

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dukungan Keluarga**

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

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

Sedangkan menurut Ali (2010), keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

##### **2.1.2 Fungsi Keluarga**

Berdasarkan UU No.10 tahun 1992 PP No.21 tahun 1994 tertulis fungsi keluarga dalam delapan bentuk yaitu :

a. Fungsi Keagamaan

- 1) Membina norma ajaran-ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga.
- 2) Menerjemahkan agama kedalam tingkah laku hidup sehari-hari kepada seluruh anggota keluarga.

- 3) Memberikan contoh konkrit dalam hidup sehari-hari dalam pengamalan dari ajaran agama.
- 4) Melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang kurang diperolehnya disekolah atau masyarakat.
- 5) Membina rasa, sikap, dan praktek kehidupan keluarga beragama sebagai pondasi menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

b. Fungsi Budaya

- 1) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma-norma dan budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan.
- 2) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai.
- 3) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negatif globalisasi dunia.
- 4) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya dapat berpartisipasi berperilaku yang baik sesuai dengan norma bangsa Indonesia dalam menghadapi tantangan globalisasi.
- 5) Membina budaya keluarga yang sesuai, selaras dan seimbang dengan budaya masyarakat atau bangsa untuk menjunjung terwujudnya norma keluarga kecil bahagia sejahtera.

c. Fungsi Cinta Kasih

- 1) Menumbuh kembangkan potensi kasih sayang yang telah ada antar anggota keluarga ke dalam simbol-simbol nyata secara optimal dan terus-menerus.
- 2) Membina tingkah laku saling menyayangi baik antar keluarga secara kuantitatif dan kualitatif.
- 3) Membina praktek kecintaan terhadap kehidupan duniawi dan ukhrowi dalam keluarga secara serasi, selaras dan seimbang.
- 4) Membina rasa, sikap dan praktek hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

d. Fungsi Perlindungan

- 1) Memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga baik dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga.
- 2) Membina keamanan keluarga baik fisik maupun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar.
- 3) Membina dan menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

e. Fungsi Reproduksi

- 1) Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat baik bagi anggota keluarga maupun bagi keluarga sekitarnya.

- 2) Memberikan contoh pengamalan kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, pendewasaan fisik maupun mental.
- 3) Mengamalkan kaidah-kaidah reproduksi sehat, baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak antara dua anak dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga.
- 4) Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

f. Fungsi Sosialisasi

- 1) Menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak pertama dan utama.
- 2) Menyadari, merencanakan dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat tempat anak dapat mencari pemecahan dari berbagai konflik dan permasalahan yang dijumpainya baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat.
- 3) Membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal-hal yang diperlukan untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan (fisik dan mental), yang kurang diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat.
- 4) Membina proses pendidikan dan sosialisasi yang terjadi dalam keluarga sehingga tidak saja bermanfaat positif bagi anak, tetapi juga bagi orang tua, dalam rangka perkembangan dan kematangan hidup bersama menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

#### g. Fungsi Ekonomi

- 1) Melakukan kegiatan ekonomi baik di luar maupun di dalam lingkungan keluarga dalam rangka menopang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga.
- 2) Mengelola ekonomi keluarga sehingga terjadi keserasian, keselarasan dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga.
- 3) Mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatiannya terhadap anggota keluarga berjalan secara serasi, selaras dan seimbang.
- 4) Membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

#### h. Fungsi Pelestarian Lingkungan

- 1) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan internal keluarga.
- 2) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan eksternal keluarga.
- 3) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan yang serasi, selaras dan seimbang dan antara lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat sekitarnya.
- 4) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan hidup sebagai pola hidup keluarga menuju keluarga kecil bahagia sejahtera (Setiadi, 2008).

### 2.1.3 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Friedman (1998) dikutip dari Setiadi (2008) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan yaitu:

1. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan- perubahan yang dialami anggota keluarga. 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 kesehatan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan sekitar keluarga.

3. Memberikan keperawatan anggota keluarga 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 memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
4. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga. Keluarga memainkan peran yang bersifat mendukung anggota keluarga yang sakit. Dengan kata lain perlu adanya sesuatu kecocokan yang baik antara kebutuhan keluarga dan asupan sumber lingkungan bagi pemeliharaan kesehatan anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada). Hubungan yang sifatnya positif akan memberi pengaruh yang baik pada keluarga mengenai fasilitas kesehatan. Diharapkan dengan hubungan yang positif terhadap pelayanan kesehatan akan merubah setiap perilaku anggota keluarga mengenai sehat sakit.

#### **2.1.4 Pengertian Dukungan Keluarga**

Friedman (1998) dalam Murniasih (2007) menyatakan dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang

bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

### **2.1.5 Bentuk Dukungan Keluarga**

Menurut House dan Khan (1985) dalam Friedman (2010), terdapat empat tipe dukungan keluarga yaitu:

#### **1. Dukungan Penilaian**

Keluarga bertindak sebagai penengah dalam pemecahan masalah dan juga sebagai fasilitator dalam pemecahan masalah yang sedang dihadapi. Dukungan dan perhatian dari keluarga merupakan bentuk penghargaan positif yang diberikan kepada individu.

#### **2. Dukungan Instrumental**

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan dalam hal pengawasan, kebutuhan individu. Keluarga mencarikan solusi yang dapat membantu individu dalam melakukan kegiatan.

#### **3. Dukungan Informasional**

Keluarga berfungsi sebagai penyebar dan pemberi informasi. Disini diharapkan bantuan informasi yang disediakan keluarga dapat digunakan oleh individu dalam mengatasi persoalan-persoalanyang sedang dihadapi.

#### **4. Dukungan Emosional**

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk bersistirahat dan juga menenangkan pikiran. Setiap orang pasti membutuhkan bantuan dari keluarga. Individu yang menghadapi persoalan atau masalah akan

merasa terbantu kalau ada keluarga yang mau mendengarkan dan memperhatikan masalah yang sedang dihadapi.

### **2.1.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga**

Menurut Setiadi (2008) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah :

#### 1. Faktor internal

##### a. Tahap perkembangan

Artinya dukungan keluarga dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan berbeda-beda.

