

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN MOTIVASI PASIEN  
STROKE BERULANG YANG MELAKUKAN FISIOTERAPI**

**SKRIPSI**



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA**  
**SAMARINDA**

**2020**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN MOTIVASI PASIEN  
STROKE BERULANG YANG MELAKUKAN FISIOTERAPI**

**SKRIPSI**



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

**2020**

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Susanti EkaJati

NIM : B19011026

Program Studi : S.1 Keperawatan

Judul Laporan Tugas Akhir : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien  
Stroke Berulang Yang Melakukan Fisioterapi

Menyatakan bahwa skripsi ini merupakan hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.



Samarinda, 1/ Desember/ 2020

Yang membuat pernyataan

Susanti Eka Jati

**HALAMAN PENGESAHAN**  
**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN MOTIVASI PASIEN**  
**STROKE BERULANG YANG MELAKUKAN FISIOTERAPI**

**SKRIPSI**

Disusun Oleh :

**Susanti Eka Jati**

**NIM: 19011026**

Telah dipertahankan didepan dewan penguji

Pada tanggal 19 Febuari 2021

**SUSUNAN DEWAN PENGUJI**

1. **Ns.Kiki Hardiansyah.S.M.Kep.Sp.Kep.MB** .....  
NIDN.1128058801
2. **Ns.Siti Kholifah,S.Kep.M.Kep** .....  
NIDN. 1106088901
3. **Ns.Desi Ayu Wardani,M.Kep.,Sp.Kep.Mat** .....  
NIND.1103129001
4. **Ns.Aries Abiyoga.,S.Kep.M.Kep** .....  
NIDN.812118602

**Mengetahui**  
**Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan**  
**ITKES Wiyata Husada Samarinda**

**Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep.,M.Kep. Sp.Kep.MB**  
**NIDN.11280588**

HALAMAN PENGESAHAN  
HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN MOTIVASI  
PASIEN STROKE BERULANG YANG  
MELAKUKAN FISIOTERAPI

SKRIPSI

Disusun Oleh:

Susanti Eka Jati

NIM. 19011026

Telah dipertahankan didepan dewan penguji  
Pada tanggal 19 Febuari 2021

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Ns. Kiki Hardiansyah, M.Kep.Sp.Kep.MB  
NIDN. 1128058801

2. Ns. Siti Kholifah, S.Kep., M.Kep  
NIDN. 1106088901

3. Ns. Desi Ayu Wardani, M.Kep., Sp.Kep.Mat  
NIDN. 1103129001

4. Ns. Aries Abiyoga, S.Kep.M.Kep  
NIDN. 812118602

*Ss/e*

*Hand.*

*[Signature]*

*489*



Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.M.B  
NIDN. 1128058801

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan Bimbingan Nya saya dapat menyelesaikan penyusunan skripsi Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Stroke Berulang Yang Melakukan Fisioterapi. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat dalam memperoleh gelar Sarjana pada Program Studi Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai masa penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. Dr. Eka Ananta Sidharta, Se., MMs.,AK.,CA.,CSRS.,CFrA. Selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep., M.Kep, Sp.MB selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda,
4. Ns.Desy Ayu Wardani ,M.Kep.Sp.Kep.Mat selaku pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir.
5. Ns. Aries Abiyoga, S.Kep.,M.Kep selaku Pembimbing II. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya.
6. dr. Teguh Nurwanto, MARS selaku Direktur Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.
7. Dr. Nurindah Isty Rachmayanti, Sp. KFR selaku dokter penanggung jawab unit Fisioterapi yang telah menyediakan waktu dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir.
8. Kelurga tercinta Bapak, anak-anak yang telah memberikan restu dan motivasi, terimakasih atas doa dan dukungannya.

9. Teman-teman jurusan S1 Keperawatan Ahli Jenjang Samarinda angkatan 2019 yang telah banyak membantu dalam memberikan masukan dan dukungan.
10. Semua pihak yang ikut membantu dalam penyelesaian skripsi ini hingga selesai.

Dan semua pihak yang telah membantu Penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini, semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas kebaikan kita semua dan skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu.



## LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

---

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Susanti Eka Jati

NIM : 19011026

Program Studi : S1 Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda atas skripsi saya yang berjudul :

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN MOTIVASI PASIEN STROKE BERULANG YANG MELAKUKAN FISIOTERAPI.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, ITKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.



Samarinda, Febuari 2021

Yang menyatakan

( Susanti Eka Jati )

## SURAT PERNYATAAN ORIGINALITAS PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : Susanti Eka Jati  
NIDN/NIM : 19011026  
Tempat/Tanggal Lahir : Samarinda, 29 Agustus 1975  
Program Studi : SI Keperawatan  
Institusi : ITKES Wiyata Husada Samarinda

Dengan ini menyatakan bahwa Penelitian dengan judul "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Stroke Berulang Yang Melakukan Fisioterapi" belum pernah dipublikasikan dan belum pernah diikutsertakan dalam perlombaan di tingkat Regional, Nasional atau Internasional sebelumnya serta tidak mengandung unsur plagiat di dalamnya.

Demikianlah pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar dan tanpa ada unsur paksaan dari siapapun. Jika dikemudian hari ditemukan ketidakbenaran informasi, maka saya bersedia menerima konsekuensi sesuai dengan aturan yang berlaku.

Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda

Samarinda, 29 Maret 2021

Yang menyatakan,



Susanti Eka Jati

NIM: 19011026

## ABSTRAK

**Judul** : Hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien stroke berulang yang melakukan fisioterapi.  
**Nama** : Susanti eka jati  
**Jurusan** : Sarjana Keperawatan ( S.Kep )  
**NIM** : 19011026  
**Tahun** : 2021

---

## ABSTRAK

**Latar belakang:** Stroke berulang merupakan strok yang terjadi lebih dari sekali dan dapat memperburuk keadaan penderita, bahaya yang dapat ditimbulkan pada pasien stroke berulang adalah kecacatan hingga meningkatkan terjadinya kematian atau mortalitas. Fisioterapi membantu klien untuk membangun kekuatan gerak dan tonus otot yang tidak terkena stroke. Pencegahan dari komplikasi penyakit stroke itu sendiri dapat dilakukan dengan cara latihan fisioterapi secara tepat dan teratur sesuai dengan keadaan penderita. Dukungan keluarga mempengaruhi motivasi pasien dalam melaksanakan latihan fisioterapi dan berpengaruh dalam peningkatan kekuatan otot. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien stroke berulang yang melakukan fisioterapi. **Metode:** rencana penelitian ini menggunakan *deskripsi korelasi dengan desain cross sectional* dengan jumlah sampel 30 responden dengan menggunakan teknik *total sampling* dengan analisa *chi-square*. **Hasil:** paling banyak usia responden 56-65 tahun sebanyak 11 responden (36,7%), sebagian besar adalah perempuan yang mengalami stroke sebanyak 16 (53,3%) responden. Hasil uji statistic *chi-square*  $p \text{ value} = 0,264 < \alpha 0,05$ . **Kesimpulan** : tidak ada hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan motivasi pasien stroke berulang yang melakukan fisioterapi. Pihak rumah sakit mengadakan program khusus pemberian bimbingan dan latihan untuk keluarga terkait dengan latihan fisioterapi di rumah.

## ABSTRAC

**Background:** Recurrent stroke is a stroke that occurs more than once and can worsen the patient's condition, the dangers that can be caused to recurrent stroke patients are disability to increase the incidence of death or mortality. Physiotherapy helps clients to build movement strength and muscle tone without having a stroke. Prevention of complications from stroke itself can be done by exercising physiotherapy appropriately and regularly according to the patient's condition. Family support affects patient motivation in carrying out physiotherapy exercises and has an effect on increasing muscle strength. This study aims to determine whether there is a relationship between family support and motivation of recurrent stroke patients who perform physiotherapy. **Methods:** the research plan used a correlation description with a cross sectional design with a total sample of 30 respondents using a total sampling technique with chi-square analysis. **Results:** most respondents aged 56-65 years as many as 11 respondents (36.7%), mostly women who had a stroke as many as 16 (53.3%) respondents. The results of the chi-square statistical test  $p \text{ value} = 0.264 < \alpha 0.05$ . **Conclusion:** There is no significant relationship between family support and motivation for recurrent stroke patients who do physiotherapy. The hospital holds a special program of providing guidance and training for families related to physiotherapy exercises at home

1 Student of Nursing Science Study Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda

2 Lecturer in nursing science study program, ITKES Wiyata Husada Samarinda

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	I
LEMBAR PENGESAHAN .....	Iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....	Ii
KATA PENGANTAR .....	Iv
DAFTAR ISI .....	Vii
DAFTAR TABEL .....	X
DAFTAR BAGAN .....	Xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	Xii

### BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	5
E. Penelitian Terkait.....	6

### BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori .....	
1. Stroke .....	8
2. Fisioterapi .....	10
3. Dukungan Keluarga .....	17
4. Motivasi .....	26
B. Teori Keperawatan .....	33
C. Kerangka Teori .....	36
D. Hipotesis Penelitian .....	38

### BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian.....	39
B. Kerangka Konsep.....	39
C. Populasi dan Sampel.....	40
D. Waktu dan Tempat Penelitian.....	41
E. Definisi Operasiona.....	41
F. Instrument Penelitian .....	41
G. Uji Validitas.....	43
H. Teknik Pengumpulan Data.....	44
I. Teknik Analisa Data.....	45
J. Etika Penelitian.....	47
K. Variable penelitian.....	48
L. Sumber Data dan Instrument Penelitian.....	48
M. Prosedur Pengumpulan dan Pengolahan Data.....	49
N. Kerangka Alur Penelitian.....	51
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	52
B. Hasil Penelitian .....	
1.Karakteristik Responden .....	52
2.Analisa Univariat .....	53
3.Analisa Bivariat .....	55
C. Pembahasan .....	
1.Karakteristik Responden .....	56
2.Analisa Univariat .....	58
3.Analisa Bivariat .....	59

BAB V . KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan .....	62
B. Saran .....	
1. Praktisis Keperawatan .....	62
2. Bagi Rumah Sakit .....	62

DAFTAR PUSTAKA



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi penelitian .....
Tabel 3.2	Uji Normalitas.....
Tabel 3.3	Analisa Univariat.....
Tabel 3.4	Analisa Bivariat.....
Tabel 3.5	Inter pretasi uji Hipotesis.....



## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Kerangka teori penelitian.....
Bagan 3.1	Kerangka konsepi penelitian.....
Bagan 3.2	Kerangka alur penelitian.....



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

Manusia merupakan makhluk yang memerlukan gerak dan berpindah tempat untuk melakukan kegiatan sehari-hari. Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya peredaran darah ke otak. Gangguan peredaran darah otak dapat berupa penyumbatan atau terjadinya perdarahan, stroke dapat menimbulkan akibat yang bervariasi diantaranya: kecacatan, baik kecacatan sementara maupun permanen hingga mengakibatkan kematian mendadak (Bustam, 2006). Pada kasus yang bertahan hidup dapat terjadi beberapa kemungkinan, salah satunya adalah stroke berulang. Stroke berulang merupakan stroke yang terjadi lebih dari sekali setelah serangan pertama dan dapat memperburuk keadaan penderita. Kejadian stroke berulang terjadi karena beberapa faktor diantaranya adalah hipertensi, bahaya yang dapat ditimbulkan pada pasien stroke berulang adalah kecacatan hingga meningkatkan terjadinya kematian atau mortalitas (Yusuf, 2013).

Dampak stroke tidak hanya dirasakan oleh penderita namun juga oleh keluarga dan masyarakat sekitar. Selain menyebabkan kecacatan dan kematian, stroke berulang berdampak sangat besar dari segi ekonomi dan sosial karena biaya pengobatan dan perawatan sangat tinggi, serta menimbulkan dampak sosial akibat dari gejala sisa sehingga penderita tidak dapat lagi bekerja kembali sediakala dan sosialisasinya juga bisa terhambat (Dourman, 2013).

Berdasarkan data WHO (2014), 15 juta orang diseluruh dunia menderita stroke, 1/3 mengalami kematian dan 1/3 mengalami kecacatan permanen. Di Amerika Serikat penderita stroke mencapai 795.000/tahun, diantaranya 185.000 orang merupakan stroke berulang (Heart Disease and Stroke Statistics, 2013). Secara global di Asia jumlah penderita stroke

pada tahun 2016 yaitu sekitar 80,1 juta orang (Benjamin et al, 2019). Indonesia sendiri 5 tahun terakhir mengalami peningkatan pada tahun 2013 sebanyak 7% dan meningkat 10,9% pada tahun 2018. Dan provinsi yang tertinggi jumlah penderita strokenya yang tertinggi jumlah penderita strokenya pada tahun 2018 adalah Kalimantan Timur dengan prevalensi 14,7% (RISKESDAS 2018).

Di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra, stroke termasuk dalam 10 daftar penyakit terbanyak dalam 3 (tiga) tahun terakhir dan menduduki peringkat pertama terbanyak dan disusul penyakit Diabetes Militus (DM) peringkat kedua. Dari data Instalasi Rekam Medis didapatkan jumlah kunjungan pasien stroke dirawat jalan di tahun 2018 merupakan 441 pasien dan pada tahun 2019 meningkat sebanyak 547 pasien. Pada tahun 2020 periode agustus sampai oktober kunjungan pasien stroke 153 pasien. Sedangkan untuk kunjungan diruang fisioterapi Rumah Sakit Samarinda Medika Citra untuk kunjungan pasien stroke perbulanya sejumlah kurang lebih 90 pasien, kunjungan pasien stroke serangan yang pertama kali sejumlah 60 pasien dan 20 pasien yang mengalami serangan stroke ke 2.

Resiko untuk teradinya stroke berulang berkisar 30- 43%, dan resiko terjadinya stroke berulang selama 7 hari pasca stroke/pasca TIK sebesar 8-12%. Kejadian stroke berulang tergantung pada jenis stroke awal, usia, tiga penyakit terkait, dan faktor resikonya, serta kurun waktu kejadian stroke dalam 6 sampai 12 bulan, 1 dari 10 orang bisa terserang stroke berulang. Hal ini pada umumnya dapat terjadi pada penderita yang kontrol diri dan tingkat kesadarannya yang rendah (Sari, 2015).

Pasien stroke sangat memerlukan intervensi rehabilitasi medis untuk mengembalikan pasien pada kemandirian mengurus diri sendiri dan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari tanpa menjadi beban bagi keluarganya. Untuk mengembalikan fungsi tubuh pasien stroke bisa kembali beraktivitas secara normal, perlu adanya latihan gerak atau fisioterapi. Dimana latihan tersebut sangat bermanfaat untuk mengatasi kekakuan otot, mengurangi rasa sakit dan meningkatkan kemampuan bergerak. Dengan latihan fisioterapi pasien stroke

akan mendapatkan manfaat yang sangat berarti dimana fisioterapi akan mengevaluasi dan menentukan teknik sesuai kebutuhan.

Berdasarkan penelitian Wildani, H.M.dkk, fisioterapi berpengaruh secara bermakna terhadap kekuatan otot ekstermitas pada penderita stroke hemoragik di RSI. Sultan Agung. Fisioterapi sebanyak 3 kali dalam seminggu berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas, dengan rata-rata kekuatan otot ekstremitas sebelum fisioterapi sebesar  $3,42 \pm 1,308$  dan  $4,32 \pm 1,045$  sesudah fisioterapi. Perlu diupayakan agar pasien tetap aktif untuk mencegah timbulnya komplikasi stroke dan tirah baring. Fisioterapi dapat terlaksana apabila seseorang mempunyai motivasi dan dukungan yang kuat.

Dukungan keluarga sangat penting bagi pasien karena proses penyembuhan pasien stroke memerlukan waktu lama, maka perlu pengertian dan kesabaran yang dalam diri semua pihak, terutama keluarga. Pihak keluarga diharapkan setiap saat mengajak bicara dan berinteraksi dengan pasien stroke karena secara fisiologis, motivasi yang sangat kuat pada penderita untuk mengekspresikan sesuatu akan mendorong kemampuan berbicara dan bergerak (Nugraha, 2016).

Anggota keluarga dapat dijadikan bagian yang paling penting dalam memberi motivasi psikologis dan memfasilitasi komunikasi pasien dengan tenaga medis dalam perawatan pasca stroke. Hal ini dikarenakan keluarga adalah orang yang paling mengenal pasien dengan baik dibanding orang lain. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersikap mendukung akan selalu memberikan pertolongan dan bantuan, jika ada anggota keluarga yang mengalami sakit. Apabila dukungan keluarga rendah maka pasien pasca stroke akan mengalami kesulitan dalam beradaptasi dengan perubahan fisik maupun psikologis, akibatnya dapat menimbulkan penurunan motivasi untuk melakukan fisioterapi/latihan (Fridman, 2010).

