dan menemani secara dekat, bersahabat dan bersaudara, serta hidup bersama-sama dalam suka dan duka, bahu-membahu dalam menghadapi kehidupan dalam mencapai tujuan bersama yang diinginkan. (dalam. Purwasmita, M. 2010). Menurut Deptan (2004), pendampingan adalah pemberdayaan masyarakat dengan menempatkan tenaga pendamping yang berperan sebagai fasilitator, komunikator dan dinamisator.

Dari pengertian tersebut dapat diambil benang merah, bahwa pendampingan merupakan kegiatan sukarela dari individu atau kelompok luar untuk membelajarkan sekelompok yang bertujuan untuk menambahkan kesadaran

dalam rangka pemenuhan kebutuhan dan potensi mereka atas interaksi dari, oleh, dan untuk anggota kelompok.

2.1.2 Fungsi dan Peran Pendamping

Menurut Purwasasmita, M (2010) dan Wiryasaputra (2006), Dalam melaksanakan tugasnya, seorang pendamping memiliki fungsi:

a. Fungsi penyembuhan (Healing)

Fungsi ini dipakai oleh pendamping ketika melihat keadaan yang perlu dikembalikan kekeadaan semula atau mendekati keadaan semula. Fungsi ini dipakai untuk membantu orang yang didampingi menghilangkan gejala-gejala dan tingkah laku yang disfungsi sehingga dia tidak menampilkan lagi gejala yang mengganggu dan dapat berfungsi kembali secara normal sama seperti sebelum mengalami krisis. Seperti alat pemersatu apabila yang agent saling bertentangan atau konflik

b. Fungsi membimbing (Guiding)

Fungsi membimbing ini dilakukan pada waktu orang harus mengambil keputusan tertentu tentang masa depannya. Dalam hal ini, klien sedang dalam proses pengambilan keputusan dan membantu dalam pemecahan masalah

c. Fungsi menopang (Sustaining)

Fungsi ini dilakukan bila klien tidak mungkin kembali ke keadaan semula. Fungsi menopang digunakan sekarang sebagaimana adanya, kemudian berdiri diatas kakisendiri dalam keadaan baru, bertumbuh secara penuh dan utuh.

d. Fungsi memperbaiki hubungan (Reconciling)

Fungsi ini dipakai untuk membantu klien bila mengalami konflik batin dengan pihak lain yang mengakibatkan putus dan rusaknya hubungan.

e. Fungsi membebaskan (Liberating, empowering, capacity building)

Fungsi ini dapat juga disebut sebagai “membebaskan” (liberating) atau “memampukan” (empowering atau memperkuat (capacity building). Seperti mengurangi hambatan-hambatan atau tekanan-tekanan yang terjadi didalam kegiatan belajar mandiri.

Pendamping sebagai fasilitator menurut Ibrahim Yunus , memiliki empat fungsi dalam mengelola pembelajaran dimasyarakat, yaitu: (1) sebagai narasumber; (2) sebagai guru; (3) sebagai mediator; (4) sebagai penantang, fasilitator harus mampu menolong dan mengemukakan potensi dan kapasitas masyarakat sehingga kelompok masyarakat dapat melakukan berbagai aktivitas pengembangan (dalam Purwasasmita ,M 2010).

2.1.3 Tugas Pendamping

Seorang pendamping memiliki tugas pokok untuk: (1) mengidentifikasi calon warga belajar; (2) bersama-sama warga belajar mengidentifikasi narasumber teknis dan melakukan identifikasi jenis potensi yang dimiliki; (3) memfasilitasi setiap pembelajaran; (4) membantu warga belajar mengelola kegiatan belajar mandiri; (5) membantu dalam proses pembuatan produk dari hasil kegiatan belajar mandiri, dan (6) memberikan motivasi belajar mandiri secara maksimal dan penuh tanggungjawab.

2.1.4 Tujuan Pendampingan

Menurut Wiryasaputra, ada beberapa tujuan dari pendampingan antara lain adalah :

1. Membantu klien berubah menuju pertumbuhan, pendamping secara berkesinambungan memfasilitasi orang yang didampingi menjadi agen

perubahan bagi dirinya dan lingkungannya. Dan pendamping berusaha membantu orang yang didampingi sedemikian rupa sehingga mampu menggunakan segala sumber daya yang dimilikinya untuk berubah.