##### b. Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan, dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

##### c. Faktor emosional

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam perubahan hidupnya cenderung berespon

terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit, mungkin ia menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

d. Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, menyangkut nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

2. Faktor eksternal

a. Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya : klien juga akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarga melakukan hal yang sama.

b. Faktor sosio ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya.

c. Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

## **2.2 Konsep Motivasi**

### **2.2.1 Definisi Motivasi**

Motivasi berasal dari kata motif yang berarti sesuatu yang didorong, seseorang untuk melakukan tindakan, pada dasarnya setiap perilaku dari individu didorong oleh sesuatu kekuatan, baik terdapat dalam diri maupun yang terdapat diluar orang yang bersangkutan. Dorongan yang menggerakkan perilaku individu dikenal dengan istilah motif. Seperti yang dijelaskan Hamzah B. Uno (2008) motif tidak dapat diamati secara langsung, tetapi dapat diinterpretasikan dalam tingkah lakunya, berupa rangsangan, dorongan atau pembangkit tenaga munculnya tingkah laku tertentu.

Berdasarkan kedua pendapat tersebut menunjukkan bahwa motif merupakan sumber kekuatan atau dorongan yang selamanya tidak terlepas dari kehidupan individu untuk bertingkah laku dan daya yang mendorong seseorang melakukan sesuatu. Motif bukanlah hal yang dapat diamati, tetapi dapat diwujudkan karena tiap aktivitas yang dilakukan seseorang didorong oleh suatu kekuatan dari dalam diri seseorang tersebut, maka kekuatan pendorong inilah yang kita sebut motif.

Menurut Sardiman (2011) yang menyatakan pengertian motif adalah daya upaya mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu. Motif sebagai daya penggerak dari dalam dan didalam subyek untuk melakukan aktivitas-aktivitas tertentu demi mencapai suatu tujuan. Jadi motif itu merupakan suatu kondisi internal dalam bahasa yang lebih internal, motif itu adalah -kesiapsiagaandalam diri seseorang. Motivasi dapat diartikan sebagai daya penggerak yang telah menjadi aktif pada saat melakukan suatu perbuatan, sedangkan motif sudah ada dalam diri seseorang jauh sebelum seseorang melakukan perbuatan.

Walgito (2011) mendefinisikan bahwa motivasi adalah keadaan dalam diri individu atau organisme yang mendorong perilaku ke arah tujuan. Adapun mengenai penjelasan diatas motivasi mempunyai tiga aspek, yaitu:

1. keadaan terdorong dalam diri organisme, yaitu kesiapan bergerak karena kebutuhan jasmani, keadaan lingkungan atau keadaan mental,
2. perilaku yang timbul dan terarah karena keadaan, dan
3. tujuan yang dicapai oleh perilaku tersebut.

### **2.2.2 Teori Motivasi**

Menurut Gunarso (2012) ada beberapa teori tentang motivasi yang cukup menarik untuk dibicarakan, yaitu teori hedonisme, teori naluri, teori kebudayaan dan teori kebutuhan. Adapun mengenai penjelasan teori-teori tersebut adalah:

1. Teori hadonisme

Teori hadonisme mengatakan bahwa pada hakekatnya manusia akan memilih aktivitas yang menyebabkan mereka gembira dan senang. Begitu juga dalam olahraga manusia akan memilih aktivitas yang menarik dan menguntungkan dirinya dan akan mengesampingkan yang tidak menarik.

2. Teori naluri

Naluri menghubungkan perilaku manusia dengan bermacam-macam naluri. Seperti naluri mempertahankan diri, tindakan dan mengembangkan diri, mengembangkan jenis tindakan dan perilaku yang digerakan oleh naluri tersebut.

3. Teori kebudayaan

Teori yang menghubungkan tingkah laku manusia berdasarkan pada kebudayaan tempat berada.

4. Teori kebutuhan

Teori ini beragam bahwa bertingkah laku manusia pada hakekatnya bertujuan untuk memenuhi kebutuhannya.

Berdasarkan paparan teori motivasi, dapat disimpulkan bahwa:

1. Motivasi berhubungan dengan kehidupan batin seseorang menyangkut fungsi psikis atau berkaitan dengan sosial kejiwaan yang abstrak sifatnya.

Karena bersifat abstrak, maka sulit untuk dilihat bagaimana wujud yang sebenarnya, tetapi motivasi itu ada walaupun keberadaannya hanya dapat dirasakan secara pasti oleh orang yang bersangkutan.

## 2. Motivasi juga berkaitan erat dengan tingkah laku seseorang.

Maksudnya sebelum orang itu melakukan sesuatu perbuatan didalam dirinya telah ada motivasi yang menjadi pendorong serta penggerak pertamanya. Motivasi mengandung arti yang lebih umum dan memungkinkan kepada seluruh proses gerak termasuk situasi yang mendorong, berupa dorongan yang timbul serta tingkah laku yang ditimbulkan. Proses gerakan pada dasarnya berorientasi pada satu tujuan. Pengertian motivasi yang telah diuraikan diatas tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Karena motif merupakan satu tenaga. Dengan demikian motif merupakan dorongan untuk berbuat, sedangkan motivasi suatu usaha atau langkah-langkah mengefektifkan dorongan dalam usaha mencapai tujuan, dengan kata lain tingkah laku berorientasi pada suatu tujuan tertentu disebut tingkah laku yang bermotivasi karena tingkah laku dilatarbelakangi oleh motif.

### 2.2.3 Macam-macam Motivasi

Motivasi dapat dibagi menjadi dua, yaitu motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. Gunarso (2012) menyatakan motivasi intrinsik adalah motivasi yang menjadi aktif dan berfungsi, akan tetapi tidak perlu ruangan dari luar karena dalam setiap individu sudah memiliki dorongan dari dalam yang menyebabkan individu berpartisipasi. Motivasi intrinsik sering disebut *competence motivation* karena orang dengan motivasi intrinsik biasanya sangat bergairah untuk meningkatkan kompetensi dalam usaha untuk mencapai kesempurnaan. Aktivitas dengan dorongan motivasi intrinsik oleh

motivasi ekstrinsik, dari itulah motivasi intrinsik yang harus ditumbuhkan dalam setiap individu, sedangkan motivasi ekstrinsik terjadi karena adanya dorongan dan rangsangan dari luar dirinya. Max Darsono (2010) menyatakan motivasi ekstrinsik adalah motivasi yang timbul dalam diri seseorang karena pengaruh rangsangan dari luar. Tujuan yang diinginkan dari tingkah laku yang digerakkan oleh motivasi ekstrinsik terletak diluar tingkah laku tersebut, sedangkan menurut Ngalim (2008) motivasi ekstrinsik adalah dorongan yang berasal dari luar individu. Manusia hidup dan bertingkah laku terhadap lingkungannya tidak terlepas dari kehidupan manusia juga dipengaruhi oleh masing-masing individu dan tidak sama kecenderungannya, ada yang dominan motivasi intrinsik dan ada yang dominan motivasi ekstrinsiknya.