Pada penelitian Chaira tahun (2016), didapatkan pasien dengan dukungan keluarga yang sangat mendukung memiliki tingkat kepatuhan sebesar 77,3% dan ketidak patuhan sebesar 22,7%. Hal ini sebaliknya didapatkan pasien dengan

keluarga yang kurang mendukung akan memiliki tingkat kepatuhan sebesar 12,5% dan ketidak patuhan cenderung tinggi sebesar 87,5.

Motivasi berarti kekuatan yang terdapat dalam diri individu yang mengakibatkan individu bergerak atau bertindak. Hal ini dapat dilihat dari tingkah laku, energy atau rangsangan atau dorongan yang timbul dengan tingkah laku tertentu. Motivasi timbul akibat adanya interaksi seseorang dengan situasi tertentu yang dihadapi, perbedaan seseorang dalam menghadapi situasi yang sama bersumber dari dalam diri individu dan dapat bersumber dari luar diri individu (Siagian, 2007).

Dari penelitian Chairi tahun 2016, responden yang memiliki dukungan keluarga rendah cenderung memiliki motivasi rendah (32,6%), sedangkan responden yang memiliki dukungan keluarga tinggi cenderung memiliki motivasi tinggi (72,0%). Dari hasil uji *Rank Sperman* diperoleh hasil R value 0,048 artinya hubungan antara dukungan keluarga secara keseluruhan dengan motivasi lansia adalah sangat lemah dan searah P (Value)  $0,700 > 0,05$  maka kesimpulan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga secara keseluruhan dengan motivasi lansia dalam mempertahankan kualitas hidupnya (Mangasi, 2013).

Pasien stroke membutuhkan penanganan yang menyeluruh, termasuk upaya pemulihan dan rehabilitasi jangka panjang. Program rehabilitasi yang dijalankan harus sesuai dengan kemampuan dan ketidakmampuan dari masing-masing individu itu sendiri. Keluarga sangat berperan besar dalam tahap pemulihan ini, sehingga sejak awal perawatan keluarga ikut terlibat pada penanganan pasien stroke.

Pasien stroke akan memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, keluarga sebagai orang yang terdekat dengan pasien berperan besar dalam memberikan perawatan lanjutan dan memenuhi kebutuhan perawatan diri pasien. Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Stroke Berulang yang melakukan Fisiotererapi”.

## B. RUMUSAN MASALAH

Stroke salah satu penyakit yang memiliki peringkat tertinggi selama bertahun-tahun dan dampak dari stroke itu sendiri merupakan kecacatan atau kekakuan otot sehubungan untuk mengurangi kecacatan perlu adanya latihan fisioterapi. Keberhasilan seorang dalam pemulihan tidak lepas dari dukungan keluarga, yang dimana keluarga memberikan motivasi terbesar untuk mencapai suatu tujuan. Berdasarkan fenomena diatas: "Apakah ada Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Stroke Berulang Melakukan Fisioterapi".

## C. PENELITIAN

### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian merupakan untuk teranalisa Hubungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Stroke Berulang Melakukan Fisioterapi.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasi dukungan keluarga pasien stroke berulang dalam melakukan fisioterapi.
- b. Teridentifikasi motivasi pasien stroke berulang dalam melakukan fisioterapi.
- c. Teranalisa hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien stroke berulang melakukan fisioterapi.

## D. MANFAAT PENELITIAN

### 1. Manfaat teoritis

Manfaat teoritis penelitian ini dapat menjadi:

- a) Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan atau pengembangan ilmu keperawatan khususnya pasien stroke dimana peran keluarga dalam pelatihan fisioterapi sangat dibutuhkan.

b) Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber data bagi penelitian berikutnya khususnya yang terkait dengan motivasi pasien stroke berulang dalam melakukan fisioterapi.

## 2. Manfaat praktisi

a) Pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Dengan semakin majunya ilmu dan teknologi keperawatan, dukungan keluarga merupakan kunci keberhasilan dalam setiap pengobatan terutama pasien stroke.

b) Rumah Sakit

Dapat memberi masukan kepada Rumah Sakit atau tenaga ahli kesehatan untuk menentukan treatment secara tepat kepada penderita pasca stroke untuk pemacu kesembuhannya.

## E. PENELITIAN TERKAIT

Penelitian yang berkenan dengan peran keluarga terhadap hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien stroke berulang yang melakukan fisioterapi.

1. Abdul Jalil Tatalia *et al.* (2018) penelitiannya berjudul: Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pada pasien Pasca Stroke di Poliklinik Neurologi RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado. Dengan hasil: semakin tinggi dukungan keluarga yang diberikan maka tingkat kemandirian pasien semakin meningkat. Persamaannya dengan penelitian ini cara instrument yang digunakan kuesioner dan sama-sama mengangkat tingkat kemandirian pasien. Perbedaannya dengan penelitian ini menggunakan desain observasional analitik sedangkan peneliti menggunakan deskripsi korelasi dan variable dependen berbeda.
2. Ragaia Ipaenin *et al.* (2018) dengan penelitian berjudul: Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Motivasi Pasien Pasca Stroke Selama Menjalani Latihan Fisoterapi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta. Dengan hasil: dukungan keluarga dan motivasi

pasien sangat tinggi sehingga keberhasilan dalam pelaksanaan fisioterapi. Persamaannya: menggunakan metode kualitatif, instrument yang digunakan kuesioner dan studi deskriptif korelasi. Perbedaannya: Tempat penelitian dan responden yang diteliti stroke berulang.

3. Siti Nurhayati *et al.* (2016) dengan judul: Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dan Motivasi Melakukan Rom Pada Pasien Pasca Stroke. Dengan hasil: dukungan keluarga sangat signifikan dan faktor utama yang dibutuhkan dalam motivasi pasien fisioterapi merupakan informasi. Persamaannya: Teknik pengambilan sampel purposive sampling. Perbedaan: Penelitian diatas pasca stroke sedangkan penelitian yang akan dilakukan stroke berulang.
4. Ririe *et al.* (2014), dengan judul: Profi; faktor resiko yang dapat dimodifikasi pada kasus stroke berulang di RSUD Arifin Achmad provinsi Riau. Persamaan: Populasi, teknik yang digunakan sama. Perbedaan : Variabel penelitian.
5. Ari Udiyono (2019), dengan judul: Hubungan antara rehabilitasi dan dukungan keluarga dengan kejadian stroke berulang, Semarang. Persamaan: Populasi. Perbedaannya: Metode pengambilan sampel, jenis penelitian.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. LANDASAN TEORI

##### 1. STROKE

###### a. Pengertian Stroke

Stroke merupakan kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak terganggu atau berkurang akibat penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah. Tanpa darah otak tidak akan mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi sehingga sel-sel pada sebagian area otak akan mati. Kondisi ini menyebabkan bagian tubuh yang dikendalikan oleh area otak yang rusak tidak dapat berfungsi dengan baik.

Stroke atau cedera serebrovaskuler (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare, 2002). Stroke adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak. Stroke dapat terjadi karena pembentukan trombus disuatu arteri serebrum, akibat emboli yang mengalir ke otak dari tempat lain di tubuh, atau akibat perdarahan otak (Corwin, 2001).

Didefinisikan sebagai stroke jika pernah didiagnosis menderita penyakit stroke oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau belum pernah di diagnosis menderita penyakit stroke oleh nakes tetapi pernah mengalami secara mendadak keluhan kelumpuhan pada satu sisi tubuh atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh yang disertai kesemutan atau baal satu sisi tubuh atau mulut menjadi mencong tanpa kelumpuhan otot mata atau bicara pelo atau sulit bicara/komunikasi dan atau tidak mengerti pembicaraan (Risksedas, 2019).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa stroke adalah gangguan peredaran otak yang dapat mengakibatkan

fungsi otak terganggu dan bila gangguan yang terjadi cukup besar akan mengakibatkan kematian sebagian sel saraf.

**b. Stroke Berulang**

Stroke terbagi atas 2 katagori utama yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Kedua katagori ini merupakan dua jenis yang berbeda.

**c. Klasifikasi Stroke**

Stroke terbagi atas 2 katagori utama yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Kedua kategori ini merupakan dua jenis yang berbeda. Pada stroke hemoragik terdapat timbunan darah di subarahchnoid atau intraserebral, sedangkan stroke iskemik terjadi karena kurangnya suplai darah ke otak sehingga kebutuhan oksigen dan nutrisi kurang mencukupi.

**d. Manifestasi Klinik**

Menurut Dit.P2PTM KEMENKES RI, 2019 tanda dan gejala pada pasien stroke merupakan:

1. SE; Senyum tidak simetris (mencong ke satu sisi), tersedak, sulit menelan air secara tiba-tiba.
2. GE; Gerakan separuh anggota tubuh melemah secara tiba-tiba.
3. RA; Bicara pelo atau tiba-tiba tidak dapat bicara, tidak mengerti kata-kata atau bicara tidak nyambung.
4. KE; Kebas/baal atau kesemutan saparuh badan.
5. R; Rabun, pandangan satu mata kabur, terjadi secara tiba-tiba.
6. S; Sakit kepala hebat yang mincul tiba-tiba dan tidak pernah dirasakan sebelumnya, gangguan fungsi keseimbangan, seperti rasa berputar, gerakan sulit dikoordinasi.

**e. Factor Resiko Stroke Berulang**

Stroke tidak mempunyai penyebab tunggal, melainkan banyak penyebab yang dapat menyebabkan seseorang mengalami stroke (multifactorial cause). Factor penyebab terjadinya stroke pada suatu

ketika mengakibatkan seseorang yang telah terkena stroke kemungkinan akan terjadi serangan kedua, jika faktor-faktor stroke masih tetap ada dan tidak dilakukan pengelolaan. Pengelolaan pada pasca stroke agar tidak menjadi stroke berulang tidaklah mudah, hal ini disebabkan karena berbagai faktor diantaranya faktor intrinsik (penderitanya yang menyangkut usaha dalam memodifikasi pola hidup serta faktor ekstrinsik yang meliputi lingkungan dan upaya dokter dalam membantu mengendalikan faktor resiko).

Saat ini telah diketahui berbagai faktor yang dapat menyebabkan seseorang lebih rentan terhadap stroke yang disebut faktor resiko terhadap stroke (Tugasworo, 2002 dalam Siswanto 2005). Faktor-faktor resiko stroke menurut Pinzon & Asanti (2010) dan Wardhana (2011) dapat dibagi menjadi faktor stroke yang tidak dapat diubah dan faktor stroke yang dapat diubah:

1. Faktor yang tidak dapat diubah: Umur, jenis kelamin, ras, keturunan, suku.
2. Faktor yang dapat diubah: Hipertensi, diabetes militus, obesitas, kelainan jantung, merokok, aktivitas fisik, kepatuhan kontrol, diet, minuman beralkohol.

**f. Dampak Stroke**

Dampak stroke tergantung posisi penyerangan stroke berada pada bagian mana diotak. Tetapi pasti ada perubahan-perubahan yang terjadi setelah seseorang mengalami stroke. Berapa dampak seseorang yang mengalami stroke:

1. Kelumpuhan (gangguan gerak/mobilitas)
2. Perubahan mental
3. Gangguan komunikasi
4. Gangguan emosional
5. Kehilangan indra rasa

## 2. FISIOTERAPI

### a. 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 2015).

Keberhasilan program pelayanan kesehatan tergantung berbagai faktor baik sosial, lingkungan, maupun penyediaan kelengkapan 5 pelayanan/perawatan dimana fisioterapi memiliki peran yang penting dalam program pelayanan kesehatan baik di tingkat 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, 2015).

### b. 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 exercise therapy.
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 dolphin therapy.
3. *Fisioterapi Kardiovaskulopulmonal* 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 geriatri, unit stroke, klinik olahraga, dan/atau rehabilitasi. Menurut Depkes RI (2015).

**c. Macam-macam Terpi Pasca Stroke**

Rehabilitasi atau terapi pasca stroke bertujuan untuk membantu pasien stroke mempelajari kembali kemampuan atau ketrampilan yang hilang dan meningkatkan kualitas hidup. Jenis dan derajat penurunan kemampuan yang dialami pasien stroke bias berbeda. Tetapi pasca stroke yang dilakukan pasti tidak sama dan harus sesuai anjuran dokter atau terapis. Berikut adalah bentuk-bentuk latihan yang bias dilakukan pasien terapis pasca stroke diantaranya:

1. Terapi Memori

Banyak atau sedikitnya memori yang hilang setelah stroke tergantung pada usia, tingkat keparahan stroke, letak terjadinya stroke, dan kondisi kesehatan penderita sebelum terserang stroke. Ingatan yang hilang pada penderita stroke dapat diperoleh kembali dengan beberapa cara seperti berikut:

- a. Menstimulasi otak dengan permainan mengasah otak.
- b. Menempelkan tulisan ditempat tertentu misalnya”Jangan Lupa Gosok Gigi” dikamar mandi sebagai pengingat.
- c. Bertemu dengan orang lain dngan penderitaan yang sama.

## 2. Terapi Gerak

Merupakan salah satu bentuk *fisioterapi stroke* standar yang penting. Penelitian mengungkapkan bahwa terapi gerakan seperti treadmill, olahraga keseimbangan, dan mengangkat beban, terbukti meningkatkan kemampuan berjalan penderita stroke setelah satu tahun berlatih. Kualitas hidup semakin meningkat terlepas dari seberapa parah stroke yang diderita. Selain itu terapi gerakan juga dapat dilakukan dengan :

- a. Selalu mengganti *posisi tidur* atau duduk untuk memperbaiki postur dan keseimbangan dibantu oleh terapis, agar otot dan sendi tidak kaku.
- b. Selalu mengganti *posisi tidur* atau duduk untuk memperbaiki postur dan keseimbangan dibantu oleh terapis, agar otot dan sendi tidak kaku.
- c. Jika sudah menunjukkan peningkatan, terapis bisa meminta pasien terapi pasca stroke untuk bergerak-gerak di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi, mengulangi posisi duduk dan berdiri.
- d. Berlatih menggerakkan tangan dan kaki (dengan atau tanpa bantuan benda-benda), tentunya didampingi oleh terapis atau dokter.

## 3. Okupasi

Teori okupasi adalah rehabilitasi yang membantu seseorang mendapatkan kembali, mengembangkan, dan membangun keterampilan yang penting, terkait kemandirian dalam aktivitas sehari-hari. Pasien akan dilatih sesuai keperluannya, misalnya cara mengancingkan baju dan menggosok gigi. Terapi okupasi bisa dilakukan bersama dengan terapi bicara dan bahasa, untuk melatih kemampuan kognitif seseorang yang terkena stroke. Kemampuan kognitif yang bisa terganggu akibat stroke antara lain menurunnya

kemampuan berpikir, penalaran, ketidakmampuan melakukan penilaian, dan masalah ingatan

#### 4. Terapi Wicara

Terapi bicara merupakan salah satu bagian dari terapi pasca stroke yang dapat dilakukan untuk membantu pasien stroke melatih kemampuan bicara, serta melatih otot-otot menelan dan berbicara agar kembali berfungsi. Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk melatih kemampuan bicara pasca stroke adalah;

- a. Pertama, terapis akan membantu pasien dapat menelan. Misalnya dengan meminta pasien menelan 50 ml air.
- b. Teknik yang terapis gunakan untuk membantu kesulitan komunikasi pasien stroke tergantung pada seberapa besar masalah yang dialami. Kemudian terapis akan menilai kemampuan umum pasien untuk berkomunikasi. Misalnya, dengan menilai seberapa baik pasien memahami kata atau kalimat, seberapa sulit pasien mengekspresikan diri, dan lain-lain.
- c. Jika pasien sulit memahami arti kata-kata, terapis dapat meminta pasien untuk mencocokkan kata dengan gambar, mengurutkan kata sesuai dengan makna, dan menentukan kata-kata yang memiliki makna yang sama.
- d. Melatih kekuatan otot mulut, memberi arahan mengucapkan suatu kata atau huruf.
- e. Berlatih kemampuan merangkai kata-kata.
- f. Berlatih kemampuan membaca dan menulis.

#### 5. Terapi rekreasi dan psikolog

Terapi rekreasi bisa diberikan untuk pasien pasca stroke agar mencintai kembali apa yang dahulu ia sering lakukan, misalnya memelihara hewan peliharaan, atau membuat kerajinan tangan dan barang seni, tergantung pada minat penderita. Terapi psikologis

atau psikoterapi dibutuhkan untuk memperbaiki kondisi mental seseorang yang terkena serangan stroke. Hanya saja kondisi tidak seperti sediakala rentan menumbuhkan rasa depresi dan gangguan emosional pada penderitanya. Salah satu bentuk paling umum adalah menarik diri dari aktivitas sosial dan putus harapan akan kesembuhannya.