2. Membantu klien mencapai pemahan diri secara penuh dan utuh, dalam artian orang yang didampingi memahami kekuatan dan kelemahan yang ada dalam dirinya, serta kesempatan dan tantangan yang ada di luar dirinya. Melalui pendampingan, pendamping membantu orang yang didampingi untuk menyadari sumber-sumber yang ada pada dirinya, kemudian memakainya untuk mengatasi persoalan yang sedang dihadapi dan akhirnya bertumbuh.
3. Membantu klien untuk belajar berkomunikasi yang lebih sehat. Pendampingan dapat dipakai sebagai media pelatihan bagi orang yang didampingi untuk komunikasi secara lebih sehat dengan lingkungannya.
4. Membantu klien untuk berlatih bertingkah laku yang lebih sehat.
5. Membantu klien untuk belajar mengungkapkan diri secara penuh dan utuh.
6. Membuat orang yang didampingi dapat bertahan, dalam artian membantu orang agar menerima keadaan dengan lapang dada dan mengatur kembali kehidupannya dengan kondisi yang baru.
7. Membantu klien untuk menghilangkan gejala-gejala yang disfungsional, pendamping membantu orang yang didampingi untuk menghilangkan atau menyembuhkan gejala yang mengganggu sebagai akibat dari krisis, mungkin juga gejala itu bersifat patologis.

2.1.5 Tahap Proses Pendampingan

Dalam proses pendampingan menurut Wiryasaputra ada 6 tahap pendampingan yang harus dilakukan. Pertama dimulai dari menciptakan hubungan kepercayaan,

karena pendampingan berdasar pada hubungan kepercayaan. Tanpa kepercayaan, tidak mungkin perubahan terjadi. Kedua, mengumpulkan data dan anamnesis, dalam tahap ini pendamping berusaha mengumpulkan informasi, data atau fakta. Hindari tindakan bersifat interogatif. Dengan data demikian diharapkan pendamping mampu membuat diagnosis, rencana pertolongan dan tindakan pertolongan yang secara relevan, akurat dan menyeluruh. Ketiga, menyimpulkan atau sintesis dan diagnosis. Dalam tahap ini, pendamping diharapkan dapat melakukan analisis data, mencari kaitan antara satu gejala dan gejala yang lain, membuat sintesis dan kemudian menyimpulkan apa yang menjadi permasalahan utama atau keprihatinan batin pokok yang sedang digumuli oleh orang yang didampingi. Keempat, pembuatan rencana tindakan. Pendamping diharapkan membuat rencana pertolongan. Tindakan apa yang akan dilakukan, sarana apa yang akan digunakan, pendamping juga menentukan kapan rencana itu akan dilakukan, bagaimanakan proses pertolongan dilakukan, teknik apa yang akan digunakan dan siapakah atau pihak-pihak manakah yang akan dilibatkan dalam proses pendampingan. Kelima, tindakan pertolongan. Pendamping melakukan tindakan pertolongan yang telah direncanakan. Semuanya dilakukan secara berkesinambungan dan berkelanjutan. Dan yang keenam adalah pemutusan hubungan. Setelah tahap *review* dan evaluasi, pendamping perlu mengatur pemutusan hubungan.

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Pengertian keluarga menurut Depkes RI keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul

dan bertempat tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Dan menurut UU No. 10 tahun 1992, pengertian dari keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami-istri dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

Menurut Spradley dan Allender (1996) keluarga adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama sehingga mempunyai ikatan emosional dan mengembangkan dalam interelasi sosial, peran dan tugas.

Pengertian keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih secara bersama karena suatu ikatan lahir dan emosional dan setiap individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, 2008).

Keluarga adalah terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Anggota keluarga biasanya hidup bersama, atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain, dan anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial yaitu sebagai suami, istri, anak, kakak dan adik. (Andarmoyo, S. 2012).

Jadi, bila dilihat dari pengertian keluarga diatas maka dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah kumpulan dari beberapa individu yang tinggal bersama serta memiliki ikatan darah dan tak lupa dari masing-masing individu tersebut memiliki peran masing-masing yang wajib dijalankan guna tercapainya tujuan keluarga.

Oleh karena itu betapa pentingnya peran dan fungsi keluarga dalam membentuk manusia sebagai anggota masyarakat yang sehat biopsikososial spiritual. Jadi sangatlah tepat jika keluarga sebagai titik sentral pelayanan

kesehatan. Diyakini bahwa keluarga yang sehat akan mempunyai anggota yang sehat dan mewujudkan masyarakat yang sehat pula (Andarmoyo, S. 2012).

2.2.2 Ciri-ciri Keluarga

1. (Menurut Robert Mac Iver dan Charles Harton dalam setiadi 2008)

- a. Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
- b. Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara
- c. Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama (*Name Clatur*) termasuk perhitungan garis keturunan.
- d. Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
- e. Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.

2. Ciri keluarga Indonesia

- a. Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong-royong.
- b. Dijiwai oleh nilai kebudayaan ketimuran
- c. Umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses keputusan dilakukan secara musyawarah.

2.2.3 Tipe Keluarga

Pembagian tipe ini bergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan.

1. Secara Tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi dua yaitu :

- a. Keluarga inti (Nuclear Family) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
 - b. Keluarga besar (Extended Family) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).
2. Secara modern (berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain diatas adalah
- a. Tradisional Nuclear
Keluarga inti (ayah, ibu dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.
 - b. Reconstituted Nuclear
Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru, satu/keduanya dapat bekerja diluar rumah.
 - c. Middle Age / Aging Couple
Suami sebagai pencari uang, istri dirumah/kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karier.
 - d. Dyadic Nuclear
Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di luar rumah.

e. Single Parent

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

f. Dual Carrier

Yaitu suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

g. Commuter Married

Suami istri atau keduanya orang karier tinggal terpisah pada jarak tertentu.

Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

h. Single Adult

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.

i. Three Generation

Yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

j. Institusional

Yaitu anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam satu panti-panti.

k. Communal

Yaitu satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

l. Group Marriage

Yaitu satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

m. Unmarried Parent and Child.

yaitu ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

n. Cohibing Couple

yaitu dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

o. Gay and Lesbian Family

yaitu keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

2.2.4 Struktur Keluarga

Struktur keluarga menurut friedman :

1. Struktur komunikasi

Komunikasi dalam keluarga sangatlah penting, bisa dikatakan komunikasi berfungsi bila didalamnya terdapat interaksi yang baik ketebukan dan kejujuran yang dipegang teguh dan dikatakan tidak berfungsi apabila komunikasi tidak terfokus dan mengutamakan pendapat sendiri.

2. Struktur peran

Serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Jadi, pada struktur peran bisa bersifat formal dan informal.

3. Struktur kekuatan

Kemampuan dari individu untuk mengontrol, memengaruhi, atau mengubah perilaku orang lain.

4. Struktur nilai dan norma

Nilai adalah sistem ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu. Dan norma adalah pola perilaku yang diterima pada

lingkungan sosial tertentu, lingkungan keluarga dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga.

Struktur keluarga memiliki beberapa macam, antara lain :

1. Patrilineal

Patrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri atas sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

2. Matrilineal

Matrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri atas sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

3. Matrilokal

Matrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

4. Patrilokal

Patrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

5. Keluarga kawinan

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri.

2.2.5 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman 1998 , fungsi keluarga secara umum antara lain:

1. Fungsi afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
2. Fungsi sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.
3. Fungsi reproduksi, adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

2.2.6 Tugas Keluarga

Menurut Friedman 1981 (dalam, Setiadi 20018) terdapat 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu :

1. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya
Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama akan mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan seyoganya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.

3. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda. Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau kepelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
4. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

2.3 Konsep Peran Keluarga

2.3.1 Pengertian Peran Keluarga

Dalam suatu keluarga, untuk mencapai suatu tujuan maka dalam keluarga tersebut terdapat peran keluarga. Pengertian dari peran keluarga adalah sebagai kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seseorang yang menempati posisi sosial yang diberikan (Cecep dkk, 2014).

Peran berdasarkan pada penghargaan atau penetapan peran yang membatasi apa saja yang harus dilakukan individu di dalam situasi tertentu agar memenuhi pengharapan diri atau orang lain terhadap mereka (Friedman,2010).

Peran menunjuk kepada beberapa set perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normatif dari seorang okupaan dalam situasi sosial tertentu (Sulistyo, 2012). Lebih singkatnya peran dapat diartikan sebagai tugas yang dimiliki masing-masing individu dan wajib dijalankan oleh individu tersebut untuk mencapai suatu tujuan.

2.3.2 Peran Keluarga

Pembagian peran dalam satu keluarga terbagi menjadi dua, yakni peran formal dan peran informal.

A. Peran formal

Peran formal yang standar terdapat dalam keluarga (pencari nafkah, ibu rumah tangga, tukang perbaiki rumah, sopir, pengasuh anak, manajer keuangan, dan tukang masak). Peran dasar yang membentuk posisi sebagai suami-ayah dan istri-ibu antara lain sebagai berikut :

1. Peran sebagai provider atau penyedia
2. Sebagai pengatur rumah tangga
3. Perawatan anak, baik yang sehat maupun sakit
4. Sosialisasi anak
5. Rekreasi
6. Persaudaraan (kinship), memelihara hubungan keluarga peternal dan maternal
7. Peran terapeutik (memenuhi kebutuhan afektif dari pasangan)

8. Peran seksual.

B. Peran Informal

Peran-peran informal bersifat implisit, biasanya tidak tampak, dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan emosional individu dan/atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga.

Beberapa contoh peran informal yang bersifat adaptif dan merusak kesejahteraan keluarga di antaranya sebagai berikut.

a. Peran adaptif antara lain :

1. Pendorong, pendorong memiliki arti bahwa dalam keluarga terjadi kegiatan mendorong, memuji, setuju dengan, dan menerima kontribusi dari orang lain. Akibatnya ia dapat merangkul orang lain dan membuat mereka merasa bahwa pemikiran mereka penting dan bernilai untuk didengarkan.
2. Pengharmonisan, yaitu berperan menengahi perbedaan yang terdapat di antara para anggota, penghibur, dan menyatukan kembali perbedaan pendapat.
3. Inisiator-kontributor, mengemukakan dan mengajukan ide-ide baru atau cara-cara mengingat masalah-masalah atau tujuan-tujuan kelompok.
4. Pendamai. Pendamai berarti jika terjadi konflik dalam keluarga maka konflik dapat diselesaikan dengan jalan musyawarah atau damai.
5. Pencari nafkah. Pencari nafkah yaitu peran yang dijalankan oleh orang tua dalam memenuhi kebutuhan, baik material maupun nonmaterial anggota keluarganya.
6. Perawatan keluarga. Perawatan keluarga yaitu peran yang dijalankan terkait merawat anggota keluarga jika ada yang sakit.