Menurut Aprilia (2016) dalam penelitiannya, menyatakan bahwa motivasi juga berkaitan erat dengan tingkah laku seseorang. Maksudnya sebelum orang itu melakukan sesuatu perbuatan didalam dirinya telah ada motivasi yang menjadi pendorong serta penggerak pertamanya. Motivasi mengandung arti yang lebih umum dan memungkinkan kepada seluruh proses gerak termasuk situasi yang mendorong, berupa dorongan yang timbul serta tingkah laku yang ditimbulkan. Proses gerakan pada dasarnya berorientasi pada satu tujuan, karena motif merupakan satu tenaga. Dengan demikian motif merupakan dorongan untuk berbuat, sedangkan motivasi suatu usaha atau langkah-langkah mengefektifkan dorongan dalam usaha mencapai tujuan, dengan kata lain tingkah laku berorientasi pada suatu

tujuan tertentu disebut tingkah laku yang bermotivasi karena tingkah laku dilatarbelakangi oleh motif.

#### **2.2.4 Fungsi Motivasi**

Ditinjau dari fungsinya motivasi dapat dibedakan menjadi dua, yaitu motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. Motivasi intrinsik berfungsi karena adanya dorongan-dorongan yang berasal dari dalam individu, sedangkan motivasi ekstrinsik berfungsi karena adanya rangsangan dari luar individu (Darsono,2010).

Adapun fungsi dan hubungan dengan perilaku dijelaskan oleh Ngalim (2008) sebagai berikut :

1. Mendorong manusia bertindak atau berbuat
2. Motivasi berfungsi sebagai penggerak atau sebagai motor yang memberikan energi (kekuatan) kepada seseorang untuk melakukan tugas.
3. Menentukan arah perbuatan
4. Motivasi ini bertujuan ke arah perwujudan suatu tujuan atau cita-cita.  
Motivasi mencegah penyelewengan dari jalan yang harus ditempuh untuk mencapai tujuan tersebut.
5. Menyeleksi perbuatan kita
6. Menentukan perbuatan-perbuatan mana yang harus dilakukan, yang serasi, guna mencapai tujuan itu dengan menyampingkan perbuatan yang tidak bermanfaat bagi tujuan tersebut.

#### 2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Motivasi

Motivasi merupakan proses psikologi dalam diri seseorang dan sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Secara umum, faktor ini dapat muncul dari dalam diri (intrinsik) maupun dari luar diri (ekstrinsik). Ardana dkk (2008) mengemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi berdasarkan Karakteristik individu

1. Minat
2. Sikap terhadap diri sendiri, pekerjaan dan situasi pekerjaan
3. Kebutuhan individual
4. Kemampuan atau kompensasi
5. Pengetahuan tentang pekerjaan
6. Emosi, suasana hati, perasaan keyakinan dan nilai-nilai

Menurut Wahjosumidjo (2001), faktor yang mempengaruhi motivasi meliputi faktor internal yang bersumber dari dalam individu dan faktor eksternal yang bersumber dari luar individu. Faktor internal seperti sikap terhadap pekerjaan, bakat, minat, kepuasan, pengalaman, dan lain-lain serta faktor dari luar individu yang bersangkutan seperti pengawasan, gaji, lingkungan kerja, kepemimpinan.

Abraham Maslow dalam Asmadi (2010) menyatakan bahwa motivasi pertumbuhan dan perkembangan didasarkan pada kapasitas setiap manusia untuk tumbuh dan berkembang. Kapasitas tersebut merupakan pembawaan setiap manusia. Kapasitas itu pula yang mendorong manusia mencapai

tingkat hierarki tertinggi kebutuhan yang paling tinggi yang aktualisasi diri meliputi :

1. Kebutuhan fisiologi (*physiological need*)

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan manusia yang sangat primer dan mutlak harus dipenuhi untuk memelihara homeostatis biologis dalam kelangsungan hidup manusia. Kebutuhan ini merupakan syarat dasar apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi maka dapat mempengaruhi kebutuhan yang lain, misalnya makanan dan beraktivitas.

2. Kebutuhan rasa aman (*self security needs*)

Kebutuhan akan keselamatan dan keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari berbagai bahaya yang mengancam baik terhadap fisik maupun psikososial

3. Kebutuhan mencintai dan dicintai (*love and belongingness needs*)

Kebutuhan cinta adalah kebutuhan dasar yang menggambarkan emosi seseorang. Kebutuhan ini merupakan suatu dorongan di mana seseorang berkeinginan untuk menjalin hubungan yang bermakna secara efektif atau hubungan emosional dengan orang lain. Dorongan ini akan menekan seseorang sedemikian rupa, sehingga ia akan berupaya semaksimal mungkin untuk mendapatkan pemenuhan kebutuhan akan cinta kasih dan perasaan memiliki.

4. Kebutuhan harga diri (*self esteem needs*)

Menurut hierarki kebutuhan manusia, seseorang dapat mencapai kebutuhan harga diri bila kebutuhan terhadap mencintai dan dicintai

telah terpenuhi. Terpenuhinya kebutuhan harga diri seseorang tampak dari sikap penghargaan diri yang merujuk pada penghormatan diri dan pengakuan diri.

#### 5. Kebutuhan aktualisasi diri (*self actualization needs*)

Kebutuhan aktualisasi diri adalah tingkat kebutuhan kebutuhan tertinggi. Aktualisasi diri berhubungan dengan proses pengembangan potensi yang sesungguhnya dari seseorang. Ini menyangkut kebutuhan untuk menunjukkan kemampuan keahlian dan potensi yang dimiliki seseorang.

### **2.3 Konsep Stroke**

#### **2.3.1 Pengertian Stroke**

Definisi yang paling banyak diterima secara luas adalah bahwa stroke adalah suatu sindrom yang ditandai dengan gejala dan atau tanda klinis yang berkembang dengan cepat yang berupa gangguan fungsional otak fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam (kecuali ada intervensi bedah atau membawa kematian), yang tidak disebabkan oleh sebab lain selain penyebab vaskuler (Mansjoer,2010).

Menurut Geyer (2011) stroke adalah sindrom klinis yang ditandai dengan berkembangnya tiba-tiba defisit neurologis persisten fokus sekunder terhadap peristiwa pembuluh darah. Stroke merupakan penyebab kecacatan nomor satu di dunia dan penyebab kematian nomor dua di dunia. Duapertiga stroke terjadi di negara berkembang. Pada masyarakat barat, 80% penderita mengalami stroke iskemik dan 20% mengalami stroke hemoragik. Insiden stroke meningkat seiring pertambahan usia (Dewanto dkk, 2011).