#### 6. Akupunktur

Terapi yang menggunakan jarum khusus yang ditusukan ke permukaan kulit ini sudah populer di Asia sejak berabad-abad lamanya. Tetapi akupunktur diklaim bias membantu mengurangi rasa sakit, kelumpuhan dan masalah otot akibat stroke.

#### 7. Pijat

Pijat adalah terapi yang sangat umum untuk penderita stroke ,pijat dengan membantu memperbaiki suasana hati, menurunkan tekanan darah, mengurangi kecemasan dan membuat tubuh serta pikiran lebih santai. Selain itu dapat membantu masalah otot dengan meningkatkan aliran darah ke daerah yang terkena gangguan.

#### 8. Yoga

Yoga dapat membantu memperbaiki kualitas hidup pasien pasca stroke melalui napas dan gerakan lambatnya, yoga juga membantu membantu pasien meningkatkan fokus mental yang hilang akibat stroke. Sehubungan olah raga ini minim bantuan dan resiko cedera.

#### 9. Aroma Terapi

Aroma terapi adalah memanfaatkan aroma tertentu untuk membantu orang menjadi lebih rileks dan mengurangi rasa sakit. Rosmery, lavender dan peppermint adalah aroma yang umum dipakai oleh mereka yang kesehatannya bermasalah akibat stroke.

Jika dilakukan secara teratur dan konsisten, terapi stroke akan meningkatkan kualitas hidup penderitanya. Tidak hanya menjalani pengobatan, dukungan emosional dan sosial dari orang terdekat juga memegang peranan penting dalam rangkaian terapi stroke. Gunakanlah terapis profesional dan konsultasikan dengan dokter untuk hasil optimal.

#### **d. Konsep Latihan Fisioterapi**

Terapi latihan merupakan salah satu cara untuk mempercepat pemulihan pasien dari cedera dan penyakit yang dalam penatalaksanaannya menggunakan gerakan aktif maupun pasif. Gerak pasif merupakan gerakan yang digerakkan oleh orang lain dan gerak aktif merupakan gerak yang dihasilkan oleh kontraksi otot sendiri. Terapi aktif yang dapat digunakan (Taufik, 2014), yaitu:

1. Latihan Rentang Gerak (ROM) 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).
2. Latihan Fisik Para Fisioterapis sering merekomendasikan latihan fisik yang mampu menunjukkan mafaat 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).
3. Latihan Kordinasi 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).

**e. Prinsip Dasar Latihan Fisioterapi/ROM**

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

1. ROM harus diulangi sekitar 8 kali dan di kerjakan minimal 2 x 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 diprogramkan oleh dokter dan di kerjakan oleh ahli fisioterapi.
5. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan ROM merupakan 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.

**f. Pengukuran Latihan ROM**

Menurut Smelzet, *et al* (2010) bahwa latihan ROM dapat dilakukan 4 sampai 5 kali sehari, dengan waktu 10 menit untuk setiap latihan, sedangkan Perry & Peter (2006) menganjurkan untuk melakukan latihan ROM 2 kali/hari. Menurut penelitian terdahulu yang dilakukan oleh:

1. Penelitian Mawarti dan Farid (2012), menggunakan waktu perlakuan latihan ROM pasif selama 1 minggu sebanyak 2 kali/hari, dan kesimpulannya ada peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke dengan hemiparase.

2. Penelitian Sikawin, Mulyadi dan Palandeng (2013), menggunakan waktu perlakuan latihan ROM sebanyak 5 kali sehari dalam waktu 10 menit dan dilakukan sebanyak 8 kali latihan dan kesimpulannya latihan ROM yang diberikan berpengaruh terhadap kekuatan otot pada pasien stroke.

**g. Mekanisme Latihan Rentang Gerak Sendi Untuk Pencegahan Stroke Berulang**

Otak tidak bisa menyimpan darah atau oksigen dan membutuhkan pasokan konstan untuk berfungsi secara normal. Otak membutuhkan arteri yang membawa darah dan oksigen. Ketika arteri diblokir sel-sel otak tidak berfungsi dan mati dengan cepat. Itu sebabnya sebuah stroke iskemik mengarah kebeberapa komplikasi seperti gangguan fisik misalnya kehilangan fungsi motorik berupa hemiplegi, dan hemiparese. Kehilangan fungsi komunikasi berupa disartria, afasia, aprasia. Gangguan persepsi visual, gangguan visual spasial, kehilangan fungsi sensori, dan masih banyak lagi. Pertolongan dan pengobatan pasien stroke ditujukan untuk meningkatkan aliran darah otak, mencegah kematian dan meminimalkan kecacatan yang ditimbulkan (Harun, 1998 dalam Subianto, 2012).

Latihan pada ekstermitas yang sakit dilatih secara pasif dan diberikan rentang gerak penuh empat atau lima kali sehari, untuk mempertahankan mobilisasi sendi, mengembalikan kontrol motorik, mencegah terjadinya kontraktur pada ekstermitas yang mengalami paralisis, mencegah bertambah buruknya sistem neuromuskular dan meningkatkan sirkulasi (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2010).

### 3. DUKUNGAN KELUARGA

#### a. Pengertian

Keluarga adalah merupakan kumpulan dua orang atau lebih individu yang hidup bersama dalam keterikatan, emosional dan setiap individu memiliki peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Fatimah, 2010). Di bawah ini pengertian keluarga menurut pemerintah dan beberapa pakar/ahli:

1. Menurut UU No. 10 tahun 1992 keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami-istri dan anaknya atau ayah dengan anaknya dan ibu dengan anaknya.
2. Menurut Departemen Kesehatan RI (1988), keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu kawasan dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.
3. Menurut Narwoto dan Suyanto (2004), keluarga merupakan forum sosial dasar dari mana semua forum atau pranata sosial lainnya berkembang.
4. Menurut Effendy (2005), keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan terdiri dari beberapa orang yang berkumpul dibawah satu atap dan saling tergantung.
5. Menurut Mubarak (2009) keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang terikat oleh hubungan perkawinan, hubungan darah, ataupun adopsi, dan setiap anggota keluarga saling berinteraksi satu dengan lainnya.
6. Sedangkan menurut UU No. 52 Tahun 2009, mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya (Wirdhana et al., 2012).

Keluarga merupakan lingkungan yang pertama dan utama bagi perkembangan individu, karena sejak kecil anak tumbuh dan berkembang dalam lingkungan keluarga. Karena itulah peranan orang tua menjadi amat sentral dan sangat besar bagi pertumbuhan dan perkembangan anak, baik itu secara langsung maupun tidak langsung (Ariani, 2009).

**b. Ciri-ciri Keluarga**

Berikut ini adalah ciri-ciri dari keluarga yang terdiri dari:

1. Terdiri atas orang-orang yang mempunyai ikatan darah atau adopsi.
2. Anggota keluarga biasanya hidup gotong royong dalam satu rumah dan mereka membentuk suatu rumah tangga.
3. Merupakan suatu kesatuan orang yang berinteraksi dan saling berkomunikasi yang memainkan tugas sebagai suami istri, bapak dan ibu, anak dan saudara.
4. Mempertahankan suatu kebudayaan bersama yang sebagian besar berasal dari kebudayaan umum yang lebih luas.

**c. Fungsi Keluarga**

Fungsi keluarga adalah ukuran dari bagaimana sebuah keluarga beroperasi sebagai unit dan bagaimana anggota keluarga berinteraksi satu sama lain. Hal ini mencerminkan gaya pengasuhan, konflik keluarga, dan kualitas hubungan keluarga. Fungsi keluarga mempengaruhi kapasitas kesehatan dan kesejahteraan seluruh anggota keluarga (Families, 2010).

Berikut ini terdapat beberapa dari fungsi keluarga menurut WHO itu sendiri;

1. Fungsi Biologis keluarga diantaranya: meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memberikan masakan atau memenuhi gizi keluarga, merawat dan melindungi kesehatan para anggotanya, memberi kesempatan untuk berekreasi.

2. Fungsi Psikologis yaitu: identitas keluarga serta rasa kondusif dan kasih sayang, pendewasaan kepribadian bagi para anggotanya, perlindungan secara psikologis, mengadakan relasi keluarga dengan keluarga lain atau masyarakat.
3. Fungsi Sosial Budaya dimana keluarga: sebagai penerus nilai-nilai budaya, sosialisasi dan pembentuk norma-norma tingkah laku pada tiap tahap perkembangan anak serta kehidupan keluarga.
4. Fungsi Sosial Keluarga adalah: memberi sumber untuk memenuhi fungsi lainnya, pembagian sumber untuk pengeluaran atau tabungan, pengaturan ekonomi atau keuangan.
5. Fungsi Pendidikan dari keluarga adalah: penanaman keterampilan dan pengetahuan dalam relasi dengan fungsi-fungsi lain, persiapan untuk kehidupan dewasa, memenuhi peranan sehingga anggota keluarga yang dewasa.

**d. Macam-macam Fungsi Keluarga**

Terdapat 8 fungsi keluarga dan berikut penjelasannya antara lain (Wirdhana et al., 2013):

- a. Fungsi Keagamaan Fungsi keluarga sebagai tempat pertama seorang anak mengenal, menanamkan dan menumbuhkan serta mengembangkan nilai-nilai agama, sehingga bisa menjadi insan-insan yang agamis, berakhlak baik dengan keimanan dan ketakwaan yang kuat kepada Tuhan Yang Maha Esa.
- b. Fungsi Sosial Budaya Fungsi keluarga dalam memberikan kesempatan kepada seluruh anggota keluarganya dalam mengembangkan kekayaan sosial budaya bangsa yang beraneka ragam dalam satu kesatuan.
- c. Fungsi Cinta dan Kasih Sayang Fungsi keluarga dalam memberikan landasan yang kokoh terhadap hubungan suami dengan istri, orang tua dengan anak-anaknya, anak dengan anak, serta hubungan kekerabatan antar generasi sehingga keluarga

menjadi tempat utama bersemainya kehidupan yang penuh cinta kasih lahir dan batin.

- d. Fungsi Perlindungan Fungsi keluarga sebagai tempat berlindung keluarganya dalam menumbuhkan rasa aman dan tentram serta kehangatan bagi setiap anggota keluarganya.
- e. Fungsi Reproduksi Fungsi keluarga dalam perencanaan untuk melanjutkan keturunannya yang sudah menjadi fitrah manusia sehingga dapat menunjang kesejahteraan umat manusia secara universal.
- f. Fungsi Sosialisasi dan Pendidikan Fungsi keluarga dalam memberikan peran dan arahan kepada keluarganya dalam mendidik keturunannya sehingga dapat menyesuaikan kehidupannya di masa mendatang.
- g. Fungsi Ekonomi Fungsi keluarga sebagai unsur pendukung kemandirian dan ketahanan keluarga.

e. **Jenis Keluarga**

Keluarga terdiri dari beberapa jenis yaitu:

1. Berdasarkan garis keturunan, keluarga dibedakan menjadi 2 yaitu:
  - a) *Patrilinear* yaitu keturunan sedarah yang terdiri atas sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana relasi tersebut disusun melalui jalur garis ayah.
  - b) *Matrilinear* ialah keluarga sedarah yang terdiri atas sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana relasi tersebut disusun melalui jalur garis ibu.
2. Berdasarkan Jenis Perkawinan
 

Berdasarkan jenis perkawinannya, keluarga dibedakan menjadi 2, antara lain:

  - a) Monogami yaitu keluarga dimana terdapat seorang suami dengan seorang istri.

- b) Poligami yaitu keluarga dimana terdapat seorang suami dengan lebih dari satu istri.

3. Berdasarkan Pemukiman

Berdasarkan pemukimannya keluarga dibedakan menjadi 3, antara lain:

- a) Patriloal yaitu pasangan suami istri, tinggal bersama atau bersahabat dengan keluarga sedarah suami.
- b) Matriloal yaitu pasangan suami istri, tinggal bersama atau bersahabat dengan keluarga satu istri.
- c) Neolokal yaitu pasangan suami istri, tinggal jauh dari keluarga suami maupun istri.

4. Berdasarkan Jenis Anggota Keluarga

Berdasarkan jenis anggota keluarganya, keluarga dibedakan menjadi 6, antara lain:

- a) Keluarga inti (Nuclear Family) yaitu keluarga yang terdiri atas ayah, ibu dan anak-anak.
- b) Keluarga besar (Extended Family) yaitu keluarga inti ditambahkan dengan sanak saudara menyerupai kakak, nenek, keponakan, dan lain-lain.
- c) Keluarga berantai (Serial Family) yaitu keluarga yang terdiri atas perempuan dan laki-laki yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
- d) Keluarga duda atau janda (Single Family) yaitu keluarga yang terjadi alasannya ialah perceraian atau kematian.
- e) Keluarga berkomposisi (Composite) yaitu keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.
- f) Keluarga kabitas (Cohabitation) yaitu keluarga yang terdiri atas dua orang yang terjadi tanpa kesepakatan nikah namun membentuk suatu keluarga.

#### f. Peran Keluarga

Adapun peranan yang ada dalam keluarga antara lain yakni:

1. **Ayah** sebagai suami dari istri dan ayah anak-anaknya. Mempunyai peran mencari nafkah, mendidik, melindungi dan memberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota dari kelompok sosial.
2. **Ibu** sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu memiliki peran untuk mengurus rumah tangga, mengasuh dan mendidik anak-anakna, melindungi dan sebagai salah satu dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.
3. **Anak** melakukan peranan psikosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

#### g. Bentuk Keluarga

Terdapat beberapa tipe atau bentuk keluarga diantaranya (Fatimah, 2010):

1. Keluarga inti (*nuclear family*), yaitu keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunan atau adopsi maupun keduanya.
2. Keluarga besar (*ekstended family*), yaitu keluarga inti ditambah dengan sanak saudaranya, misalnya kakek, nenek, keponakan, paman, bibi, saudara sepupu, dan lain sebagainya.
3. Keluarga bentukan kembali (*dyadic family*), yaitu keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah bercerai atau kehilangan pasangannya.
4. Orang tua tunggal (*single parent family*), yaitu keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua baik pria maupun wanita dengan

anak-anaknya akibat dari perceraian atau ditinggal oleh pasangannya.

5. Ibu dengan anak tanpa perkawinan (*the unmarried teenage mother*).
6. Orang dewasa (laki-laki atau perempuan) yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah (*the single adult living alone*).
7. Keluarga dengan anak tanpa pernikahan sebelumnya (*the nonmarital heterosexual cohabiting family*) atau keluarga kabitas (*cohabitation*).
8. Keluarga berkomposisi (*composite*) yaitu keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama-sama.

## B. PENILAIAN FUNGSI KELUARGA

Untuk mengukur sehat atau tidaknya suatu keluarga, telah dikembangkan suatu metode penilaian yang dikenal dengan nama APGAR Keluarga (APGAR Family). Dengan metode APGAR keluarga tersebut dapat dilakukan penilaian terhadap 5 fungsi pokok keluarga secara cepat dan dalam waktu yang singkat. Adapun 5 fungsi pokok keluarga yang dinilai dalam APGAR keluarga (Azwar, 1997) yaitu:

1. Adaptasi (*Adaptation*) Menilai tingkat kepuasan anggota keluarga dalam menerima yang diperlukan dari anggota keluarga lainnya.
2. Kemitraan (*Partnership*) Menilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap komunikasi dalam keluarga, musyawarah dalam mengambil keputusan atau dalam penyelesaian masalah yang dihadapi dalam keluarga.
3. Pertumbuhan (*Growth*) Menilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebebasan yang diberikan keluarga dalam memantapkan pertumbuhan dan kedewasaan setiap anggota keluarga.
4. Kasih Sayang (*Affection*) Menilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kasih sayang serta interaksi emosional yang terjalin dalam keluarga.

## 5. Kebersamaan (*Resolve*).

### a. Dukungan Keluarga

Dukungan sosial dari keluarga dapat berupa dukungan internal dan eksternal. Keluarga memiliki berbagai dukungan suportif seperti dukungan emosional, informatif, penghargaan dan instrumental (Agustini et al., 2013).

Menurut Kane dalam Freadman, (2010) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai suatu proses hubungan antara keluarga. Dukungan keluarga mengacu pada dukungan-dukungan yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat dilakukan untuk keluarga tersebut. Dukungan bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan bila diperlukan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan internal, yaitu seperti dukungan dari suami atau istri atau dukungan dari saudara kandung dan dukungan eksternal, yaitu seperti dukungan dari keluarga besar atau dukungan sosial (Friedman et al., 2010).