7. Penghubung keluarga. Perantara keluarga adalah penghubung, biasanya ibu mengirim dan memonitor komunikasi dalam keluarga.
8. Pionir keluarga. Pionir keluarga yaitu membawa keluarga pindah ke suatu wilayah asing dan mendapatkan pengalaman baru.
9. Sahabat, penghibur, dan koordinator. Koordinator keluarga berarti mengorganisasi dan merencanakan kegiatan-kegiatan keluarga yang berfungsi mengangkat keakraban dan memerangi kepedihan.
10. Pengikut dan saksi. Saksi sama dengan pengikut, kecuali dalam beberapa hal, saksi lebih pasif. Saksi hanya mengamati dan tidak melibatkan dirinya.

b. Peran merusak antara lain sebagai berikut ,

1. Penghalang
2. Dominator. Dominator adalah kecenderungan memaksakan kekuasaan atau superioritas dengan memanipulasi anggota keluarga tertentu, membanggakan kekuasaannya, bertindak seakan-akan ia mengetahui segala-galanya, dan tampil sempurna.
3. Penyalah (suka menyalahkan orang lain)
4. Martir, yaitu tidak menginginkan apa-apa untuk dirinya, ia hanya berkorban untuk anggota keluarganya.
5. Keras hati
6. Kambing hitam keluarga. Masalah anggota keluarga yang telah diidentifikasi dalam keluarga sebagai korban atau tempat pelampiasan ketegangan dan rasa bermusuhan, baik secara jelas maupun tidak. Kambing hitam berfungsi sebagai tempat penyaluran.

7. Distraktor dan orang yang tidak relevan. Distraktor bersifat tidak relevan, dengan menunjukkan perilaku yang menarik perhatian, ia membantu keluarga menghindari atau melupakan persoalan-persoalan yang menyedihkan dan persoalan-persoalan yang sulit.

2.3.3 Ciri-ciri Peran

Ciri-ciri peran menurut Anderson Carter dalam andarmoyo (2012)diantaranya

1. Terorganisasi yaitu adanya interaksi dan interdependen.
2. Terdapat keterbatasan dalam menjalankan tugas dan fungsi
3. Terdapat kebebasan dan kekhususan

2.3.4 Peran Anggota Keluarga

Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing, antar lain :

1. Ayah

Ayah sebagai pemimpin keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pelindung / pengayom, pemberi rasa aman setiap anggota keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.

2. Ibu

Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anak, pelindung keluarga dan juga sebagai pencari nafkah tambahan keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.

3. Anak

Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial, dan spiritual.

2.4 Konsep Stroke

2.4.1 Pengertian Stroke

Menurut WHO (*World Health Organization*) stroke didefinisikan suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam, atau dapat menimbulkan kematian, disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak.

Stroke adalah gangguan saraf yang menetap, yang diakibatkan oleh kerusakan pembuluh darah di otak, yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih. Serangannya berlangsung selama 15-20 menit. Orang kerap menyebutnya sebagai serangan otak-identik dengan serangan jantung (Sutrisno, A, 2002)

Menurut Dr. Tandian (2011), stroke adalah salah satu gangguan pada jaringan otak akibat kelainan kardiovaskuler. Kelainan ini dapat disebabkan kondisi iskemik ataupun perdarahan.

Stroke berulang atau stroke susulan adalah serangan stroke yang terjadi kedua kalinya setelah penderita mengalami serangan stroke pertama. Menurut Sustrani .L, dkk. (2003), seseorang yang pernah mengalami stroke perlu mewaspadaai datangnya stroke susulan. Sekitar 25 persen orang yang berhasil mengatasi stroke yang pertama cenderung mengalami stroke susulan dalam kurun waktu lima tahun. Stroke susulan dapat menyebabkan dampak yang lebih berat dan sering menyebabkan cacat permanen atau kematian. Stroke susulan bisa juga terjadi sesaat setelah terjadi stroke yang pertama. Sekitar 3 persen pasien stroke seringkali terkena stroke suslan dalam waktu 30 hari. Namun, bahaya ini tentunya akan menurun setelah pasien menjalani perawatan yang intensif .

Stroke berulang adalah kejadian baru dari gejala yang muncul dapat dihitung sebagai kejadian baru atau stroke berulang, kriteria stroke secara umum dapat didefinisikan seperti hal di atas dapat harus memenuhi :

- a. Kejadian sebelumnya dan arteri yang sama dan terjadi pada 29 hari atau lebih dari serangan sebelumnya.
- b. Kejadian baru pada arteri yang berbeda dari sebelumnya dan terjadi pada 28 atau beberapa hari dari serangan sebelumnya.