### 2.3.2 Klasifikasi

Menurut Pudiastuti (2011) stroke terbagi menjadi 2 kategori yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik atau stroke iskemik

#### 1. Stroke Iskemik / Non Hemorogik

Stroke non hemoragik atau stroke iskemik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak

Stroke iskemik ini dibagi 3 jenis yaitu: (1) stroke trombotik (proses terbentuknya thrombus hingga menjadi gumpalan), (2) stroke embolik (tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah), (3) hipoperfusi sistemik (aliran darah ke seluruh bagian tubuh berkurang karena adanya gangguan denyut jantung).

#### 2. Stroke Hemorogik

Stroke hemoragik adalah stroke karena pecahnya pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah otak dan merusaknya. Hampir 70% kasus stroke hemoragik diderita oleh penderita hipertensi.

Stroke hemoragik digolongkan menjadi 2 jenis yaitu : (1) hemoragik *intracerebral* (perdarahan yang terjadi di dalam jaringan otak), (2) hemoragik *subarahnoid* (perdarahan yang terjadi pada ruang subarahnoid atau ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan yang

menutupi otak).

### 2.3.3 Patofisiologi

Infark regional kortikal, subkortikal ataupun infark regional di batang otak terjadi karena kawasan perdarahan suatu arteri tidak/kurang mendapat jatah darah lagi. Jatah darah tidak disampaikan ke daerah tersebut. Lesi yang terjadi dinamakan infark iskemik jika arteri tersumbat dan infark hemoragik jika arteri pecah. Maka dari itu Stroke dapat dibagi dalam:

#### 1. Stroke iskemik / NonHemoragik

Iskemia disebabkan oleh adanya penyumbatan aliran darah otak oleh thrombus atau embolus. Trombus umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area thrombus menjadi berkurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia, akhirnya terjadi infark pada jaringan otak. Emboli disebabkan oleh embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri tersebut menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologis fokal. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya dinding pembuluh darah oleh emboli.

#### 2. Stroke hemoragik

Pembuluh darah yang pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruangan subarachnoid yang menimbulkan perubahan komponen intracranial yang seharusnya konstan. Adanya perubahan komponen

intracranial yang tidak dapat dikompensasi tubuh akan menimbulkan tingkatan TIK yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian. Disamping itu, darah yang mengalir ke substansi otak atau ruang subarachnoid dapat menyebabkan edema, spasme pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga terjadi nekrosis jaringan otak (Wulandari Vina, 2012).

#### 2.3.4 Manifestasi Klinis Stroke

Tanda dan gejala stroke yang dialami oleh setiap orang berbeda dan bervariasi, tergantung pada daerah otak mana yang terganggu. Beberapa tanda dan gejala *stroke* akut berupa:

1. Terasa semutan/sepertiterbakar
  2. Lumpuh/kelemahan separuh badan kanan/kiri(hemiparesis)
  3. Kesulitan menelan, sering tersedak
  4. Mulut mencong dan sulit untukbicara
  5. Suara pelo, cedal (disartia)
  6. Bicara tidak lancar, kurang ucapan atau kesulitan memahami(afasia)
  7. Kepala pusing atau sakit kepala secara mendadak tanpa diketahui sebabnya
  8. Gangguan penglihatan
  9. Gerakan tidak terkontrol
  10. Bingung/konfulsi, delirium, letargi, stupor atau koma
- (Pudjiastuti, 2011)

### 2.3.5 Komplikasi

Menurut Pudjiastuti (2011) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

#### 1. Bekuan darah (Trombosis)

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

#### 2. Dekubitus

Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.

#### 3. Pneumonia

Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumoni.

#### 4. Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

#### 5. Depresi dan kecemasan

Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

### 2.3.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (2011) adalah :

1. Pengobatan terhadap hipertensi, hipoglikemia/hiperglikemia, pemberian terapi trombolisis, pemberian antikoagulan, pemberian antiplatelet dan lain-lain tergantung kondisi klinis pasien
2. Pemberian cairan pada umumnya kebutuhan cairan 30 ml/kgBB/hari (parental maupun enteral). Cairan parenteral yang diberikan adalah isotonis seperti 0,9% salin.
3. Pemberian nutrisi, nutrisi enteral paling lambat sudah harus diberikan dalam 48jam, nutrisi oral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik. Bila terdapat gangguan menelan atau kesadaran menurun nutrisi diberikan menggunakan NGT
4. Pencegahan dan penanganan komplikasi, mobilisasi dan penilaian dini untuk mencegah komplikasi (aspirasi, malnutrisi, pneumonia. Thrombosis vena dalam, emboli paru, kontraktur) perlu dilakukan.
5. Rehabilitasi, direkomendasikan untuk melakukan rehabilitasi dini setelah kondisi medis stabil, dan durasi serta intensitas rehabilitasi ditingkatkan sesuaikan dengan kondisi klinis pasien. Setelah keluar dari rumah sakit direkomendasikan untuk melanjutkan rehabilitasi dengan berobat jalan selama tahun pertama setelah stroke.
6. Penatalaksanaan medis lain, pemantauan kadar glukosa, jika gelisah lakukan terapi psikologi, analgesic, terapi muntah dan pemberian H2

anatagonis sesuai indikasi, mobilisasi bertahap bila keadaan pasien stabil, control buang air besar dan kecil, pemeriksaan penunjang lain, edukasi keluarga dan discharge planning.