Anggota keluarga juga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dari beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga merupakan suatu bentuk perhatian, dorongan yang didapatkan individu dari orang lain melalui hubungan interpersonal yang meliputi perhatian, emosional dan penilaian. Keluarga dipandang sebagai suatu sistem, jika terjadi gangguan pada salah satu anggota keluarga dapat mempengaruhi seluruh sistem. Sebaliknya disfungsi keluarga dapat pula menjadi salah satu penyebab terjadinya gangguan pada anggota keluarga (Keliat B, 1996). Ada 4 jenis dukungan sosial keluarga, yaitu sebagai berikut:

#### 1. Dukungan Informasional:

Keluarga berfungsi sebagai kolektor dan diseminator informasi munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini merupakan nasehat, saran, petunjuk dan pemberian informasi. Untuk pasien stroke diberikan informasi oleh keluarganya tentang: penyakit stroke serta pengelolaannya.

2. Dukungan Emosional:

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan belajar serta membantu penguasaan terhadap emosi, diantaranya menjaga hubungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian dan mendengarkan atau didengarkan saat mengeluarkan perasaannya.

3. Dukungan Instrumental:

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya keteraturan menjalani terapi, kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, dan terhindarnya penderita dari kelelahan. Dukungan ini juga mencakup bantuan langsung, seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan maupun menolong pekerjaan pada saat penderita mengalami stress.

4. Dukungan Penghargaan:

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah. Terjadi lewat ungkapan rasa hormat (penghargaan) serta sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga, diantaranya merupakan memberikan penghargaan dan perhatian saat pasien menjalani rehabilitasi.

## 4. MOTIVASI

### a. Pengertian Motivasi

Motivasi berasal dari kata motif yang berarti kekuatan yang terdapat dalam diri individu yang menyebabkan individu tersebut bertindak atau berbuat. Motif tidak dapat diamati secara langsung, namun dapat diartikan sebagai tingkah laku, yang berbentuk memberikan energi atau tenaga, rangsangan, atau dorongan timbulnya suatu tingkah laku tertentu (Uno, 2008).

Motivasi merupakan istilah umum yang menunjuk pada seluruh proses gerakan, termasuk situasi yang mendorong, dorongan yang timbul dalam diri individu, tingkah laku yang ditimbulkannya, dan tujuan atau akhir dari gerakan atau perbuatan. Motivasi dapat juga dikatakan membangkitkan motif, membangkitkan daya gerak, atau menggerakkan seseorang atau diri sendiri untuk berbuat sesuatu untuk mencapai suatu kepuasan atau tujuan.

### b. Pembagian Motivasi

Motivasi menurut Woodworth dan Marquis dalam Sari (2015):

#### 1. Motivasi Internal

Kebutuhan dan keinginan yang ada dalam diri seseorang akan menimbulkan motivasi internal. Kekuatan ini akan mempengaruhi pikiran, yang selanjutnya akan mengarahkan perilaku orang tersebut. Motivasi internal merupakan motivasi yang timbul dari dalam diri seseorang sehingga mempengaruhi pikiran dan perilaku untuk mencapai tujuan. Motivasi internal dikelompokkan menjadi dua kelompok, yaitu:

- a) Motivasi Fisiologi merupakan motivasi alamiah (biologis), seperti lapar, haus dan seks.

b) Motivasi Psikologis: dikelompokkan dalam tiga kategori dasar, yaitu;

- Motivasi kasih sayang (*affectional motivation*) yaitu motivasi untuk menciptakan dan memelihara kehangatan, keharmonisan, dan kepuasan batiniah (emosional) dalam berhubungan dengan orang lain.
- Motivasi mempertahankan diri (*ego-defensive motivation*) yaitu motivasi untuk melindungi kepribadian, menghindari untuk tidak ditertawakan dan kehilangan muka, mempertahankan prestise dan mendapatkan kebanggaan diri.
- Motivasi memperkuat diri (*ego-bolstering motivation*) yaitu motivasi untuk mengembangkan kepribadian, berprestasi, menaikkan prestasi dan mendapatkan pengakuan orang lain, memuaskan diri dengan penguasaannya terhadap orang lain.

Motivasi internal merupakan motivasi yang timbul dari dalam diri seseorang sehingga mempengaruhi pikiran dan perilaku untuk mencapai tujuan. Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi internal yaitu:

a) Kebutuhan (need)

Seseorang melakukan aktivitas (kegiatan) karena adanya faktor-faktor kebutuhan baik biologis maupun psikologis, misalnya motivasi keluarga dalam mengantar pasien melakukan latihan fisioterapi dimana hal ini akan bermanfaat bagi pasien untuk memperbaiki aktivitas fisik dan mengurangi resiko cedera.

b) Harapan (expectancy)

Seseorang dimotivasi oleh karena keberhasilan dan adanya harapan keberhasilan bersifat pemuasan diri seseorang,

keberhasilan dan harga diri meningkat dan menggerakkan membawa pasien untuk latihan fisioterapi dengan harapan pasien dapat berjalan atau melakukan aktifitas sehari-hari tanpa bantuan dan pasien dapat menikmati kesehariannya tanpa bantuan

c) Minat

Minat merupakan suatu rasa lebih suka dan rasa keinginan pada suatu hal tanpa ada yang menyuruh, misalnya keluarga atau pasien membawa/dibawa latihan fisioterapi tanpa adanya pengaruh dari karena adanya minat ingin bertemu dengan teman-teman maupun ingin bertemu dengan tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat). Seseorang ke arah pencapaian tujuan, misalnya keluarga.

2. Motivasi Eksternal

Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi eksternal yaitu:

a) Dorongan

Keluarga membawa pasien untuk melakukan fisioterapi bukan kehendak sendiri tetapi dorongan dari keluarga seperti suami, orang tua, teman. Dukungan dan dorongan dari anggota keluarga semakin menguatkan motivasi pasien untuk memberikan sesuatu yang terbaik bagi keluarga. Dorongan positif yang diperoleh keluarga, akan menimbulkan kebiasaan yang baik pula, karena dalam setiap harinya pasien akan diantar dan dilakukan latihan dimana diharapkan pasien ada kemajuan selama melakukan latihan.

b) Lingkungan

Lingkungan merupakan tempat dimana seseorang tinggal. Lingkungan dapat mempengaruhi seseorang sehingga dapat termotivasi untuk melakukan sesuatu. Selain keluarga, lingkungan juga mempunyai peran yang besar dalam

memotivasi seseorang dalam merubah tingkah lakunya. Dalam sebuah lingkungan yang hangat dan terbuka, akan menimbulkan rasa kesetia kawan yang tinggi. Misalnya dalam konteks pemanfaatan latihan, maka orang-orang di lingkungan keluarga akan mengajak, mengingatkan, ataupun memberikan informasi pada pasien tentang pelaksanaan kegiatan fisioterapi atau latihan gerak.

c) Imbalan

Seseorang dapat termotivasi karena adanya suatu imbalan sehingga orang tersebut ingin melakukan sesuatu, misalnya keluarga membawa pasien stroke ke fisioterapi karena akan mendapatkan imbalan seperti informasi tentang kemajuan selama melakukan latihan, informasi yang bermanfaat bagaimana cara melatih diri dirumah. Imbalan yang positif ini akan semakin memotivasi pasien dan keluarga untuk selalu melakukan latihan dengan harapan pasien dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri.

**c. Teori Motivasi**

Motivasi berasal dari bahasa latin “Movere“ yang artinya “menggerakkan”. Motif tidak dapat diamati secara langsung, namun dapat diartikan sebagai dalam tingkah laku, yang berbentuk memberikan energi atau tenaga, rangsangan, atau dorongan timbulnya suatu tingkah laku tertentu (Uno, 2008). Menurut Notoatmodjo (2010) dalam Sari (2015), banyak para ahli dari berbagai disiplin ilmu merumuskan konsep atau teori tentang motivasi, beberapa diantaranya yaitu:

**1. Teori Hierarki Maslow**

Teori ini mengemukakan 5 kebutuhan hidup manusia berdasarkan hirarkinya yaitu mulai dari kebutuhan yang mendasar hingga kebutuhan yang lebih tinggi. Teori ini kemudian dikenal

dengan Teori Maslow atau Teori Hirarki Kebutuhan. Hirarki kelima Kebutuhan tersebut diantaranya adalah:

- a) **Kebutuhan Fisiologis** (*Physiological needs*), yaitu kebutuhan terhadap makanan, minuman, air, udara, pakaian, tempat tinggal dan kebutuhan untuk bertahan hidup. Kebutuhan Fisiologis merupakan kebutuhan yang paling mendasar.
- b) **Kebutuhan Keamanan** (*Safety needs*), yaitu kebutuhan akan rasa aman dari kekerasan baik fisik maupun psikis seperti lingkungan yang aman bebas polusi, perlindungan keselamatan dan kesehatan kerja serta bebas dari ancaman.
- c) **Kebutuhan Sosial** (*Social needs*), yaitu kebutuhan untuk dicintai dan mencintai. Manusia merupakan makhluk sosial, setiap orang yang hidup didunia memerlukan keluarga dan teman.
- d) **Kebutuhan Penghargaan** (*Esteem needs*), Maslow mengemukakan bahwa setelah memenuhi kebutuhan Fisiologis, Keamanan dan Sosial, orang tersebut berharap diakui oleh orang lain, memiliki reputasi dan percaya diri serta dihargai oleh setiap orang.
- e) **Kebutuhan Aktualisasi Diri** (*Self-Actualization*), Kebutuhan ini merupakan kebutuhan tertinggi menurut Maslow, kebutuhan aktualisasi diri adalah kebutuhan atau keinginan seseorang untuk memenuhi ambisi pribadinya.

## 2. Teori Mc Clelland

Adalah seorang Psikolog Amerika yang mengemukakan hubungan antara kebutuhan pencapaian, afiliasi dan kekuasaan. Teori kebutuhan McClelland diantaranya adalah:

- a. Kebutuhan akan pencapaian (*need for achievement*)
- b. Kebutuhan akan afiliasi (*need for affiliation*)
- c. Kebutuhan akan kekuasaan (*need for power*)

### 3. Teori ERG Alderfer

Clayton Alderfer mempublikasikan artikel tentang kebutuhan manusia yang berjudul “An Empirical Test of a New Theory of Human Need”. Teori tersebut merupakan Teori Alternatif terhadap Teori Hirarki Maslow. Teori ini mengemukakan Tiga kebutuhan Manusia yaitu:

- a. **Kebutuhan Eksistensi** (*Existence needs*) yaitu kebutuhan akan pemenuhan faktor fisiologis dan materialistis termasuk kebutuhan akan rasa aman.
- b. **Kebutuhan Hubungan** (*Relatedness needs*) yaitu kebutuhan untuk memiliki hubungan dengan orang lain.
- c. **Kebutuhan Pertumbuhan** (*Growth needs*) yaitu kebutuhan atau keinginan untuk bertumbuh dan mencapai potensi diri secara maksimal.

### 4. Teori Motivator-Hygiene Herzberg

Teori tersebut didapat dari penelitian terhadap 203 akuntan dan teknisi di area Pittsburgh, Amerika Serikat. Dari hasil penelitian tersebut ditemukan dua faktor yang berbeda yaitu kepuasan dan ketidakpuasan dalam bekerja. Teori Motivator-Hygiene Herzberg juga dikenal dengan Teori Dua Faktor.

- a. *Kepuasan bekerja*, yaitu faktor yang berkaitan dengan pengakuan, prestasi, tanggung jawab yang memberikan kepuasan positif. Faktor ini sering disebut juga dengan Faktor Motivator.
- b. *Ketidakpuasan bekerja*, yaitu faktor yang berkaitan dengan gaji, keamanan bekerja dan lingkungan kerja yang seringkali memberikan ketidakpuasan. Faktor ini sering disebut dengan Faktor Hygiene.

## 5. Teori Harapan Vroom

Seorang professor Kanada V dalam bukunya yang berjudul “*Work and Motivation*” mengemukakan sebuah Teori Motivasi yang beranggapan bahwa orang-orang termotivasi untuk melakukan sesuatu karena menginginkan suatu hasil yang diharapkan. Teori tersebut kemudian dikenal dengan sebutan Teori Harapan atau *Expectancy Theory*.

Terdapat 3 konsep Teori Harapan Vroom, yaitu :

**a. Harapan (*Expectancy*)**, yaitu kepercayaan seseorang bahwa suatu usaha akan menghasilkan kinerja tertentu. *Effort* (Usaha) → *Performance* (Kinerja).

**b. Instrumentally**, yaitu kepercayaan seseorang bahwa suatu kinerja akan mendapatkan hasil tertentu. *Performance* (Kinerja) → *Outcome* (Hasil).

**c. Valensi (*Valence*)**, yaitu mengarah pada nilai positif dan negative yang dirujuk oleh orang-orang terhadap sebuah hasil.

### d. Tujuan Motivasi

Secara umum tujuan motivasi merupakan untuk menggerakkan atau menggugah seseorang agar timbul keinginan dan kemauan untuk melakukan sesuatu sehingga dapat memperoleh hasil dan mencapai tujuan. Setiap tindakan memotivasi seseorang mempunyai tujuan yang akan dicapai. Makin jelas tujuan yang diharapkan atau akan tercapai, maka semakin jelas pula bagaimana tindakan memotivasi itu dilakukan.

Tindakan memotivasi akan lebih dapat berhasil apabila tujuannya jelas dan didasari oleh yang dimotivasi. Oleh karena itu, setiap orang yang akan memberikan motivasi pada seseorang harus mengenal dan memahami benar-benar latar belakang kehidupan, kebutuhan, serta kepribadian orang yang akan dimotivasi.

**e. Jenis Motivasi**

**1. Motivasi positif (*insentif positif*)**

Memotivasi dengan memberikan hadiah kepada mereka ataupun diri sendiri yang termotivasi untuk berprestasi baik dengan motivasi positif. Semangat seseorang individu yang termotivasi tersebut akan meningkat, karena manusia pada umumnya senang menerima yang baik – baik.

**2. Motivasi negatif (*insentif negatif*)**

Memotivasi dengan memberikan hukuman kepada mereka ataupun diri sendiri yang berprestasi kurang baik atau berprestasi rendah. Dengan memotivasi negatif ini semangat dalam jangka waktu pendek akan meningkat, karena takut akan hukuman, tetapi untuk jangka waktu panjang dapat berakibat kurang baik.

**f. Unsur Motivasi**

Unsur-unsur Motivasi Menurut Sobur. A (2013) dalam Pratiwi (2016), bahwa adapun motivasi yang terbagi dari beberapa aspek seperti kebutuhan, dorongan, dan tujuan:

**1. Dorongan**

Dorongan terjadi dengan sendirinya atau spontan dan tidak ditimbulkan manusia dengan sengaja.

**2. Kebutuhan**

Motif pada dasarnya bukan hanya merupakan suatu dorongan fisik, tetapi juga orientasi kognitif yang diarahkan pada suatu kebutuhan. Kebutuhan fisiologis dan psikologis seperti keamanan pribadi, merasa diri bagian dari masyarakat, dan harga diri. Konsep lain yang lebih abstrak mengenai kebutuhan seperti aktualisasi diri, kebutuhan kognitif (rasa ingin tahu), kebutuhan ekspresi.

**3. Tujuan**

Tujuan juga menentukan bagaimana aktifnya setiap individu dalam tingkah lakunya. Selain ditentukan oleh motif dasar, tingkah laku juga ditentukan oleh keadaan dari tujuan. Jika tujuannya menarik, individu akan lebih aktif bertingkah laku.

**g. Fungsi motivasi**

Menurut Mala. A (2011) dalam Pratiwi (2016), motivasi memiliki 3 komponen, yaitu:

1. Menggerakkan, yakni menimbulkan kekuatan pada seseorang, serta mendorong untuk bertindak dengan cara tertentu.
2. Mengarahkan, mengarahkan tingkah laku untuk mencapai suatu tujuan. Apabila sasaran atau tujuan tersebut merupakan sesuatu yang diinginkan individu, maka motivasi berperan mendekatkan, dan apabila tujuan tersebut tidak diinginkan oleh individu, maka motivasi berperan menjauhkan sasaran atau tujuan.
3. Menopang, menjaga dan menopang tingkah laku dimana lingkungan sekitar harus menguatkan intensitas serta dorongan-dorongan dan kekuatan individu Universitas.

**C. TEORI KEPERAWATAN DOTOTHEA OEREM**

**1. Definisi Keperawatan**

Definisi keperawatan dorothea Oerem (1971) yang menekankan pada kebutuhan klien tentang perawatan diri sendiri. Oerem menggambarkan filosofi tentang keperawatan dengan cara seperti berikut:

- a. Keperawatan memiliki perhatian tertentu pada kebutuhan manusia terhadap tindakan perawatan dirinya sendiri dan kondisi serta penata pelaksanaannya secara terus menerus dalam upaya mempertahankan kehidupan dan kesehatan, penyembuhan dari penyakit, atau cedera, dan mengatasi cedera yang ditimbulkannya.
- b. Perawatan diri sendiri dibutuhkan oleh setiap manusia, ketika perawatan diri tidak dapat dipertahankan akan terjadi kesakitan atau kematian.