2.4.2 Pasca stroke

Pasca stroke adalah masa dimana pasien stroke yang telah mengalami fase kritis stroke. Dampak yang dihasilkan dari stroke cukup beragam bergantung pada tingkat berat atau tidaknya serangan stroke yang terjadi. Beberapa dampak tersebut meliputi kelumpuhan anggota badan di satu sisi yang menyulitkan untuk beraktivitas, sulit makan dan menelan, sulit bicara, dan rendah diri atau gangguan psikologis emosional (Pinzon & Asanti, 2010: 39).

Penderita pasca stroke sebaiknya memperhatikan dan mengontrol segala aktivitas dan gaya hidupnya agar terhindar dari serangan stroke susulan yang keadaannya lebih parah. Perawatan terhadap penderita pasca stroke harus dimulai sedini mungkin. Keterlambatan akan menimbulkan hal-hal yang kurang baik dan tidak kita harapkan (Pudiastuti, 2011:169).

2.4.3 Etiologi

Menurut smeltzer (dalam ariani, 2014) stroke biasanya diakibatkan dari salah satu dari empat kejadian yaitu sebagai berikut :

1. Trombosis serebral

Arteriosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi adalah penyebab utama trombosis serebral yang merupakan penyebab paling umum dari stroke. Tanda-tanda trombosis serebral bervariasi. Sakit kepala adalah onset yang tidak umum. Beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif, atau kejang, dan beberapa mengalami onset yang tidak dapat dibedakan dari hemoragi intraserebral atau embolisme serebral. Secara umum, trombosis serebral tidak terjadi dengan tiba-tiba dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau parastesia pada setengah tubuh dapat mendahului onset paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

2. Embolisme serebral

Embolus biasanya menumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya sehingga merusak sirkulasi serebral. Onset hemiparesis atau hemiplegia tiba-tiba dengan afasia, tanpa afasia, atau kehilangan kesadaran pada pasien dengan penyakit jantung atau pulmonal adalah karakteristik, dari embolisme serebral.

3. Iskemia serebral

Iskemia serebral (insufisiensi suplai darah ke otak) terutama karena konstiksi aterosklerotik pada arteri yang menyuplai darah ke otak.

4. Hemoragi serebral

- a. Hemoragi ekstradural (hemoragi epidural) adalah kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera. Keadaan ini biasanya mengikuti fraktur tengkorak dengan robekan arteri tengkorak dan arteri meninges lain,

dan pasien harus diatasi dalam beberapa jam cedera untuk mempertahankan hidup.

- b. Hemoragi subdural pada dasarnya sama dengan hemoragi epidural, kecuali bahwa hematoma subdural biasanya jembatan vena robek. Oleh karena itu, periode pembentukan hematoma lebih lama dan menyebabkan tekanan pada otak. Beberapa pasien mungkin mengalami hemoragi subdural kronik tanpa menunjukkan tanda atau gejala.
- c. Hemoragi subaraknoid dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling sering adalah kebocoran aneurisme pada area sirkulus Willisi dan malformasi arteri vena kongenital pada otak.
- d. Hemoragi intraserebral adalah perdarahan di substansi dalam otak, paling umum terjadi pada pasien dengan hipertensi dan aterosklerosis serebral disebabkan oleh perubahan degeneratif karena penyakit ini biasanya menyebabkan ruptur pembuluh darah. Biasanya onset tiba-tiba, dengan sakit kepala berat. Bila hemoragi membesar, makin jelas defisit neurologik yang terjadi dalam bentuk penurunan kesadaran dan abnormalitas pada tanda vital.

2.4.4 Klasifikasi

Menurut Satyanegara (dalam ariani, 2014) , gangguan peredaran darah otak atau stroke dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu non-hemoragi/iskemi/infark dan stroke hemoragi.

1. Non-Hemoragi/iskemik/infark

- a. Serangan iskemi sepiintas (*Transient Ischemic Attack-TIA*).

TIA merupakan tampilan peristiwa berupa episode-episode serangan sesaat dari suatu disfungsi serebral fokal akibat gangguan vaskular, dengan lama serangan sekitar 2-15 menit sampai paling lama 24 jam.

- b. Defisit neurologis iskemik sepiintas (*Reversible Ischemic Neurology Deficit-RIND*).

Gejala dan tanda gangguan neurologis yang berlangsung lebih lama dari 24 jam dan kemudian pulih kembali (dalam jangka waktu kurang dari tiga minggu).

- c. *In Evolutional* atau *Progressing stroke*.

Gejala gangguan neurologis yang progresif dalam waktu enam jam atau lebih.

- d. Stroke komplet (*Completed Stroke/Permanent Stroke*)

Gejala gangguan neurologis dengan lesi-lesi yang stabil selama periode waktu 18-24 jam, tanpa adanya progresivitas lanjut.