### **2.3.7 Perawatan pasien pasca stroke**

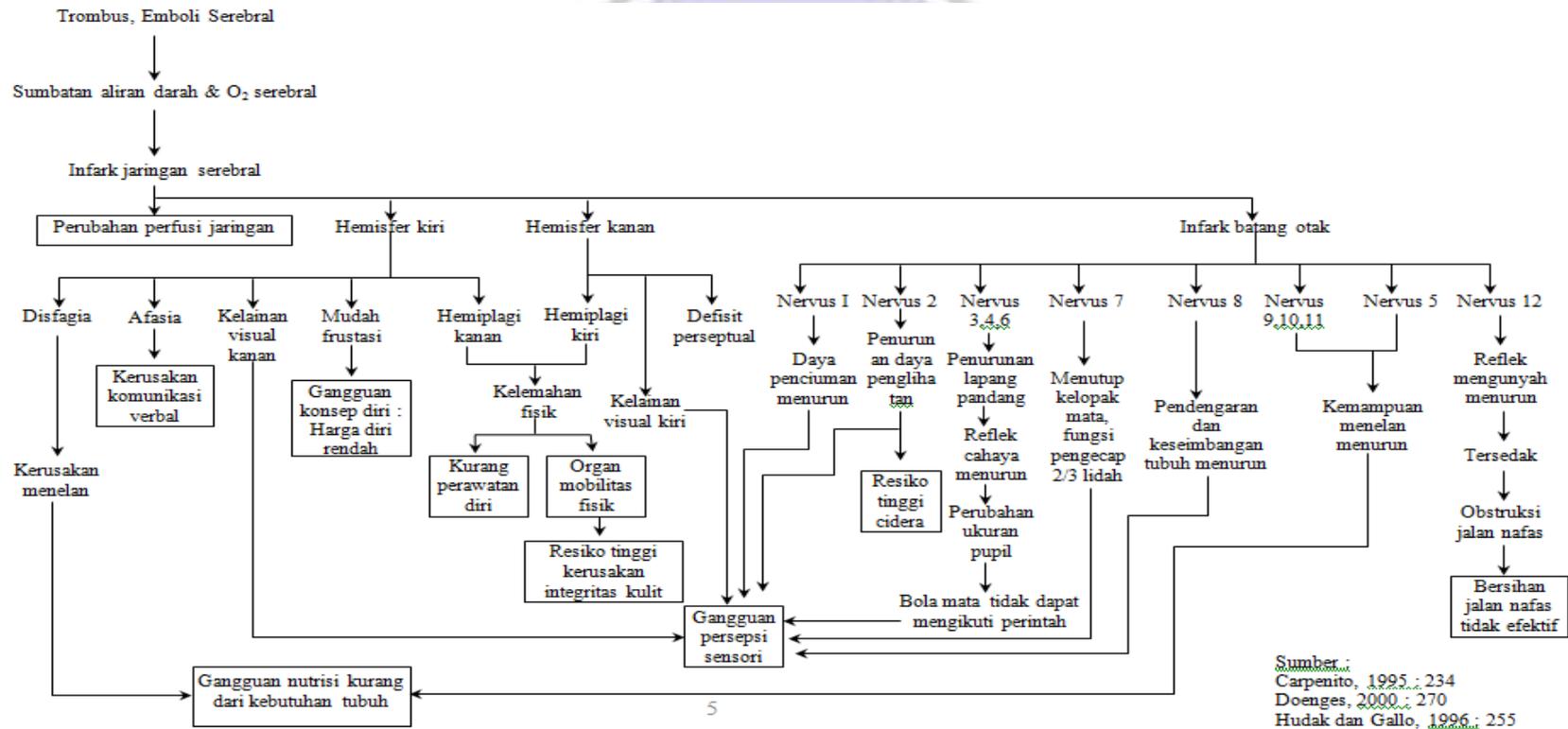
#### **1. Rehabilitasi fase awal**

Biasa pada fase ini dokter menyarankan untuk dilakukan proper bed positioning. Latihan luas gerak sendi, dan stimulasi elektrik latihan ini sengaja dilakukan sedini mungkin ketika kondisi pasien memungkinkan untuk melewati tahapan rehabilitasi stroke. Tujuannya tentu agar tidak terjadi komplikasi sekunder serta melindungi fungsi yang masih tersisa ataupun normal.

#### **2. Rehabilitasi fase lanjutan**

Fase lanjut ini hanya dilakukan ketika kondisi pasien telah stabil. Hal ini bisa dikerjakan 2 hingga 3 hari setelah stroke menyerang. Itupun hanya dilakukan pada pasien penderita stroke trombolik dan embolik. Sedangkan bagi para penderita stroke perdarahan dilakukan setelah 10 hingga 15 hari setelah stroke menyerang. Fase ini ditujukan agar pasien mampu melakukan kemandirian fungsional serta aktivitas sehari-hari sendiri tanpa bantuan orang lain

### 2.3.8 Pathway Stroke



## **2.4 Penatalaksanaan Fisioterapi**

### **2.4.1 Pengertian Penatalaksanaan Fisioterapi**

Penatalaksanaan fisioterapi adalah layanan yang dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi. Penatalaksanaan fisioterapi harus berdasarkan rencana yang telah ditetapkan atau dengan melakukan modifikasi dosis menurut pedoman yang telah ditetapkan dalam program dengan tetap mengkomunikasikan dengan pihak-pihak terkait dan mendokumentasikan hasil dan pelaksanaan metodologi serta program, termasuk mencatat evaluasi sebelum, selama dan sesudah pelaksanaan fisioterapi dan respon dari pasien (Indriani, 2013).

### **2.4.2 Pengertian Fisioterapi**

Fisioterapi merupakan pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat untuk mengembangkan, memelihara serta memulihkan gerak dan fungsi tubuh sepanjang rentang kehidupan dengan menggunakan komunikasi, penanganan manual, peralatan, maupun pelatihan (Depkes RI 2013). Fisioterapi memiliki dasar teori ilmiah dan selalu berkembang yang diterapkan secara luas pada penyembuhan, pemulihan, pemeliharaan, dan promosi fungsi gerak tubuh yang optimal, yang termasuk di dalamnya adalah manajemen gangguan gerak dan kapasitas fungsional, meningkatkan kapasitas fisik dan fungsional tubuh, mengembalikan, memelihara, dan mempromosikan fungsi fisik yang optimal, kebugaran dan kesehatan jasmani, status kesehatan yang berhubungan dengan gerakan dan bebas

penyakit, mencegah terjadinya gangguan dan gejala, gangguan perkembangan, keterbatasan kemampuan fungsi, serta kecacatan yang bisa disebabkan oleh penyakit, gangguan, keadaan, ataupun trauma.

Keberhasilan program pelayanan kesehatan tergantung berbagai faktor baik sosial, lingkungan, maupun penyediaan kelengkapan pelayanan atau perawatan dimana fisioterapi memiliki peran yang penting dalam program pelayanan kesehatan baik ditingkat dasar maupun rujukan. Dalam pelayanan kesehatan tingkat primer, fisioterapis bisa terlibat sebagai anggota utama dalam tim, ikut serta dalam pelayanan kesehatan dengan pengutamaan pelayanan pengembangan dan pemeliharaan melalui pendekatan promotif dan preventif tanpa mengesampingkan pemulihan dengan pendekatan kuratif dan rehabilitatif (Depkes RI, 2013).