Keperawatan berupaya mengatur dan mempertahankan kebutuhan keperawatan diri secara terus menerus bagi mereka yang secara total tidak mampu melakukannya, perawat membantu klien untuk mempertahankan perawatan diri dengan melakukannya sebagian, tetapi tidak seluruh prosedur, melainkan pengawasan yang membantu klien dengan memberikan instruksi dan pengarahan secara individual sehingga. Secara bertahap klien mampu melakukan sendiri dalam pemenuhan dasar Orem membagi dalam konsep kebutuhan dasar yang terdiri dari: air, udara, makanan eliminasi, kesendirian dan interaksi, sosial, pencegahan resiko dan promosi.

## 2. Konsep Utama

### a. Universal Self-Care Requisites

Tujuan **universally required** adalah untuk mencapai perawatan diri atau kebebasan merawat diri dimana harus memiliki kemampuan untuk mengenal, memvalidasi dan proses dalam memvalidasi mengenai anatomi dan fisiologi manusia yang berintegrasi dalam lingkaran kehidupan.

### b. Developmental Self-Care Requisites

Berhubungan dengan tingkat perkembangan individu dan lingkungan dimana tempat mereka tinggal yang berkaitan dengan perubahan hidup seseorang atau tingkat siklus kehidupan. Tiga hal yang berhubungan dengan tingkat perkembangan perawatan diri adalah:

1. Situasi yang mendukung perkembangan perawatan diri.
2. Terlibat dalam pengembangan diri.
3. Mencegah atau mengatasi dampak dari situasi individu dan situasi kehidupan yang mungkin mempengaruhi perkembangan manusia.

### c. Health Deviation Self-Care Requisites

Istilah perawatan diri ditujukan kepada orang-orang yang sakit atau trauma, yang mengalami gangguan patologi, serta ketidak mampuan

dan penyandang cacat juga yang sedang dirawat dan menjalani terapi. Adanya gangguan kesehatan terjadi sepanjang waktu sehingga mempengaruhi pengalaman mereka dalam menghadapi kondisi sakit sepanjang hidupnya.

d. Therapeutic Self-Care Demand

Terapi pemenuhan kebutuhan dasar berisi mengenai suatu program perawatan dengan tujuan pemenuhan kebutuhan dasar pasien sesuai dengan tanda dan gejala yang ditampilkan oleh pasien. Beberapa hal yang harus diperhatikan oleh perawat ketika memberikan pemenuhan kebutuhan dasar pada pasien diantaranya.

1. Mengatur dan mengontrol jenis atau macam kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh pasien dan cara pemberian ke pasien.
2. Meningkatkan kegiatan yang bersifat menunjang pemenuhan kebutuhan dasar seperti promosi dan pencegahan yang bisa menunjang dan mendukung pasien untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien sesuai dengan taraf kemandirian.

e. Self-Care Agency

Pemenuhan kebutuhan dasar secara holistik hanya dapat dilakukan pada perawat yang memiliki kemampuan komprehensif, memahami konsep dasar manusia dan perkembangan manusia baik secara holistic (Oerem,p.514).

f. Agent

Perawat yang biasa memberi pemenuhan kebutuhan dasar pada pasien adalah perawat dengan keahlian ketrampilan yang berkompeten dan memiliki kewenangan untuk memberi pemenuhan dan memiliki kewenangan untuk memberikan pemenuhan kebutuhan dasar secara holistic.

g. Defendant Care Agent

Perawat profesional yang memiliki tanggung jawab dan tanggung gugat dalam upaya perawatan pemenuhan kebutuhan dasar pasien termasuk pasien dalam derajat kesehatan yang masih baik atau masih mampu atau sebagainya memenuhi kebutuhan dasar pada pasien. Pemberian kebutuhan dasar tetap menekankan kemandirian pasien sesuai dengan tingkat kemampuannya. Perawat yang diberikan bisa bersifat promoting, prevensi dan lain-lain.

h. Self-Care Deficit

Perawat membantu pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya terutama pada pasien yang dalam perawatan total care. Yang dilakukan perawat biasanya kuratif dan rehabilitative.

i. Nursing Agency

Perawat harus mampu mengembangkan kemampuannya secara terus menerus agar dapat memberikan pemenuhan kebutuhan dasar pasien secara holistic sehingga mampu membuktikan pelayanan secara profesional untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien. Kemampuan perawat selain psikomotor yang harus dikuasai perawat adalah komunikasi terapeutik.

j. Nursing Design

Penampilan perawat yang dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan yang dapat memenuhi kebutuhan dasar pasien secara holistic adalah perawat profesional yang bersifat kritis, memiliki dan menjalankan standar kerja.

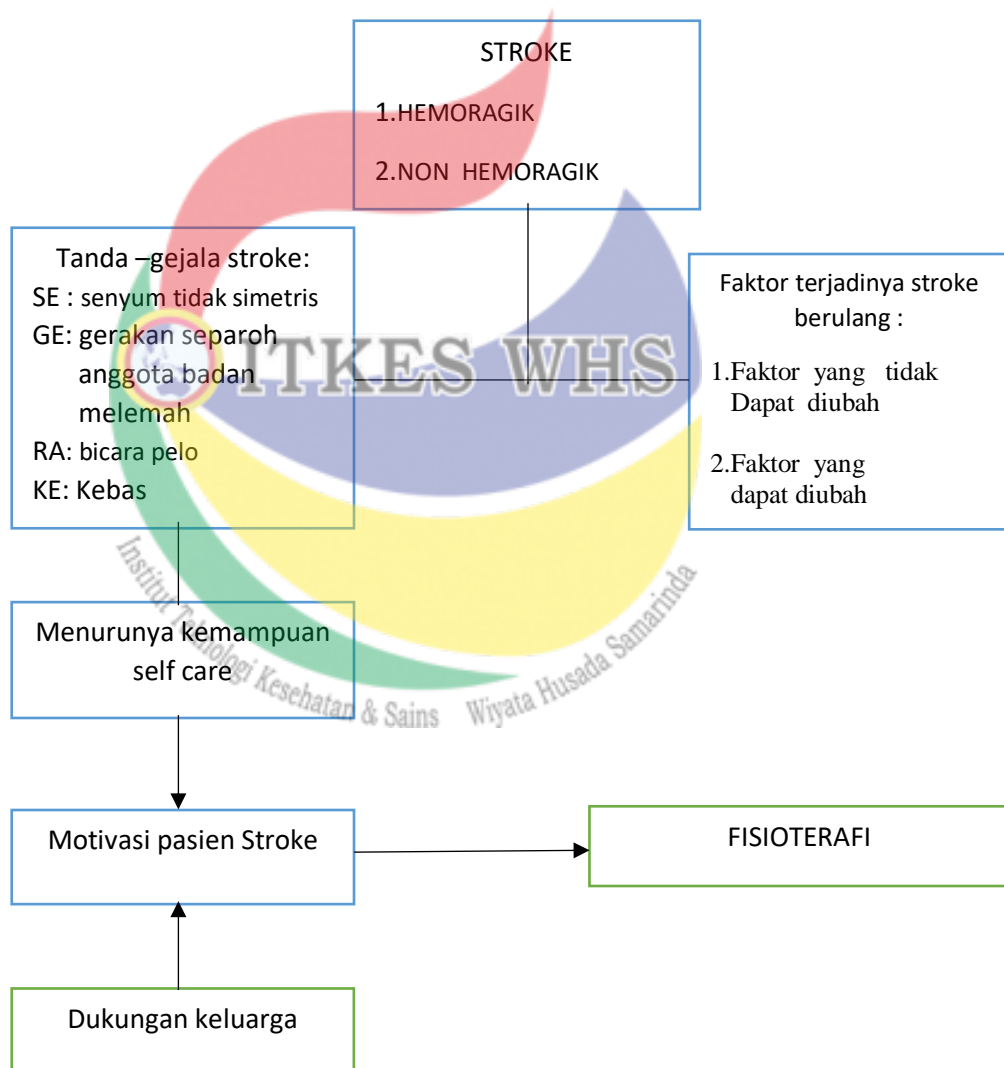
k. Sistem Keperawatan

Merupakan serangkaian tindakan praktik keperawatan yang dilakukan pada satu waktu untuk kordinasi dalam melakukan tindakan keperawatan pada pasien untuk mengetahui dan memenuhi komponen kebutuhan keperawatan diri pasien yang terapeutik dan melindungi serta mengetahui perawatan diri klien kompok.

#### D. KERANGKA TEORI

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

Gambar 3.1. gambaran tentang Kerangka Teori



Sumber: Yuli Sarawati (2008), Febry Larasanti Purbatanti (200), Fridman (2013)

## E. HIPOTESIS KEPERAWATAN

Hipotesa merupakan suatu pernyataan yang masih lemah dan membutuhkan pembuktian untuk menegaskan apakah hipotesis tersebut dapat diterima atau harus ditolak, berdasarkan fakta atau empiris yang telah dikumpulkan dalam penelitian (Sugiyono,2015). Hepotesis yang digunakan pada penelitian ini merupakan hipotesis hubungan yang berisi tentang dugaan adanya hubungan antara variabel yaitu:

**Ha** = Ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan motivasi pasien stroke berulang yang melakukan fisioterapi.



## BAB III

### METODE PENELITIAN

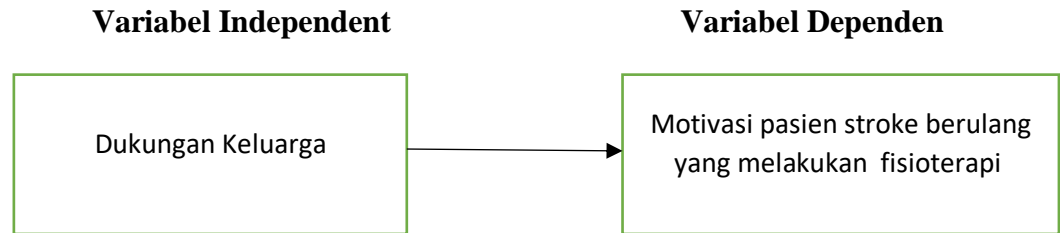
#### A. Rencana Penelitian

Rencana penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian *deskripsi korelasi*, dengan desain *cross sectional* dimana tidak ada intervensi kepada responden. Desain *cross sectional* yaitu suatu pendekatan yang sifatnya sesaat pada suatu waktu dan tidak diikuti terus menerus dalam kurun waktu tertentu. Jenis penelitian ini menekankan pada waktu pengukuran/observasi data variabel dependen dan indeviden satu kali pada satu saat. Dinilai secara simultan sehingga tidak ada follow up, berdasarkan rencana penelitian peneliti ingin memperoleh gambaran hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien stroke berulang yang melakukan fisioterapi (Dahlan,2010).

#### B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian merupakan suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara variabel yang satu dengan yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo,2014). Kerangka konsep penelitian ini dikembangkan melalui pendekatan system yang terdiri dari variabel indeviden yaitu dukungan keluarga sedangkan motivasi pasien merupakan variabel dependen. Skema kerangka konsep pada penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :

### 3.1. Gambaran kerangka konsep



#### Keterangan :

 : variable

 : arah hubungan

## C. Populasi dan Sempel

### 1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmojo, 2010), populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke berulang yang melakukan fisioterapi. Berdasarkan data yang didapat diruang fisioterapi bulan September 2020 rata jumlah kunjungan pasien perbulan 10 – 20 pasien untuk jumlah kunjungan pasien stroke berulang yang melakukan fisioterapi. Pada penelitian ini jumlah populasi yang akan diambil sejumlah 30 orang.

### 2. Sempel

Sempel adalah jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut, sedangkan teknik pengambilan sampel disebut dengan sampling. Sempel dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke 1 dan stroke 2 yang melakukan fisioterapi di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra yang berjumlah 30 pasien.

### 3. Sampling

Sampling adalah suatu cara yang ditempuh dengan pengambilan sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan objek penelitian. Teknik

pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *total sampling*. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi. Alasan pengambilan total sampling karena jumlah populasi yang kurang dari 100, maka seluruh populasi dijadikan sampel penelitian semuanya (Notoatmodjo,2016).

#### D. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan januari – febuari 2021, tempat pelaksanaan penelitian yaitu diruang fisioterapi Rumah Sakit Samarinda Medika Citra, alasan peneliti mengambil penelitian ditempat ini adalah banyaknya kunjungan pasien stroke dirawat jalan yang melakukan fisioterapi.

#### E. Definisi Oprasional

Adapun definisi operasional pada penelitian ini adalah definisi variable yang akan diteliti secara oprasional dilapangan. Definisi oprasional dibuat untuk memudahkan pada pelaksanaan pengumpulan data dan pengolahan serta analisa data.

Table 3.1. Definisi Oprasional

Variable	Definisi oprasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Variable Independen Dukungan Keluarga	Pertolongan yang diberikan keluarga dalam bentuk dukungan kepada pasien stroke berulang yang melakukan fisioterapi	Koesioner A ada 24 pertanyaan dengan alternative pilihan jawaban : 1. selalu 2. sering 3. kadang – kadang 4. tidak pernah	1. Kurang baik jika skor < 50.67 2. Baik jika skor $\geq 50.67$	<b>Ordinal</b>
Variable Dependen Motivasi pasien	Motivasi adalah suatu dorongan positif dan memberikan semangat untuk melakukan sesuatu yang baik yang tumbuh / berasal dari dalam maupun dari luar diri pasien	Koesioner B terdiri dari 20 pertanyaan dengan pilihan jawaban : 1. Ya 2. Tidak	1. Kurang baik jika skor < 35.93 2. Baik jika skor $\geq 35.93$	<b>Ordinal</b>

## F. Instrument Penelitian

Instrument penelitian yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang mengacu pada kerangka konsep, dimana pernyataan-pernyataan yang dibuat dan dikembangkan dari variabel yang ada dan responden diminta untuk menjawab atau hanya memilih jawaban yang sesuai dengan keadaan sebenarnya. Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kuesioner yang berisi :

### a. Instrument Dukungan Keluarga

Variable indeviden yaitu dukungan keluarga diteliti dengan menggunakan kuesioner yang berupa sejumlah pertanyaan yang dibuat oleh Nuryati Purba (2018) yang diuji dengan menggunakan skal Likert. Koesioner terdiri dari 4 komponen yaitu dukungan penilaian, dukungan instrumental, dukungan emosional, dukungan informasi. Koesioner terdiri dari 24 pertanyaan dengan 4 alternatif 4 pilihan jawaban selalu, sering, kadang-kadang, tidak pernah. Rentang skor yang diberikan dengan rentang 1-4 yaitu : 1 = selalu, 2 = sering, 3 = kadang-kadang, 4 = tidak pernah, skor terendah = 36 dan skor tertinggi adalah 64. Total skor tertinggi menunjukkan semakin besar dukungan keluarga yang dirasakan.

Table 3.2. kisi – kisi koesioner dukungan keluarga

Variable	Indicator	Nomor Soal		Jumlah pernyataan
		Favorebele	Unfavorebele	
Dukungan keluarga	Dukungan penilaian	1,3,4,6	2,5	4
	Dukungan Instrumental	7,8,9,10,12	11,	5
	Dukungan emosional	13,15,16,18	14,17	4
	Dukungan penilaian	21,23	19,20,22,24	2
Total		15	9	24

### b. Instrument Motivasi

Variable dependent yaitu motivasi yang telah dilakukan penelitian oleh Nuryati Purba (2018) Kuesioner motivasi terdiri 20 pertanyaan, meliputi komponen motivasi yaitu: 10 pernyataan motivasi intrinsik dan 20 buah pertanyaan motivasi ekstrinsi, dengan pilihan jawaban Ya dan Tidak. Dengan nilai skor Ya = 1 dan Tidak dengan nilai = 2, skor terendah = 31 dan skor tertinggi = 40. Total skor yang tertinggi menunjukkan semakin besar motivasi yang didapatkan.

Table 3.3. kisi –kisi koesioner motivasi

Variable	Indicator	Nomor Soal		Jumlah pertanyaan
		Favorebel	Unfavorebel	
Motivasi	Motivasi intrinsik	1,2,4,6,7,8,9,10	3,5	10
	Motivasi ekstrinsik	11,12,13,14,15,16,17,18,19,20		10
Total		18	2	20

## G. Uji Validasi dan Reliabelitas

### 1. Uji Validitas

Instrument penelitian yang telah dibuat perlu dilakukan uji validitas dimana instrument yang dilakukan uji adalah kuesioner dukungan keluarga. Uji validitas dilakukan di RSUD I.A.Mois jumlah sampel sebanyak 15 responden dan didapatkan hasil koesioner dukungan keluarga didapatkan sebanyak 15 butir pernyataan valid pada butir: 1,3,4,6,7,8,9,10,12,13,15,16,18,21,23 dan terdapat 9 butir pertanyaan yang tidak valid pada butir: 2,5,11,14,17,19,20,22 dan butir 24. Dari hasil validasi hasil yang tidak valid dihilangkan, karena dari indicator sudah ada yang mewakili.