2. Stroke hemoragi

Perdarahan intrakranial dibedakan berdasarkan tempat perdarahannya, yakni di rongga subaknoid atau di dalam parenkim otak (intraserebral). Ada juga perdarahan yang terjadi bersamaan pada kedua tempat di atas seperti: perdarahan subaknoid yang bocor ke dalam otak atau sebaliknya. Selanjutnya gangguan-gangguan arteri yang menimbulkan perdarahan otak spontan dibedakan lagi berdasarkan ukuran dan lokasi regional otak.

2.4.5 Manifestasi Klinis

Menurut Smeltzer & Suzane (2001), manifestasi klinis stroke adalah sebagai berikut,

1. Defisit lapang penglihatan

a. *Homonimus hemianopsia* (kehilangan setengah lapang penglihatan)

Tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan, penglihatan, mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak.

b. Kehilangan penglihatan perifer

Kesulitan melihat pada malam hari, tidak menyadari objek atau batas objek.

c. Diplopia, penglihatan ganda

2. Defisit motorik

a. Hemiparesis

Kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama. Paralisis wajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan).

b. Ataksia

Berjalan tidak mantap, tegak. Tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.

c. Disartria

Kesulitan dalam membentuk kata.

d. Disfagia

Kesulitan dalam menelan

3. Defisit Verbal

a. Afasia ekspresif

Tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami, mungkin mampu bicara dalam respon kata tunggal.

b. Afasia reseptif

Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tapi tidak masuk akal.

c. Afasia global

Kombinasi baik afasia reseptif dan ekspresif.

4. Defisit kognitif

Penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrak buruk, dan perubahan penilaian.

5. Defisit emosional

Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, serta perasaan isolasi.

2.4.6 Komplikasi stroke

Menurut Sustrani, dkk. (2003). Ada beberapa komplikasi yang muncul akibat stroke, antara lain :

1. Depresi (dampak yang paling menyulitkan karena keterbatasannya akibat lumpuh, sulit berkomunikasi dan sebagainya).
2. Darah beku (darah beku mudah terbentuk pada jaringan yang lumpuh terutama pada kaki sehingga menyebabkan pembengkakan yang mengganggu. Selain itu, dapat terjadi pada arteri yang mengalirkan darah ke paru-paru atau emboli paru sehingga penderita sulit bernapas dan dalam beberapa kasus mengalami kematian).

3. Memar (jika penderita stroke menjadi lumpuh, penderita harus sering dipindahkan dan digerakkan secara teratur agar bagian pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit tidak terluka akibat terhimpit alas tempat tidur).
4. Otot mengerut dan sendi kaku (kurang gerak dapat menyebabkan sendi menjadi kaku dan nyeri).
5. Pneumonia (pasien mengalami kesulitan menelan dengan sempurna atau sering terbatuk-batuk sehingga cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya dapat terjadi pneumonia).

2.4.7 Faktor resiko

Faktor resiko stroke menurut Harsono (dalam Ariani, 2014) antara lain sebagai berikut :

1. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko stroke yang potensial. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah, maka timbullah perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit, maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian.

2. Diabetes militus

Diabetes militus mampu menebalkan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar. Menebalnya dinding pembuluh darah ke otak akan menyempitkan diameter pembuluh darah tadi dan penyempitan tersebut kemudian akan mengganggu kelancaran aliran ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan infark sel-sel otak.

3. Penyakit jantung

Berbagai penyakit jantung berpotensi untuk menimbulkan stroke. Faktor resiko ini akan menimbulkan hambatan/sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepas gumpalan darah atau sel-sel jaringan yang telah mati ke dalam aliran darah.

4. Gangguan aliran darah otak sepiintas

Pada umumnya bentuk-bentuk gejalanya adalah hemiparesis, disartria, kelumpuhan otot-otot mulut atau pipi, kebutuhan mendadak, hemiparestesi, dan afasia.

5. Hipokolestrolemia

Meningginya angka kolesterol dalam darah, terutama *Low Density Lipoprotein* (LDL), merupakan faktor resiko penting untuk terjadinya aterosklerosis (menebalnya dinding pembuluh darah yang kemudian diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah). Peningkatan kadar LDL dan penurunan kadar High Density Lipoprotein (HDL) merupakan faktor resiko untuk terjadinya penyakit jantung koroner.

6. Infeksi

Penyakit infeksi yang mampu berperan sebagai faktor risiko stroke adalah tuberkulosis, malaria, lues (sifilis), leptospirosis, dan infeksi cacing.

7. Obesitas

Obesitas merupakan faktor risiko terjadinya penyakit jantung.

8. Merokok

Merokok merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya infark jantung.

9. Kelainan pembuluh darah otak

Pembuluh darah otak yang tidak normal dimana suatu saat akan pecah dan menimbulkan perdarahan.