#### **2.4.3 Pelayanan kesehatan tingkat lanjutan fisioterapis**

1. Fisioterapi *musculoskeletal* antara lain orthopaedi, cedera olahraga, dan kesehatan haji, melalui pendekatan antara lain dengan *joint manipulation, soft tissue manipulative, kinesio taping and splinting, dan exercisetherapy*.
2. Fisioterapi neuromuskuler antara lain neurologi dan tumbuh kembang (anak/geriatri), melalui pendekatan antara lain *bobath, proprioceptive neuromuscular fascilitation, feldenkraise, tickle manuver cough for cerebral palsy, dan dolphintherapy*.
3. Fisioterapi kardiovaskulo pulmonal antara lain jantung, paru, dan intensive care, melalui pendekatan antara lain *manual lymphatic drain*

*vein, visceral manipulation, muscle energy therapy, basic cardiac life support*, dan berbagai terapi latihan baik individu maupun kelompok (misal : tai chi, senam asthma, senam stroke).

4. Fisioterapi Integumen dan kesehatan wanita antara lain *wound management, wellnes/spa*, kecantikan. Fisioterapis dalam melaksanakan praktik mandiri berperan dalam memberikan pelayanan fisioterapi tingkat pertama (primer) atau tingkat lanjutan, sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

Fisioterapis juga berperan dalam pelayanan khusus dan kompleks, serta tidak terbatas pada area rawat inap, rawat jalan, rawat intensif, klinik tumbuh kembang anak, klinik geriatric ,unit stroke, klinik olahraga, dan/atau rehabilitasi. Menurut Depkes RI (2015)

#### **2.4.4 Tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Fisioterapi**

Pelayanan fisioterapi dikembangkan dalam lingkup *promotif, preventif, kuratif*, dan *rehabilitatif* dalam cakupan yang bersifat umum atau kekhususan pada lain menurut Depkes RI (2013)

1. Pelayanan fisioterapi di Puskesmas

Pelayanan fisioterapi di Puskesmas memberikan pelayanan kesehatan gerak dan fungsi tubuh kepada individu dan/atau kelompok, yang bersifat umum dengan pengutamaan pelayanan pengembangan dan pemeliharaan melalui pendekatan *promotif* dan *preventif* tanpa mengesampingkan pemulihan dengan pendekatan *kuratif* dan rehabilitatif. Kegiatan promotif dan preventif termasuk pemeriksaan, menurunkan nyeri, dan

program untuk peningkatan fleksibilitas, daya tahan, dan keselarasan postur dalam aktifitas sehari-hari. Selain upaya *promotif dan preventif*, fisioterapis juga memberikan layanan pemeriksaan, *treatment*, serta membantu individu dalam memulihkan kesehatan, mengurangi rasa sakit (*kuratif dan rehabilitatif*). Fisioterapis juga berperan dalam masa akut, kronis, preventif, intervensi muskuloskeletal sejak dini yang berhubungan dengan cedera pekerjaan, merancang ulang pekerjaan individu, pemulihan, dan perlu untuk memastikan *treatment/ intervensi* diberikan secara komprehensif dan tepat sasaran yang berfokus pada individu, masyarakat sertalingkungan.

#### 2. Pelayanan fisioterapi di rumah sakit umum

Pelayanan fisioterapi di rumah sakit umum sesuai dengan jenis dan tipenya memberikan pelayanan kesehatan kepada individu untuk semua jenis gangguan gerak dan fungsi tubuh secara paripurna melalui pendekatan *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*.

#### 3. Pelayanan fisioterapi di rumah sakit khusus

Pelayanan fisioterapi di rumah sakit khusus sesuai dengan tipe dan jenisnya memberikan intervensi kesehatan gangguan gerak dan fungsi tubuh tertentu sesuai dengan spesifik pelayanan rumah sakit.

#### 4. Pelayanan fisioterapi di praktik mandiri

Pelayanan fisioterapi di praktik mandiri memberikan pelayanan fisioterapi pada individu dan/atau kelompok berupa pengembangan,

pemeliharaan, serta pemulihan dengan pendekatan *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan *rehabilitatif* sesuai dengan kompetensi fisioterapis.

#### 2.4.5 Bentuk Perawatan Fisioterapi

Menurut (Alodokter, 2016), beberapa metode yang biasanya diterapkan kepada pasien:

##### 1. Program latihan

Beberapa terapi yang termasuk dalam program ini antara lain teknik memperbaiki postur tubuh, memperkuat otot, latihan kardiovaskular, dan peregangan.

##### 2. Teknik elektroterapi

Terapi ini menggunakan alat dengan daya listrik. Beberapa terapi jenis ini antara lain ultrasound, terapi laser, terapi diatermi, dan terapi syaraf dengan stimulasi elektrik (TEN).

##### 3. Fisioterapi manual

Yang termasuk fisioterapi jenis ini adalah pijat, peregangan, dan pelatihan resistensi tubuh, serta mobilisasi dan manipulasi sendi.

##### 4. Metodelainnya

Selain metode-metode yang sudah disebutkan di atas, fisioterapi juga membantu pasien dengan mengoreksi teknik berolahraga yang salah dan membantu cara menggunakan alat bantu dengan tepat. Beberapa metode lainnya yang biasa dipakai adalah hidroterapi, melatih teknik bernapas yang benar, dan pengobatan akupuntur.

#### 2.4.6 Fisioterapi pada pasien pasca stroke

Rehabilitasi stroke adalah program pemulihan pada kondisi stroke yang bertujuan untuk mengoptimalkan kapasitas fisik dan kemampuan fungsional pasien stroke, sehingga mereka mampu mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Program rehabilitasi ini bisa dibilang merupakan program yang tidaklah mudah, karena setelah stroke terkadang menyisakan kelumpuhan terutama pada sisi yang terkena, timbul nyeri, subluksasi pada bahu, pola jalan yang salah dan masih banyak kondisi yang perlu dievaluasi oleh fisioterapis

Penanganan fisioterapi pasca stroke adalah kebutuhan yang mutlak bagi pasien untuk dapat meningkatkan kemampuan gerak dan fungsinya. Berbagai metode intervensi fisioterapi seperti pemanfaatan *electrotherapy*, *hidrotherapy*, *exercise therapy* (*Bobath method*, *Proprioceptive Neuromuscular Facilitation*, *Neuro Developmental Treatment*, *Sensory Motor Integration*, dll..) telah terbukti memberikan manfaat yang besar dalam mengembalikan gerak dan fungsi pada pasien pasca stroke. Akan tetapi peran serta keluarga yang merawat dan mendampingi pasien juga sangat menentukan keberhasilan program terapi yang diberikan. Kemampuan anggota keluarga memberikan penanganan akan berdampak sangat baik bagi pemulihan pasien. Penanganan fisioterapi pasca stroke pada prinsipnya adalah proses pembelajaran sensomotorik pada pasien dengan metode-metode tersebut diatas. Akan tetapi interaksi antara pasien dan fisioterapis amat sangat terbatas, lain

halnya dengan keluarga pasien yang memiliki waktu relatif lebih banyak. Dampak lain adalah jika pemahaman anggota keluarga kurang tentang penanganan pasien stroke maka akan menghasilkan proses pembelajaran sensor motorik yang salah pula. Hal ini justru akan memperlambat proses perkembangan gerak. (WHO, 2006) dalam (Sondang, 2018).