### 2. Uji Raliabilitas

Pada penelitian ini peneliti melakukan uji reliabilitas Dukungan keluarga di dapatkan hasil nilai Cronbach's Alpha  $> 0,6$  dengan nilai 0,913 sehingga reliabel. Disampaikan kuesioner Motivasi pasien reliable karena hasil 0,7464 dengan nilai alpha  $\geq 0.6$

Cronbach's Alpha	N of Items
.913	15

### 3. Uji Normalitas

Uji normalitas ini digunakan untuk mengetahui uji apa yang tepat digunakan pada analisa Bivariat. Uji normalitas berguna untuk membuktikan data dari sampel yang dimiliki berasal dari populasi berdistribusi normal. Uji normalitas pada penelitian ini adalah kromogrov-.....karena jumlah sampel  $> 50$  subjek. Jika nilai  $p \geq 0,05$  maka data dinyatakan berdistribusi normal (Dahlan,2014).

Tabel .3.4. hasil uji normalitas

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Statistic	df	Sig
Dukungan Keluarga	0.098	30	0.200
Motivasi	0.123	30	0.200

Berdasarkan uji normalitas didapatkan nilai Sig,dukungan  $0.200 > 0,05$  yang berarti berdistribusi normal, sedangkan untuk nilai Sig.motivasi yaitu  $0.200 > 0.05$  sehingga data berdistribusi normal.

### H. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data menggunakan kuisoner dengan menggunakan skala likeld dan skala guttman untuk mengetahui dukungan keluarga dan motivasi pasien stroke dalam melakukan fisioterapi. Dalam melakukan penelitian ini, peneliti melakukan pendekatan kepada calon responden dengan cara :

1. Menjelaskan tujuan dan latar belakang penelitian.
2. Menjelaskan tentang lembar persetujuan menjadi responden.
3. Menyerahkan lembar persetujuan menjadi responden.
4. Meminta responden untuk menandatangani lembar persetujuan apabila setuju.
5. Membagikan lembar kuisoner dan menjelaskan cara pengisiannya.
6. Memberikan waktu sekitar 15 – 30 menit untuk mengisi kuisoner.
7. Mengingatkan responden untuk mengisi semua pernyataan yang terdapat pada kuisoner.
8. Setelah kuisoner diisi ,kuisoner dikumpulkan oleh peneliti dan langsung diperiksa apabila ada kesalahan atau kekurangan dalam pengisian.

## I. Teknik Analisa Data

### 1. Pengolahan data

#### a. Editing

*Editing* merupakan langkah untuk meneliti kelengkapan dan konsistensi jawaban dari setiap kuisoner yang telah diisi oleh responden. Hasil pemeriksaan dari jawaban dari jawaban ,tulisan,kesesuaian jawaban dengan pernyataan dari isian kuisoner, serta kekonsistensian isian data kuisoner telah terisi dengan lengkap oleh responden.

#### b. Coding

*Coding* merupakan langkah memberikan kode pada masing – masing jawaban untuk memudahkan pengolahan data. Untuk jawaban pertanyaan Dukungan Keluarga :

- |    |                              |     |
|----|------------------------------|-----|
| a) | Selalu,dengan skor           | : 4 |
| b) | Sering,dengan skor           | : 3 |
| c) | Kadang – kadang, dengan skor | : 2 |
| d) | Tidak Pernah dengan skor     | : 1 |

dan untuk jawaban pertanyaan kuisoner Motivasi pasien

- |    |                          |     |
|----|--------------------------|-----|
| a) | Ya / benar dengan skor   | : 1 |
| b) | Tidak /salah dengan skor | : 2 |

c. *Tabulating*

Tabulasi merupakan pengelompokan data berdasarkan variable yang diteliti yang disajikan dalam table frekwensi. Hasil data kuesioner memindahkan data ke excel dan SPSS setelah itu melukan analisa.

d. *Claning*

Claning adalah pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan untuk menentukan ada atau tidaknya kesalahan. Data yang telah terkumpul dimasukkan kedalam table hasilnya sudah lengkap sesuai dengan jumlah responden dari hasil claning tidak ada ditemukan kesalahan.

**J. Analisa Data**

**a. Analisa Univariat**

Analisa data dilakuan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekwensi dari variable. Data disajikan dalam bentuk table dan dinterprestasikan dengan rumus.

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Presentase

F = Frekuensi

N = Jumlah Responden

Selain data diatas penelitian ini juga mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul dan akan dianalisis dengan menggunakan tabel – tabel distribusi frekwensi.

**b. Statistik Bivariat**

Analisis Bivariat merupakan hasil dari variable independen yang diduga mempunyai hubungan dengan variable dependen .Analisa table silang dari

variable independen dan variable dependen. statistik dilakukan untuk mengetahui signifikan hubungan, untuk melihat hubungan antara variabel independen dan dependen. Uji yang digunakan adalah uji *chi square*, sehingga dapat mengetahui ada tidaknya hubungan yang bermakna secara statistik dengan menggunakan program komputer SPSS dan menggunakan derajat kemaknaan 95%. Apabila  $P \geq 0,05$  berarti penghitungan statistik tidak bermakna (Signifikan) dan bila  $P > 0,05$  berarti perhitungan statistik tidak bermakna. Uji statistik yang digunakan adalah *chi square*, uji *chi square* digunakan untuk menguji hipotesis bila dalam populasi terdiri atas dua atau lebih dimana datanya berbentuk katagorik.

Rumus uji *chi square*:

$$\chi^2 = \frac{\sum [(O - E)^2]}{E}$$

Keterangan :

$\chi^2$  = statistic chisquare

O = observasi

E = Expected atau hasil yang diharapkan.

Setelah didapatkan  $\chi^2$  hitung, kemudian nilai  $\chi^2$  tabel dengan derajat uji kebebasan.

## K. Etika Penelitian

Menurut Nursalam(2003) ada beberapa pertimbangan etik yang harus diperhatikan pada penelitian ini, yaitu:

### 1. Self Determination:

Responden diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela.

### 2. Ananomy

Selama kegiatan penelitian nama dari responden tidak digunakan oleh karena itu peneliti menggunakan nama inisial.

### 3. **Informed Consent**

Seluruh responden bersedia menandatangani lembar persetujuan setelah peneliti menjelaskan tujuan, manfaat dan harapan penelitian terhadap responden setelah responden memahami semua penjelasan penelitian.

### 4. **Confidentiality**

Peneliti menjamin kerahasiaan informasi responden dan kelompok data tertentu yang dilaporkan sebagai hasil penelitian.

### 5. **Protetion From Discomfort**

Penelitian ini akan dilaksanakan setelah ada persetujuan dari program studi Ilmu Keperawatan yang selanjutnya mengirimkan surat permohonan untuk mendapatkan ijin. Setelah mendapatkan ijin peneliti akan memulai mengumpulkan data dengan memberikan lembar persetujuan pada responden.

## L. **Variael Penelitian**

Variable penelitian adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang memiliki ukuran yang didapatkan dalam satu penelitian tentang suatu konsep pengertian yang ditentukan (Notoadmojo,2010). Adapun variable dalam penelitian ini adalah:

### 1. **Variabel Dependen**

Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2013). Variabel yang terkait dalam penelitian ini adalah motivasi pasien stroke berulang yang melakukan fisioterapi.

### 2. **Variabel Independen**

Variabel bebas independen adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono,2014). Variabel

terikat dari penelitian ini adalah dukungan keluarga pasien stroke berulang yang melakukan fisioterapi.

## M. Sumber Data Dan Instrument Penelitian

### 1. Jenis dan sumber data

#### a. Data Primer

Data yang dikumpulkan langsung oleh peneliti, kuesioner yang dibagikan kepada responden yang telah ditentukan.

#### b. Data Sekunder

Data yang didapat dari rekam medis, dimana data digunakan sebagai penunjang atau mengkonfirmasi data primer sebagai data tambahan.

## N. Instrument Penelitian

Instrument penelitian yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang mengacu pada kerangka konsep, dimana pernyataan-pernyataan yang dibuat dan dikembangkan dari variabel yang ada dan responden diminta untuk menjawab atau hanya memilih jawaban yang sesuai dengan keadaan sebenarnya. Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kuesioner yang berisi:

- a. Data demografi terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, riwayat pekerjaan sebelumnya.
- b. Instrument dukungan keluarga  
Variable indeviden yaitu dukungan keluarga diteliti dengan menggunakan kuesioner yang berupa sejumlah pertanyaan yang dibuat oleh Nuryati Purba (2018) yang diuji dengan menggunakan skal Likert. Pertanyaan dalam kuesioner bersifat tertutup dengan jawaban sudah ditentukan, dengan begitu responden tidak mempunyai kesempatan untuk memberikan jawaban lain. Kuesioner ini terdiri dari 24 item.
- c. Instrument motivasi  
Variable dependent yaitu motivasi yang telah dilakukan penelitian oleh Nuryati Purba (2018) Kuesioner motivasi terdiri 20 pertanyaan, meliputi

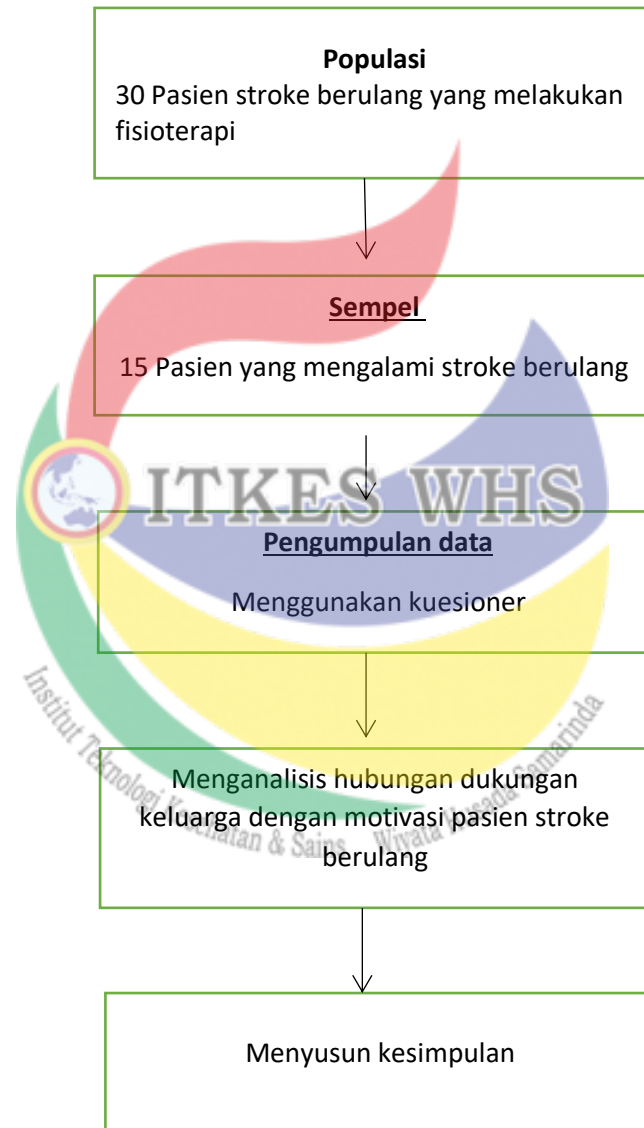
komponen motivasi yaitu: 10 pernyataan motivasi intrinsik dan 10 buah pertanyaan motivasi ekstrinsik.

#### **O. Prosedur Pengumpulan dan Pengolahan Data**

Dalam pengumpulan data peneliti menggunakan beberapa metode secara berurutan yaitu:

1. Membuat surat ijin studi pendahuluan ke bagian akademik ITEKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Penelitian mengajukan surat permohonan ijin studi pendahuluan ke Rumah sakit diserahkan ke bagian diklat rumah sakit.
3. Setelah mendapatkan surat persetujuan dari Direktur peneliti melakukan studi pendahuluan.
4. Hasil studi pendahuluan dituangkan dalam naskah dalam proposal penelitian.
5. Peneliti melalui prosedur bimbingan, hingga akhirnya ujian proposal. Setelah ujian proposal penelitian melakukan revisi proposal pada penguji I, penguji II, penguji III. Dan selanjutnya melakukan uji validasi pada instrument.
6. Setelah sampel terpenuhi peneliti melakukan uji validasi instrument dan mengeluarkan soal yang tidak valid.
7. Peneliti memberikan kuesioner.
8. Setelah peneliti mendapatkan data, peneliti memindahkan data dalam aplikasi computer.

## P. Kerangka Alur Penelitian



## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Rumah sakit samarinda medika citra adalah rumah sakit tipe C yang merupakan salah satu rumah sakit swasta, pasien-pasien yang berkunjung berasal dari berbagai golongan dan daerah sehingga dapat mempresentasikan populasi umum. Rumah Sakit Samarinda Medika Citra mempunyai fasilitas rawat inap dan rawat jalan, dimana rawat jalan terdiri dari ruang poliklinik, ruang HD dan ruang fisioterapi. Ruang fisioterapi memiliki fasilitas 10 tempat tidur yang aktif digunakan setiap harinya sejak pukul: 07.00-21.00 wita. Penelitian ini dilakukan diruang fisioterapi rumah sakit samarinda medika citra pada bulan januari – febuari 2021. Pengumpulan data penelitian ini dilakukan dengan cara pengisian kuesioner oleh pasien. Data yang telah terkumpul kemudian dilakukan analisis univariat dan bivariate dengan bantuan program computer.

#### **B. Hasil Penelitian**

##### 1. Analisa univariat

##### a) Deskripsi Karakteristik Demografi Responden

Dari hasil penelitian didapat karakteristik data demografi responden yang diperoleh dari 30 responden diketahui bahwa:

No	Karakteristik	F	%
1	Usia		
	35-45 tahun	3	10
	46-55 tahun	9	30
	56-65 tahun	11	36.7
	>61 tahun	7	23.3
	<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

2	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	14	46.7
	Perempuan	16	53.3
	<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

3	Pendidikan		
	SD	2	6.7
	SMP	4	13.3
	SMA	14	46.7
	SARJANA	10	33.3
	<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

4	Pekerjaan		
	PNS	9	30
	SWASTA	12	40
	WIRASWASTA	9	30
	<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

No	Karakteristik	F	%
1	Usia		
	35-45 tahun	3	10
	46-55 tahun	9	30
	56-65 tahun	11	36.7
	>61 tahun	7	23.3
	<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

2	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	14	46.7
	Perempuan	16	53.3
	<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

3	Pendidikan		
	SD	2	6.7
	SMP	4	13.3
	SMA	14	46.7

	SARJANA	10	33.3
	Jumlah	30	100
4	Pekerjaan		
	PNS	9	30
	SWASTA	12	40
	WIRASWASTA	9	30
	Jumlah	30	100

si frekwensi Karakteristik Responden Pasien Stroke di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.

Berdasarkan table 4.1.dapat diketahui bahwa jenis kelamin responden yang paling banyak (tinggi) perempuan sebanyak 16 (53.3%), sedangkan untuk usia yang paling banyak mengalami stroke berulang adalah usia 56-65 tahun sebanyak 11 (36.7%), pendidikan yang paling banyak adalah SMA sebanyak 14 (46,7%), pekerjaan yang terbanyak adalah swasta sebanyak 12 (40% ).

Table 4.2.Distribusi Umur responden di RS.,Samarinda Citra tahun 2021

Variable	Mean	Median	Standard deviation	Nilai max-min	95% confidence interval
Usia	57.17	57.00	7.474	Max 79 Min 45	Lower 54.28 Upper 59.96

Hasil analisis didapatkan rata-rata usia responden yang ada di RS.Samarinda medika citra adalah 57.17 tahun dengan dengan nilai confidence interval 95% 54,28 – 59,96 dengan standard deviation 7,474 umur termuda adalah 45 tahun dan umur tertua adalah 79 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% bahwa rata-rata usia responden pada tahun 2021 adalah 54.28 tahun sampai 59.96 tahun.

b) Karakteristik Variabel/Analisa univariat

Analisa univariat dalam penelitian ini menjelaskan secara deskriptif mengenai variable-variable penelitian yang terdiri dari karakteristik

responden dan mengenai hasil pengumpulan data sesuai dengan variable penelitian .