10. Lain-lain

Lanjut usia, penyakit paru-paru menahun, penyakit darah, asam urat yang berlebihan, kombinasi berbagai faktor risiko secara teori.

2.4.8 Pencegahan Stroke

Tujuan umum pencegahan stroke atau penyakit aterosklerosis dan individu sehat dengan resiko tinggi adalah untuk menurunkan kecacatan dini dan kematian dan memperpanjang hidup dengan kualitas yang memadai dan yang lebih baik. Tujuan tersebut dilaksanakan selain melalui perubahan gaya hidup, juga melalui pengelolaan penyakit yang menyertai seperti : hipertensi, lemak, kencing manis, dan lain-lain.

Pencegahan stroke ada dua macam, yaitu primer dan sekunder : pencegahan primer dilakukan bagi mereka yang belum pernah mengalami TIA atau stroke sedang pencegahan sekunder bagi mereka yang belum pernah atau sudah mengalami TIA atau stroke

a. Pencegahan stroke primer

Langkah pertama dalam mencegah stroke adalah dengan memodifikasi gaya hidup dalam segala hal, memodifikasi faktor resiko, dan kemudian bila dianggap perlu atau gagal baru dilakukan terapi dengan obat untuk

mengatasi penyakit dasarnya, seperti : antihipertensi, antihiperlipidemik, antidiabetes.

Dalam pencegahan primer pasien dianjurkan untuk :

- 1) menghindari : rokok, stres mental, minum kopi dan alkohol, kegemukan, golongan obat-obat yang mempengaruhi serebro vaskuler
- 2) mengurangi : asupan lemak, asupan kalori, asupan garam berlebihan (diet rendah garam), kolesterol yang berlebihan
- 3) mengontrol atau mengendalikan hipertensi, kencing manis (DM), kadar gula darah, penyakit jantung, penyakit aterosklerosis, dengan warfarin atau aspirin, konsumsi makanan seimbang, olahraga teratur 3-4 kali seminggu, dislipidemia (kadar lemak darah).

b. Pencegahan sekunder

- 1). Mengontrol faktor resiko stroke atau aterosklerosis, melalui modifikasi gaya hidup (stop rokok, hindari konsumsi alkohol berlebihan, hindari kegemukan, menghindari stres, mengatasi keadaan depresi, mengobati hipertensi dengan obat dan diet, mengobati penyakit jantung / aritmiknonvalvuler dengan obat antitrombotik, mengatasi dislipidemia dengan diet rendah lemak dan obat).
- 2). Melibatkan peran serta keluarga seoptimal mungkin (keluarga diharapkan memahami masalah yang dialami penderita mengenai masalah mediknya, implikasinya dalam kehidupan sehari-hari. Keluarga diminta untuk memahami keadaan baru yang memaksa

penderita menjadi tergantung pada orang lain, termasuk dalam kebutuhan dasar, depresi, dan berkurang harga diri).

- 3). Dengan menggunakan obat-obatan (a) anti-agregasi trombosit. Antara lain : asetosal atau aspirin 80-200 mg/hari, tiklopidin dosis 250-500 mg/hari, klopido-rel anti aterosklerosis dosis 75 mg/hari. b) Anti koagulan dapat diberikan warfarin apabila ada indikasi seperti penyakit jantung dosis 250-30 mg/hari diberikan terbagi 2-3 kali untuk pemeliharaan 2-10mg/hari).
- 4). Lain-lain (terhadap semua hal yang perlu dilakukan termasuk melakukan tindakan invasif seperti flebotomi untuk mengatasi polisitemia, enarterektomi karotis terhadap adanya stenosis, atau tindakan bedah lainnya. Terapi obat-obatan perlu dipertimbangkan apabila dengan modifikasi gaya hidup tidak mendapat hasil yang memuaskan).

2.4.9 Penatalaksanaan

Ada beberapa tindakan penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien stroke. Menurut Brunner & Suddarth (2001) tindakan medis terhadap pasien stroke meliputi deuretik untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkat maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral. Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam kardiovaskuler. Medikasi antritrombosit dapat diresepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan trombus dan embolisasi.

Untuk kondisi pasien dengan stroke akut menurut Brunner & Suddarth (2001), dengan mempertahankan jalan napas dan ventilasi adekuat adalah prioritas dalam fase akut ini.

- a. Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.
- b. Intubasi endotrakea dan ventilasi mekanik perlu untuk pasien dengan stroke masif, karena henti pernapasan biasanya faktor yang mengancam kehidupan pada situasi ini.
- c. Pasien dipantau untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia), yang mungkin berkaitan dengan kehilangan reflek jalan napas, imobilitas atau hipoventilitas.
- d. Jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda gagal jantung kongestif.

2.4.10 Perawatan Stroke di Rumah

Pasien stroke akan mendapat perawatan dirumah, dan perawatan dirumah itu sendiri adalah tindakan perawatan selanjutnya yang akan diberikan oleh keluarga pada pasien stroke sepulang dari rumah sakit. Paling penting bagi keluarga adalah harus menerima kenyataan bahwa akan ada banyak perubahan dalam diri pasien sejumlah penyesuaian yang perlu dilakukan. (Sustrani, L. 2003).