### 1. Latihan Rentang Gerak (ROM)

#### a. Pengertian

*Range of Motion* (ROM), merupakan istilah baku untuk menyatakan batas/besarnya gerakan sendi normal. ROM juga digunakan sebagai dasar untuk menetapkan adanya kelainan batas gerakan sendi abnormal (Helmi, 2012).

Fleksibilitas sendi atau rentang gerak tubuh pada pasien pasca stroke sering berkurang setelah serangan stroke sehingga menyebabkan rasa sakit dan kehilangan fungsi. Ada dua macam latihan rentang gerak ROM yang meliputi latihan aktif yang membuat pasien harus menggerakkan anggota tubuhnya sendiri. Dan latihan pasif, dimana pasien menggerakkan anggota tubuhnya dengan bantuan terapis akibat tidak dapat menggerakkan anggota tubuhnya. (Taufik, 2014).

## b. Klasifikasi

Menurut (Suratun, dkk, 2008) ROM di klasifikasikan menjadi 2 yaitu :

- 1) ROM aktif yaitu latihan ROM yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa bantuan perawat dari setiap gerakan yang dilakukan. Indikasi ROM aktif adalah semua pasien yang dirawat dan mampu melakukan ROM sendi dan kooperatif
- 2) ROM pasif adalah latihan yang diberikan kepada klien yang mengalami kelemahan otot lengan maupun otot kaki berupa latihan pada tulang maupun sendi dimana klien tidak dapat melakukannya sendiri, sehingga klien memerlukan bantuan perawat atau keluarga.

## c. Tujuan

Latihan ROM memiliki beberapa tujuan menurut Suratun, dkk (2008) yaitu: mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah, dan mencegah kelainan bentuk.

## d. Prinsip dasar ROM

Prinsip dasar latihan ROM menurut Suratun, dkk (2008) yaitu:

- 1) ROM harus diulangi sekitar 8 kali dan di kerjakan minimal 2 kali sehari
- 2) ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien
- 3) Dalam merencanakan program latihan ROM, harus memperhatikan umur, diagnose, tanda vital, dan lamanya tirah baring.

- 4) ROM sering di programkan oleh dokter dan di kerjakan oleh ahli fisioterapi
- 5) Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, atau pergelangan kaki.
- 6) ROM dapat dilakukan pada semua persendian yang dicurigai mengurangi proses penyakit.
- 7) Melakukan ROM harus sesuai waktu.

## 2. Latihan Fisik

### a. Pengertian

Latihan fisik adalah proses perkembangan kemampuan aktivitas gerak jasmani yang dilakukan secara sistematis dan ditingkatkan secara progresif untuk mempertahankan atau meningkatkan derajat kebugaran jasmani agar tercapai kemampuan kerja fisik yang optimal. Melalui latihan fisik kebugaran jasmani pasien dapat dipertahankan atau ditingkatkan, baik yang berhubungan dengan keterampilan maupun dengan kesehatan secara umum (Yudiana, 2012).

Para fisioterapis sering merekomendasikan latihan fisik yang mampu menunjukkan manfaat yang signifikan bagi penderita ketidakmampuan ringan atau sedang setelah terkena serangan stroke. Latihan fisik yang disarankan meliputi latihan berjalan, latihan melangkah, latihan naik-turun tangga (Taufik, 2014).

#### b. Jenis

Menurut Pudjiastuti (2013) jenis latihan fisik ini terdiri dari; berdiri dengan mengangkat 1 kaki, berdiri dengan mengangkat 1 tungkai ke samping, berdiri dari posisi duduk ke posisi ke posisi duduk kembali, gerakan mengayun lengan, gerakan leher dan gerakan berjalan.

#### c. Tujuan

Tujuan latihan fisik antara lain yaitu membantu meningkatkan penggunaan anggota gerak tubuh, memperkuat otot yang lemah pasca stroke, mendapatkan kembali fungsi tubuh yang lumpuh, mampu mandiri dan tidak bergantung pada orang lain, meningkatkan daya tahan tubuh, dan mencegah depresi (Setiawan, 2017).

#### d. Prinsip dasar

Prinsip dasar yang dilakukan saat latihan fisik menurut Setiawan (2017) yaitu:

- 1) Latihan ini akan meningkatkan adaptasi otot skelet, otot jantung dan keseluruhan kualitas kardiorespirasi sehingga dapat meningkatkan ketahanan seseorang.
- 2) Intensitas latihan didasarkan pada targer nadi latihan dan frekuensi maksimal denyut nadi.
- 3) Durasi latihan aerobik dengan intensitas yang sesuai dilakukan selama 20 sampai 30 menit dan di akhiri
- 4) dengan pemanasan dan pendinginan selama 10 sampai 15 menit.

- 5) Frekuensi latihan dilakukan 3 sampai 5 kali dalam satu minggu
- 6) Jenis latihan aerobic di sesuaikan dengan tujuan spesifik.
- 7) Latihan perlu disesuaikan dengan toleransi fisik.

### 3. Latihan kordinasi

#### a. Pengertian

Terapi okupasi adalah suatu ilmu dan seni pengarahan partisipasi seseorang untuk melaksanakan tugas tertentu yang telah di tetapkan. Terapi ini berfokus pada pengenalan kemampuan yang masih ada pada seseorang, pemeliharaan dan peningkatan bertujuan untuk membentuk seseorang agar mandiri, tidak tergantung pada pertolongan orang lain (Riyadi dan Purwanto, 2009).