### 1. Dukungan Keluarga

Table 4.3. Distribusi statistik Dukungan Keluarga di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra (30)

Variable	Mean	Median	Stand deviasis	Min	Max	Lower Bound	Lower upper
Dukungan keluarga	50.67	50.50	7.62	36	64	47.81	53.53

Sedangkan hasil analisis rata – rata Motivasi pasien yang ada di RS.Samarinda Medika Citra pada tahun 2021 adalah motivasi pasien 35.93 responden dengan nilai covinden interval 95% pada motivasi pasien 35.18 – 36.69 dengan standard deviation motivasi pasien 2.016 dengan motivasi.

### 2. Motivasi pasien

Table 4.4. Distribusi Statistik Berdasarkan Variabel Motivasi di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra ( 30 )

Variable	Mean	Median	Stand deviasis	Min	Max	Lower Bound	Lower upper
Motivasi pasein	35.93	36.00	2.016	31	40	35.18	36.69

Sedangkan hasil analisis rata – rata Motivasi pasien yang ada di RS.Samarinda Medika Citra pada tahun 2021 adalah motivasi pasien 35.93 responden dengan nilai covinden interval 95% pada motivasi pasien 35.18 – 36.69 dengan standard deviation motivasi pasien 2.016 dengan motivasi baik 40 dan motivasi kurang baik 31. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% bahwa rata – rata motivasi pasien pada tahun 2021 adalah 35.18 sampai 36.69.

### 3. Analisis Bivariate

Hasil uji analisis bivariate dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan motivasi pasien dalam menjalani fisioterapi di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra, maka dilakukan penghitungan dengan menggunakan uji chi square dengan perangkat computer. Hasil penghitungan dapat dilihat pada table berikut:

Table 4.5. Distribusi antara variable Dependen dan Independen di RS.Samarinda Mediaka Citra Samarinda (N=30)

		Motivasi Pasien		Total	P
		Count	Count		
Dukungan keluarga	Dukungan baik	11	4	15	0.264
	Dukungan kurang	7	8	15	
Total	Count	18	12	30	

Hasil penelitian setelah dilakukan uji *chi square* test dari hasil statistik menggunakan uji *chi square* dengan nilai kemaknaan  $\alpha = 0,05$  didapatkan nilai *asympt.sig.*(2 sidet) sebesar 0.264 sehingga nilai *sig.* (2 side)  $> 0.05$ . berdasarkan uji statistic dapat ditemukan bahwa tidak terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan motivasi pasien dalam melaksanakan fisioterapi.

### C. Pembahasan

#### 1. Dukungan Keluarga

Berdasarkan table 4.5. dapat kita lihat dari 30 responden, menunjukkan bahwa dukungan keluarga analisa dukungan yang diberikan keluarga terhadap pasien stroke di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra didapatkan hasil dukungan berbanding sama dengan nilai / skor 50,67% dengan nilai minimal 36 dan nilai maksimal 64. Mayoritas pasien stroke yang melakukan fisioterapi memiliki dukungan keluarga yang berbanding sama, maka

dukungan keluarga sangatlah dibutuhkan oleh seorang penderita stroke.

Beberapa responden mengatakan keluarga memfasilitasi kebutuhan dalam perawatan, keluarga sangat membantu dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari, keluarga bergantian meluangkan waktu untuk latihan dan keluarga selalu memberi info tentang kemajuan yang dicapai. Dan dari beberapa responden yang ditemui difisioterapi tanpa ada pendamping mengatakan mereka selalu bersemangat untuk sembuh walaupun keluarga sedang bekerja dan belum ada waktu untuk ikut melatih, masalah yang sering dihadapi oleh para pasien ini kurangnya latihan mandiri dirumah / tidak melatih ulang apa yang telah diajarkan diruang fisioterapi.

Teori Scheurer (2012) pembagian fungsi dukungan social keluarga adalah dukungan instrumental dimana keluarga sebagai sumber pertolongan praktis dan kongkrit. Bila ada salah satu anggota keluarga yang sakit secara nyata keluarga memberikan pertolongan, berarti dengan ini penderita stroke memerlukan pertolongan berupa dukungan keluarga. Selain itu fungsi dari keluarga adalah sebagai pemberi dukungan informasional dimana keluarga berfungsi sebagai pemberi dukungan berupa informasi yang adekuat. Dan terakhir adalah hubungan emosional dimana keluarga adalah tempat aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu dalam penguasaan emosi.

Dari hasil penelitian sebagian besar responden berusia lanjut, berdasarkan pada table 4.1. usia penderita stroke berulang adalah 56-65 tahun sebanyak 11 (36%). Dimana dengan bertambahnya usia resiko stroke semakin tinggi dan sulit untuk dipulihkan.

Teori Orem (2001), kemampuan kognitif perseptual dan numerik seseorang mengalami penurunan pada usia yang lebih lanjut. Perubahan fisik dan tingkah laku yang akan mengalami kemunduran seperti pada pencernaan, aktifitas fisik, mental,

koneksi jantung menurun, mobilisasi dan social secara bertahap dikarenakan umur.

2. Menurut asumsi peneliti, hasil penelitian dukungan keluarga baik dan kurang baik yang dirasakan pasien berbanding sama dikarenakan responden memiliki karakteristik dan pola berpikir keluarga dan lingkungan yang berbeda. Sehingga dukungan keluarga yang dirasakan juga berbeda. Dukungan keluarga tercipta karena adanya hubungan interpersonal dan jalinan / ikatan keluarga yang sangat kuat. Motivasi pasien.

Berdasarkan table 4.5. dapat diketahui dari 30 responden, menunjukkan bahwa motivasi pasien stroke dalam melakukan fisioterapi skor minimal 31 dan maksimal 40 dengan diskor rata-rata 35,93 yang artinya motivasi pasien stroke yang melakukan fisioterapi di RS.SMC mempunyai motivasi cukup / dorongan positif .

Menurut hasil yang didapat dilapangan, pasien stroke berulang melakukan fisioterapi banyak yang mengatakan bahwa mereka ingin dapat beraktifitas kembali (walaupun menggunakan alat bantu), dapat bekerja kembali karena responden adalah tulang punggung keluarga, dan sebagian besar responden memiliki koping yang tinggi dan mempunyai tujuan yang ingin dicapai. Selain motivasi dari dalam diri, dukungan cukup besar juga didapat dari keluarga dan lingkungan yang membuat responden lebih termotivasi untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

Mendefinisikan motivasi secara umum adalah tingkah laku yang berbentuk energy atau tenaga dorongan yang menimbulkan suatu tingkah laku tertentu (Uno,2008). Faktor yang membuat seseorang ingin sembuh atau dapat beraktifitas secara mandiri yaitu faktor eksterna dan interna, faktor yang mempengaruhi motivasi pasien adalah usia, berdasarkan table 4.1. dapat diketahui usia responden rata-rata 57,71 tahun, menurut Gerungan (2014) kematangan usia

akan mempengaruhi proses berpikir dan pengambilan keputusan dalam melakukan pengobatan yang menunjang kesembuhan pasien.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi motivasi kesembuhan adalah pendidikan, berdasarkan table 4.1 dari 30 responden didapatkan 14 responden berpendidikan SMA dan 10 responden berpendidikan sarjana. Pengetahuan yang baik dipengaruhi salah satunya oleh sarana informasi. Menurut Lucke (2002) yang mengemukakan bahwa pengetahuan tidak hanya didapat secara formal namun melalui pengalaman. Selain itu pengalaman didapat secara informal di rumah dengan cara menonton TV, Radio dan alat komunikasi lain (internet). Adanya medis membuat pasien mengetahui, memahami tentang penyakitnya dan kesehatan sehingga memotivasi diri untuk sembuh.

Ditabel 4.1 diketahui dari 30 responden, berprofesi / pekerja swasta sebanyak 12 (40%) dan PNS sebanyak 9 (30%). Pekerjaan merupakan kesibukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupan keluarga dalam Ekhsan (2016). Siammora (2004) mengatakan ekonomi adalah kegiatan yang menghasilkan uang untuk memenuhi kebutuhan hidup.

Teori Hierarki Maslow mengemukakan tentang kebutuhan dasar manusia dimana kebutuhan fisiologis, social, penghargaan dan aktualisasi diri yang membuat seseorang untuk mencapai suatu keinginan serta harapan.

Hasil yang didapatkan dari penelitian ini motivasi yang didapatkan responden paling banyak yaitu motivasi dari dalam diri pasien. Menurut asumsi peneliti motivasi yang dibangun oleh pasien itu sendiri dikarenakan adanya keinginan, harapan dan kebutuhan yang responden ingin capai. Responden telah menyadari bahwa keinginan untuk dapat beraktifitas telah tertanam dalam diri, mereka menyakini bila bukan diri mereka sendiri tidak ada yang dapat membantu walaupun banyak keluarga yang selalu memberi semangat.

3. Hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien stroke berulang di RS.Samarinda Medika Citra.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rs. Samarinda Medika Citra menunjukkan bahwa dukungan keluarga baik dengan motivasi baik sebesar 11 responden (73,3%), sedangkan dukungan baik motivasi kurang baik sebanyak 4 responden (26.7%).

Untuk dukungan kurang baik dengan motivasi pasien baik sebanyak 7 responden, sedangkan dukungan keluarga kurang baik serta motivasi diri pasien kurang baik juga sebanyak 8 responden. Dari hasil uji chi square dukungan keluarga didapatkan nilai asymp.sig.(2 sidet) sebesar 0.264 ( $p > 0.05$ ) sehingga secara statistik yang berarti tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan motivasi pasien.

Demikian pula dengan penelitian yang dilakukan Musrika,J.H (2014) sebagian besar penderita stroke mempunyai motivasi negatif untuk melakukan latihan rentang gerak sendiri, hal ini dikarenakan kurangnya pengetahuan pasien stroke tentang manfaat latihan rentang gerak. Oleh sebab itu keluarga sangatlah berperan dalam mendukung dan educator dirumah dalam melaksanakan latihan rentang gerak yang diajarkan. Dalam penelitian Manurung (2017) menyatakan dukungan keluarga mempengaruhi motivasi penderita stroke dalam melaksanakan latihan juga berpengaruh besar dalam peningkatan kekuatan otot. Dalam hal ini anggota keluarga atau pasien sendiri dapat melakukan latihan ROM secara mandiri diluar jadwal latihan fisioterapi.

Menurut asumsi peneliti responden memiliki nilai dukungan yang sama dikarenakan adanya responden yang mendapat dukungan dan tidak sama sekali mendapat dukungan dari keluarga/lingkungan sekitar,sebab sebagian besar responden yaitu tidak mempunyai keluarga dan tinggal dengan orang tua (orang yang lebih tua dari responden) sehingga keadaan yang membuat responden terdorong

untuk bangkit untuk dapat beraktivitas dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Sehingga dukungan lingkungan sosial/sekitar mempengaruhi responden dapat bersemangat dan mengubah cara berfikir responden/keluarga. Selain itu masih banyaknya responden dan keluarga mempercayai pengobatan alternative/tradisional dalam kesembuhan mereka.

Dari hasil penelitian didapatkan responden dengan motivasi baik, sebagian besar responden menyadari bahwa latihan fisioterapi ini sangat bermanfaat sehubungan dengan ketidak teraturan latihan fisioterapi pada stroke pertama yang mengakibatkan terjadinya kecacatan, sehingga responden tidak ingin hal ini terulang kembali. Motivasi terbesar para responden berasal dari motivasi yang dibangun dalam diri dan sebagian kecil motivasi yang didapatkan dari luar (lingkungan sekitar).

Peran keluarga/dukungan keluarga dalam merawat dan memotivasi pasien stroke dengan kepatuhan penderita dalam mengikuti pengobatan dan pelaksanaan rehabilitasi merupakan kunci keberhasilan dalam suatu tujuan yang ingin dicapai yaitu pemulihan suatu penyakit. Keluarga adalah yang paling dekat dengan pasien yang memiliki peran sebagai motivator atau pendukung serta sebagai educator bagi anggota keluarga lain dalam melaksanakan program kesehatan secara mandiri. Bila tidak ada dukungan keluarga, maka keberhasilan fisioterapi semakin kecil. Oleh sebab itu dukungan keluarga sangat diperlukan dalam mendampingi pasien stroke mengikuti fisioterapi.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Stroke Berulang Yang Melakukan Fisioterapi adalah sebagai berikut:

1. Nilai skor Dukungan Keluarga pasien stroke berulang yang melaksanakan fisioterapi sebesar 50,67 dengan nilai (minimum 36 dan maximum 64).
2. Nilai skor Motivasi pasien stroke berulang yang melakukan fisioterapi sebesar 35,93 dengan nilai (minimum 31 dan maximum 40).
3. Tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien stroke berulang yang melakukan fisioterapi.

#### B. Saran

Adapun saran pada penelitian ini yaitu ;

1. Bagi praktisi keperawatan  
Diharapkan perawat mendukung keluarga untuk memotivasi, memperhatikan serta memastikan pasien maupun keluarga untuk melatih gerakan yang harus dilaksanakan saat fisioterapi agar dapat diterapkan diluar jam atau jadwal terapi demi mendukung kesembuhan pasien.
2. Bagi rumah sakit  
Diharapkan rumah sakit sebagai tempat pendukung penurunan kecacatan pasca stroke terutama pasien stroke berulang dengan cara memberikan fasilitas yang baik dan lengkap untuk fisioterapi dirumah sakit. Pengelola pelayanan kesehatan atau rumah sakit mewujudkan discharge planning program pada pasien stroke untuk menjamin latihan dirumah serta mengadakan program khusus, memberikan bimbingan dan latihan untuk keluarga cara-cara melakukan latihan ROM dirumah pada pasien stroke.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Jalil, Tatali Mario E katuuk ,Rina Kundre. (2018). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kemandirian Activity Daily Living (ADL) Pada Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Neurologi RSU GMIM Pancaran Kasih Menado*. e-journal Keperawatan (e-Kep) Volume 6 Nomor 1.
- Ariesta. (2011). Gambaran angka kejadian stroke akibat hipertensi di instalasi rehabilitasi medic BLU RSUP Prof. DR.R.D.Kandou Menado.  
Email: [riris.ariesta@yahoo.com](mailto:riris.ariesta@yahoo.com).
- Bulechek, dkk. 2013. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Jakarta : EGC.
- Cicilia Graita,( 2014 ).*Hubungan Antara Kualitas Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Motivasi Sembuh Pasien*.
- Corwin, Elizabeth. (2000). *Patofisiologis*. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta : EGC.
- Friedman, M.M. (1998). *Keperawatan keluarga: teori dan praktek edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Friedman, M.M., & Bowden, V.R. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, & Praktik*. Jakarta: EGC.
- Hamzah, H. (2008). *Teori Motivasi dan pengukurannya, analisis dibidang pendidikan edisi 1*. Jakarta : Bumi Aksara.
- Herdman & Kamitsuru. (2015). *Nanda Internation Inc. Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Ahli bahasa Budi Anna Keliat. Jakarta.
- Hidayat, R. (2016). *Pengaruh pengetahuan dan dukungan keluarga terhadap kepatuhan menjalani neurorehabilitasi pada pasien pasca stroke di unit rehabilitasi medic rsud banda aceh*. Chaira et al, *Jurnal ilmiah mahasiswa medis* vol.1 no.4:12-17.

- HS, Karel Dourman. (2013). *Waspada! Stroke Usia Dewasa Muda*. Jakarta: Cerdas Sehat.
- Indah Permata Sari. (2016). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya stroke berulang pada penderita pasca stroke*. Jurnal 1 Akademika Baiturrahim, Vol.5. E-mail: [indahpermata.fisio11@gmail.com](mailto:indahpermata.fisio11@gmail.com)
- Kementrian Kesehatan RI. (2013) . *Riset Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2018). *Riset Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI 2018.
- Manjoer. (2000). *Kapitaselekt kedokteran*. Media aesculapius: Jakarta.
- Mangasi, A. (2013). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Lansia dalam Mempertahankan Kualitas Hidup Lansia di Rw 05 Kelurahan Paseban Kecamatan Senen Jakarta Pusat 2012*.
- Mardjono. (2003). *Neurologis Klinis Dasar*. Dian rakyat: Jakarta.
- Meida Laely Ramdani. (2018). *Karakteristik Dan Periode Kekambuhan Stroke Pada Pasien Dengan Stroke Berulang Di Rumah Sakit Margono Soekardjo Purwokerto Kabupaten Banyumas*. Jurnal Keperawatan Vol 3 (1).
- Moorhead, dkk. (2017). *Nursing Outcome Classification*. Jakarta : Elsevier.
- M.Sulton Anggoniawan ( 2018 ), *hubungan dukungan keluarga dengan self care pada pasien stroke non hemoragik di RSUD Jombang*.
- Nanda International. (2017). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Nugroho. ( 2011). *Asuhan keperawatan penyakit dalam dan bedah*. Nuha medika: Yogyakarta.
- Ragaia Ipaenin et al. (2018). *Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Motivasi Pasien Pasca Stroke Selama Menjalani Latihan Fisioterapi Di Rs Pku Muhammadiyah Gamping Yogyakarta*. Journal <http://digilib2.unisayogya.ac.id/xmlui/handle/123456789/1523>

- Riskesdas. (2018). *Prevalensi Penyakit Stroke Tahun 2007 dan 2018*. Di unduh pada tanggal 23 Februari 2021.
- Sari, I.P. (2015). *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Stroke Berulang Pada Penderita Pasca Stroke*. Skripsi. Fakultas Ilmu Kesehatan: Universitas Muhammadiyah.
- Smeltzer C. Suzanne, Brunner & Suddarth. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Sumber laporan bulanan RS.SMC Samarinda, tahun 2020.
- Sumber laporan tahunan RS.SMC Samarinda, tahun 2019 dan 2018.
- Taylor, Cynthia M. (2013). *Diagnosa Keperawatan dan asuhan keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Wijaya & Putri. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Non Communicable Disease*. Geneva: WHO Press.
- Yuliaji, Siswanto. *beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian stroke berulang, studi kasus RS.Kariadi Semarang*. Kontak : [www.pdfactory.com](http://www.pdfactory.com)
- Yusuf, Rusna *et al.* (2013). *Analisis Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Stroke Berulang Pada Pasien Stroke di RSUD dr. H. Chasan Bosorie*. Ternate: Unimus.