Menurut Batticaca (2008), penanganan dan perawatan penderita stroke di rumah antara lain, berobat secara teratur ke dokter, tidak menghentikan atau dan menambah dosis obat tanpa petunjuk dokter, meminta bantuan petugas kesehatan atau fisioterapi untuk memulihkan kondisi tubuh yang lemah atau lumpuh, memperbaiki kondisi fisik dengan latihan teratur dirumah, membantu

kebutuhan klien, memotivasi klien agar tetap bersemangat dalam latihan fisik, memriksakan tekanan darah secara teratur, dan segera bawa klien ke dokter atau rumah sakit jika timbul tanda dan gejala stroke.

1. Mengatur lingkungan yang aman dan nyaman.

Dalam perawatan pasien pasca stroke, lingkungan yang aman dan nyaman termasuk dalam faktor pendukung untuk kesembuhan pasien. Lingkungan yang aman dan nyaman dapat diciptakan dengan upaya sebagai berikut :

- a. Pilihlah kamar yang dekat dengan kamar mandi, ruang makan, atau dapur. Aturilah perabotan dan peralatan agar mudah digunakan oleh pasien dan tidak menghalangi kemampuannya untuk bergerak dari satu ruang ke ruangan lain. Pindahkan karpet atau keset yang dapat membuat pasien tergelincir.
- b. Pastikan tinggi ranjang sesuai dengan kegiatan perawatan sehari-hari dan gunakan lapisan antibocor (seperti perlak) di antara kasur dan seprei.
- c. Ciptakan suasana yang tenang dan menyenangkan. Hindari pembicaraan mengenai ketidakmampuan pasien. Jangan memaksa pasien untuk melakukan sesuatu, sebaiknya gunakan bujukan dan saran-saran.

2. Melatih aktivitas gerak pasien.

Dari perawatan dengan cara melatih aktivitas gerak pasien diharapkan nantinya keluarga mampu memberikan perawatan sederhana untuk meringankan dampak kecacatan. Menurut (Levine, 2008), Terapi dibutuhkan segera untuk mengurangi cedera serebral lanjut, salah satu program rehabilitasi yang dapat diberikan pada pasien stroke yaitu mobilisasi persendian dengan latihan Range Of Motion (ROM)

Melatih aktivitas gerak pasien diantaranya dengan :

- a. Mengajarkan latihan ROM aktif dan ROM pasif
 - b. Sesering mungkin mengajaklah pasien bangkit dari ranjangnya. Kalau tidak memungkinkan, ajak pasien untuk duduk ketika menyantap makanan.
 - c. Jika memungkinkan, hindari menggendong pasien dan bantu pasien bergerak dengan kemampuannya sendiri. Bantuan terutama ditujukan pada gerakan yang sulit dilakukan di sisi tubuh yang paling lemah.
 - d. Keluarga memperhatikan waktu (jadwal) latihan.
3. Rutin mengantar pasien konsul ke dokter.

Keluarga selalu berkonsultasi dengan petugas rehabilitasi medik tentang program latihan dan tentang kaadaanya. Dan lakukan konsultasi dengan dokter secara teratur, dapatkan nasehat-nasehat dari fisioterapis, terapis wicara, dan terapis okupasi.

4. Memperhatikan psikososial pasien.

Menurut friedman (1998 dalam Ayu, 2010) fungsi afektif berperan dalam kebutuhan psikososial. Saling mengasuh, cinta kaih, kehangatan, saling mendukung, saling menghargai, dengan mempertahankan iklim yang positif dimana setiap anggota keluarga baik orang tua maupun anak diakui dan dihargai keberadaan dan haknya. Oleh karena itu, bantulah pasien mempertahankan hubungan dengan dunia luar dan orang-orang lain yang ia kenal seperti sebelum ia menderita stroke. Jangan berasumsi bahwa pasien tidak bisa menggunakan pikirannya. Jagalah hubungan sama seperti sebelum

ia menderita stroke dan jaga pembicaraan di depan pasien seakan-akan ia tidak bisa mendengar atau mengerti apa yang sedang dibicarakan.

5. Memberikan motivasi

Dukungan dari lingkungan keluarga dapat meringankan rasa sakit pada penderita stroke sebagai bentuk pengobatan secara psikis bagi penderita (Rumini, 2003)

- a. Bantu pasien untuk mengurus dirinya sendiri sejauh yang dapat ia kerjakan dan doronglah pasien untuk bertanggung jawab atas aktivitas dan latihan yang dilakukannya.
- b. Pujilah setiap usaha yang dilakukannya. Jangan mudah merasa gagal dan jangan pula membiarkan pasien tidak mau berusaha lagi.
- c. Lakukan perawatan dan tunjukkan bahwa keluarga peduli dengan pasien.

2.5 Kerangka Konsep