Latihan ini dilakukan untuk meningkatkan keseimbangan tubuh pasien pasca stroke dan meningkatkan fungsi sehari-hari seperti berjalan, duduk atau membungkuk. Latihan koordinatif untuk pasien pasca stroke ini mengutamakan pada aktivitas yang melibatkan lebih dari satu sendi maupun otot (Taufik, 2014).

#### b. Karakteristik

Aktivitas dalam okupasi terapi adalah segala macam aktivitas yang dapat menyibukkan seseorang secara produktif yaitu sebagai suatu media untuk belajar dan berkembang, sekaligus sebagai kepuasan emosional maupun fisik. Oleh karena itu setiap aktivitas yang digunakan dalam okupasi terapi harus mempunyai karakteristik sebagai berikut (Riyadi dan Purwanto, 2009):

- 1) Setiap gerakan harus mempunyai alasan dan tujuan terapi yang jelas.
- 2) Mempunyai arti tertentu bagi pasien.
- 3) Pasien harus mengerti tujuan mengerjakan kegiatan tersebut dan kegunaannya
- 4) Harus dapat melibatkan pasien secara aktif walaupun minimal

c. Tujuan

Tujuan okupasi menurut Riyadi dan Purwanto (2009) yaitu:

- 1) Mengembalikan fungsi mental
- 2) Mengembalikan fungsi fisik, meningkatkan gerak, sendi, otot dan kordinasi gerak lainnya
- 3) Mengajarkan aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, berpakaian, buang air kecil, buang air besar, dan sebagainya
- 4) Membantu pasien menyesuaikan diri dengan tugas rutin di rumah dan member saran penyederhanaan
- 5) Meningkatkan toleransi kerja, memelihara dan meningkatkan kemampuan yang dimiliki
- 6) Membantu penderita untuk menerima kenyataan dan menggunakan waktu selama masa rawat dengan berguna

d. Indikasi

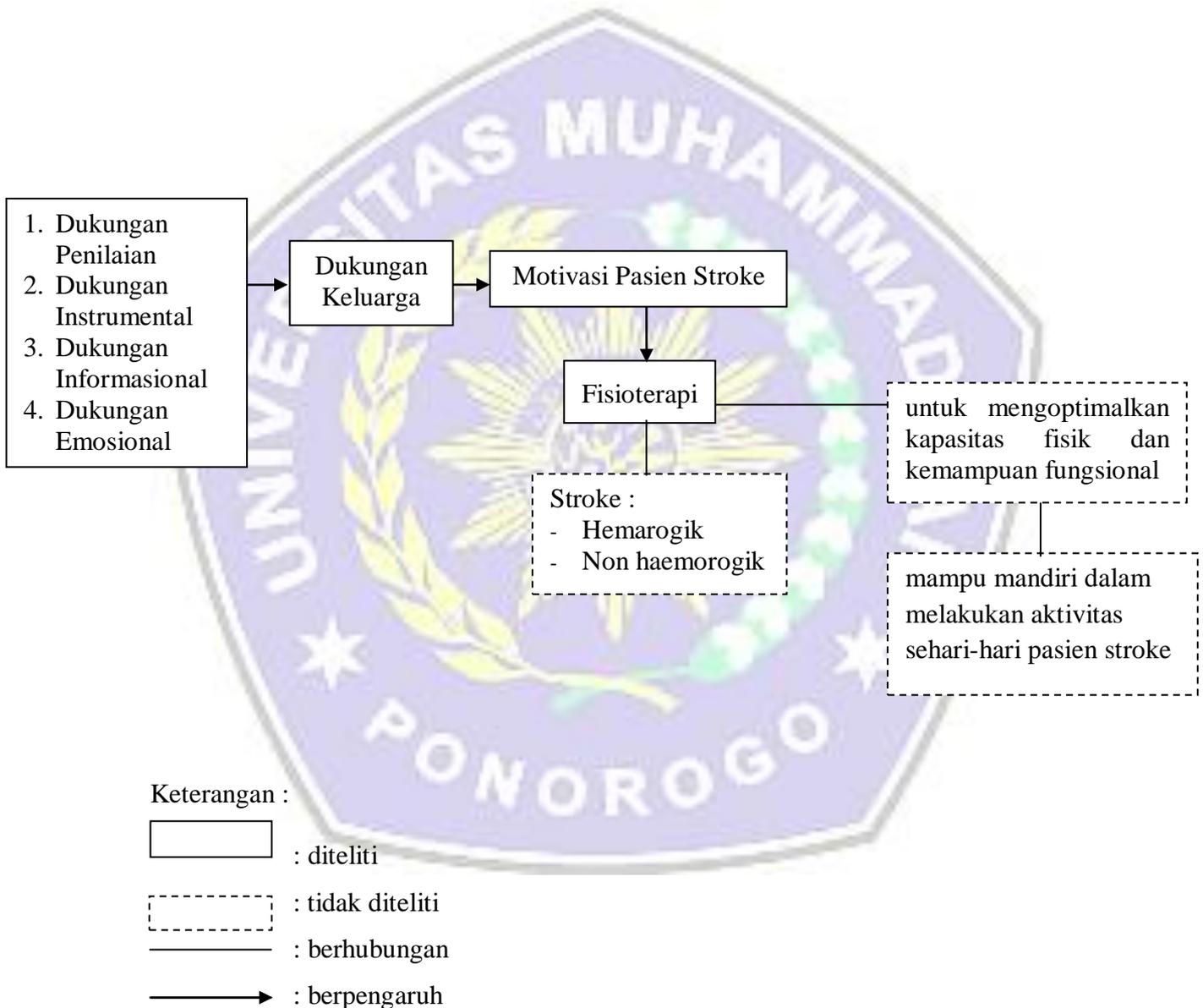
Menurut Riyadi dan Purwanto (2009) indikasi terapi okupasi sebagai berikut:

- 1) Pasien dengan kelainan tingkah laku, seperti pasien harga diri rendah yang disertai kesulitan komunikais
- 2) Ketidakmampuan menginterpretasikan rangsangan sehingga reaksi terhadap rangsangan tidak wajar
- 3) Pasien mengalami kemunduran
- 4) Pasien dengan cacat tubuh disertai gangguan kepribadian.



## 2.5 Kerangka Teori

Kerangka teori penelitian pada hakikatnya adalah suatu uraian dan visualisasi konsep-konsep serta variabel-variabel yang akan diukur atau diteliti (Notoatmodjo, 2010), kerangka teori pada penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka konsep Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Menjalani Fisioterapi Pada Pasien Pasca Stroke Di Poli Syaraf dan Fisioterapi RSUD Dr. Hardjono Ponorogo.