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
ITKES WIYATA HUSADA SAMARINDA**

**KUESIONER PENELITIAN**

**PETUNJUK PENGISIAN**

1. Semua pertanyaan harus dijawab.
2. Berilah tanda check list (✓) pada kotak yang telah disediakan.
3. Setiap pertanyaan dijawab hanya satu jawaban yang sesuai dengan tanda.

**A. KUESIONER DATA DEMOGRAFI**

1. Kode responden :

2. Umur : ..... tahun

3. Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan

5. Pendidikan terakhir :  SD  SMP

SMA  Perguruan Tinggi

Tidak Sekolah

6. Pekerjaan :  PNS  Wiraswasta

Pegawai Swasta Pet

Lainnya :...

## B. KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA

Berilah tanda check (√). Pilih jawaban yang sesuai dengan yang anda alami dan anda rasakan.

No.	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang	Tdk Pernah
<b>DUKUNGAN PENILAIAN</b>					
1.	Keluarga mendengarkan keluhan kesah klien selama menjalani terapi gerak/fisioterapi, terapi aktivitas sehari, terapi bicara.				
2.	Keluarga terlibat dalam mengambil keputusan dalam menjalani fisioterapi.				
3.	Keluarga menyemangati klien ketika klien belajar melakukan fisioterapi.				
4.	Keluarga berpikiran positif terhadap usaha dan tindakan yang sudah dilakukan klien saat fisioterapi.				
5.	Keluarga memperhatikan reaksi klien saat terapi fisioterapi dilakukan.				
6.	Keluarga membantu meningkatkan harga diri dan rasa percaya diri klien selama perawatan sehingga klien tetap merasa berharga dan berguna.				

No.	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang	Tdk Pernah
1.	Keluarga menemani klien ketika melakukan fisioterapi.				
2.	Keluarga membantu menyediakan kebutuhan harian klien seperti, makanan, pakaian.				
3.	Keluarga memfasilitasi transportasi ketika klien akan control ke rumah sakit.				
4.	Keluarga meluangkan waktu untuk melatih klien melakukan terapi fisioterapi di rumah.				
5.	Keluarga menyediakan seluruh biaya yang dibutuhkan oleh klien selama perawatan.				
6.	Keluarga menyediakan tempat khusus untuk klien berlatih fisioterapi di rumah.				



DUKUNGAN EMOSIONAL					
No.	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang	Tdk Pernah
1.	Keluarga memberikan rasa percaya pada klien saat menjalani fisioterapi.				
2.	Keluarga dapat berbagi dan memberikan kasih sayang serta kepedulian pada klien ketika menjalani fisioterapi.				
3.	Keluarga memberikan rasa nyaman, perasaan saling memiliki kepada klien.				
4.	Ketika klien mengalami stress, keluarga berusaha untuk menumbuhkan kembali perasaan dicintai dan disayangi dalam diri klien sehingga klien merasa berharga kembali.				
5.	Keluarga memotivasi klien untuk berkomunikasi dengan orang lain seperti saudara dan teman.				
6.	Keluarga memuji klien saat ada kemajuan dari tindakan klien.				

DUKUNGAN INFORMASI					
No.	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang	Tdk Pernah
1.	Keluarga memberitahukan bahwa fisioterapi yang klien jalani sangat penting.				
2.	Keluarga menunjukkan tempat fisioterapi yang tepat untuk mengobati stroke klien.				
3.	Keluarga mengarahkan dan memberi tanggapan atas tindakan yang dilakukan klien.				
4.	Keluarga memberitahu klien sebelum tindakan terapi dilakukan.				
5.	Keluarga memberitahu perkembangan yang dialami klien setiap melakukan fisioterapi.				
6.	Keluarga mempelajari apa yang diajarkan petugas kesehatan agar 73ayi melatih klien dirumah.				

### C. LEMBAR KUESIONER MOTIVASI

Berilah tanda check (√). Pilih jawaban yang sesuai dengan yang anda alami dan anda rasakan.

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
<b>MOTIVASI INTRINSIK</b>			
1.	Apakah fisioterapi ini bermanfaat untuk klien?		
2.	Apakah klien melakukan fisioterapi ini karena ingin cepat pulih kembali?		
3.	Apakah klien berharap kelemahan pada bagian tubuh yang sakit akan dapat kembali normal jika melakukan fisioterapi?		
4.	Apakah klien berharap dapat terhindar dari risiko kecacatan yang menetap jika melakukan fisioterapi?		
5.	Apakah klien mengharapkan kelemahan pada bagian tubuh klien yang sakit dapat segera sembuh sesuai harapan klien?		
6.	Apakah klien melakukan fisioterapi atas dasar kemauan sendiri?		
7.	Apakah klien melakukan fisioterapi karena sadar tentang pentingnya fisioterapi pasca terserang stroke?		
8.	Seandainya klien mengalami keluhan pada saat pelaksanaan fisioterapi apakah klien akan tetap melakukannya?		
9.	Apakah selama tidak melakukan fisioterapi klien tetap melatih gerakan-gerakan pada bagian tubuh yang sakit?		
10.	Apakah klien bersemangat saat melakukan fisioterapi?		

MOTIVASI EKSTRINSIK			
No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
11.	Apakah keluarga mendukung klien untuk melakukan fisioterapi?		
12.	Apakah keluarga menemani klien selama melakukan fisioterapi?		
13.	Apakah petugas kesehatan (fisioterapis, dokter, dan perawat) menyemangati klien selama melakukan fisioterapi?		
14.	Bila klien melihat orang lain melakukan fisioterapi, apakah ada dorongan untuk melakukan fisioterapi juga?		
15.	Apakah petugas kesehatan (fisioterapis, dokter dan perawat) menjelaskan apa manfaat fisioterapi yang dilakukan?		
16.	Apakah petugas kesehatan (fisioterapis, dokter dan perawat) mengarahkan klien selama melakukan fisioterapi?		
17.	Apakah fasilitas yang ada mendukung klien dalam melakukan fisioterapi?		
18.	Apakah klien memperoleh informasi mengenai manfaat fisioterapi selain dari petugas kesehatan (fisioterapi, perawat)?		
19.	Apakah informasi tersebut yang mendorong klien untuk melakukan fisioterapi?		
20.	Apakah klien melakukan fisioterapi hanya karena disuruh oleh keluarga?		



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
ITKES WIYATA HUSADA SAMARINDA**

---

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti saya bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Stroke Berulang Yang Melakukan Fisioterapi". yang dilakukan oleh Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

Nama : Susanti Eka Jati

NIM : 19011027

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif bagi saya dan segala informasi yang diberikan dijamin kerahasiaannya. Saya memahami bahwa penelitian akan menjadi bahan masukan bagi perawat untuk dapat meningkatkan pelayanan di Rumah Sakit, karena itu jawaban yang diberikan adalah sebenar- benarnya.

Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai segala sesuatu yang berkaitan dengan penelitian ini dan telah mendapat jawaban yang memuaskan. Berdasarkan semua penjelasan diatas maka dengan ini saya menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi aktif dalam penelitian.

Samarinda, .... / .... / 2021

Responden

(.....)



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
ITKES WIYATA HUSADA SAMARINDA**

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Susanti Eka Jati

NIM : 19011027

Merupakan Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES WIYATA HUSADA Samarinda. Saya akan melakukan penelitian tentang “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Stroke Berulang Yang Melakukan Fisioterapi”. Hasil penelitian ini diharapkan akan bermanfaat bagi semua pihak terkait dalam upaya meningkatkan pelayanan dan kualitas hidup pasien STROKE Yang Menjalani Terapi Fisioterapi Di Rumah Sakit Samarinda

Untuk itu kami mohon partisipasi bapak/ibu/saudara/i untuk menjadi responden dalam penelitian ini, dijamin kerahasiaannya (tanpa nama) dan tidak ada pemaksaan. Data yang disajikan hanya untuk pengembangan ilmu keperawatan. Atas kerjasama dan partisipasinya, kami sampaikan terima kasih.

Samarinda, ...../...../2020

Hormat Saya,



## DATA SPSS

### 1. UJI KUESIONER VALIDITAS

No. Pernyataan	Nilai R hitung	Nilai R table	Valit / tidak Valit
1	0.518	0.514	Valit
2	0.353	0.514	Tidak valit
3	0.692	0.514	Valit
4	0.517	0.514	Valit
5	0.499	0.514	Tidak valit
6	0.601	0.514	Valit
7	0.805	0.514	Valit
8	0.805	0.514	Valit
9	0.680	0.514	Valit
10	0.781	0.514	Valit
11	0.466	0.514	Tidak valit
12	0.522	0.514	Valit
13	0.762	0.514	Valit
14	0.415	0.514	Tidak valit
15	0.811	0.514	Valit
16	0.597	0.514	Valit
17	0.337	0.514	Tidak valit
18	0.652	0.514	Valit
19	0.018	0.514	Tidak valit
20	0.448	0.514	Tidak valit
21	0.580	0.514	Valit
22	0.364	0.514	Tidak valit
23	0.862	0.514	Valit

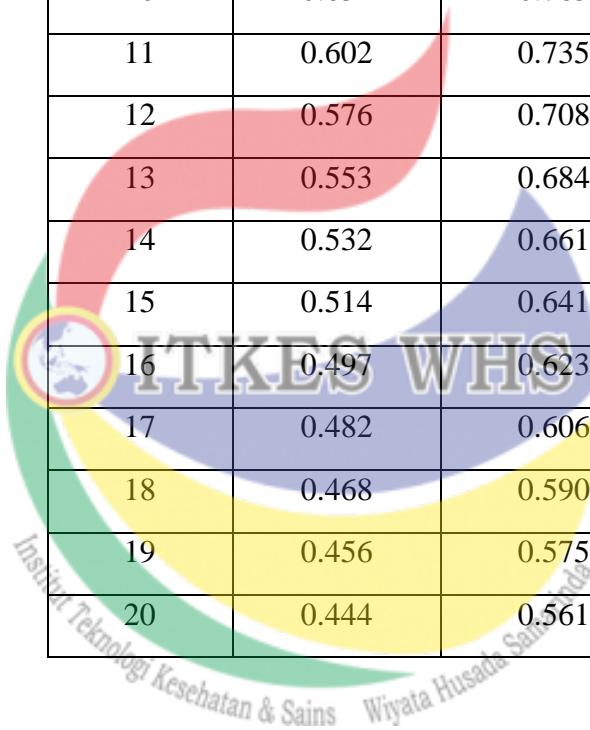
24	0.227	0.514	Tidak valid
----	-------	-------	-------------



#### DISTRIBUSI NILAI R table PRODUCT MOMENT

N (df)	The Level of Significance
--------	---------------------------

	5%	1%
3	0.997	0.999
4	0.950	0.990
5	0.878	0.959
6	0.811	0.917
7	0.754	0.874
8	0.707	0.834
9	0.666	0.798
10	0.632	0.765
11	0.602	0.735
12	0.576	0.708
13	0.553	0.684
14	0.532	0.661
15	0.514	0.641
16	0.497	0.623
17	0.482	0.606
18	0.468	0.590
19	0.456	0.575
20	0.444	0.561



## 2. UJI REHABILITAS

RELIABILITY STATISTICS	
Cronbach's Alpha	N of Items
.913	15

## Item – Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
X1	46.93	44.202	.416	.914
X3	46.20	43.752	.670	.907
X4	46.40	44.800	.431	.913
X6	45.93	43.651	.586	.909
X7	46.80	38.510	.749	.903
X8	46.53	41.913	.641	.907
X9	46.47	39.844	.743	.903
X10	46.60	40.248	.681	.906
X12	46.33	43.954	.429	.914
X13	46.40	42.731	.713	.905
X15	46.20	42.097	.737	.904
X16	46.13	42.602	.563	.910
X18	46.00	44.138	.650	.908
X21	46.13	43.982	.495	.911
X23	46.27	41.306	.853	.900

## 3. UJI NORMALITAS

Tests of Normality <sup>a,d</sup>							
		Kolmogorov-Smirnov <sup>b</sup>			Shapiro-Wilk		
	motivasi	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Dukungankeluarga	13	.175	3	.	1.000	3	1.000
	14	.260	2	.			
	15	.218	6	.200*	.867	6	.213
	16	.185	7	.200*	.967	7	.877
	17	.283	4	.	.863	4	.272
	18	.382	4	.	.801	4	.103
	19	.260	2	.			

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Dukungankeluarga is constant when motivasi = 11. It has been omitted.

b. Lilliefors Significance Correction

d. Dukungankeluarga is constant when motivasi = 20. It has been omitted.



## 4. Data univariat (Numerik Usia)

		Statistic	Standard error
Usia	Mean	57.17	1.365
Mean	95% Confidence interval for Lower bound	54.38	
	Upper Bound	59.96	
	5% Trimmed Mean	56.76	
	Median	57.00	
	Variance	55.868	
	Std. Deviation	7.474	
	Minimum	45	
	Maximum	78	
	Range	33	
	Interquartile Range	8	
	Skewness	.770	.427
	Kurtosis	1.401	.833



ITKES WHS

UIJ CHI SQUARE

## Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan Keluarga (Baik / Kurang Baik)	3.143	.681	14.503
For cohort Motivasi Pasien = Baik	1.571	.844	2.924
For cohort Motivasi Pasien = Kurang Baik	.500	.191	1.310
N of Valid Cases	30		

## UJI CHI SQUARE 2X2

Dukungan Keluarga \* Motivasi Pasien Crosstabulation

		Motivasi Pasien		Total	
		Baik	Kurang Baik		
Dukungan Keluarga	Baik	Count	11	4	15
		Expected Count	9.0	6.0	15.0
		% within Dukungan Keluarga	73.3%	26.7%	100.0%
	Kurang Baik	Count	7	8	15
		Expected Count	9.0	6.0	15.0
		% within Dukungan Keluarga	46.7%	53.3%	100.0%
Total		Count	18	12	30
		Expected Count	18.0	12.0	30.0
		% within Dukungan Keluarga	60.0%	40.0%	100.0%

untuk uji chi square nilai expected count harus diatas 5 bila dibawah 5 berarti hal tersebut tidak memenuhi syarat untuk uji chi square.

## UJI SQUARE 2X2

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.222 <sup>a</sup>	1	.136		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.250	1	.264		
Likelihood Ratio	2.256	1	.133		
Fisher's Exact Test				.264	.132
Linear-by-Linear Association	2.148	1	.143		
N of Valid Cases	30				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Karena kita menggunakan uji chi-square 2x2 maka kita menggunakan hasil continuity correction dengan asymp.sig.0.264



		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	2	6.7	6.7	6.7
	SMP	4	13.3	13.3	20.0
	SMA	14	46.7	46.7	66.7
	SARJANA	10	33.3	33.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**Usia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	35-45 tahun	3	10.0	10.0	10.0
	46 tahun-55	9	30.0	30.0	40.0
	56-65 tahun	11	36.7	36.7	76.7
	>61 tahun	7	23.3	23.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	14	46.7	46.7	46.7
	PEREMPUAN	16	53.3	53.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**PEKERJAAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	9	30.0	30.0	30.0
	SWAS	12	40.0	40.0	70.0
	WIRASWASTA	9	30.0	30.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



**ase Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
Motivasi Pasien	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Dukungan Keluarga	.098	30	.200*	.952	30	.190
Motivasi Pasien	.120	30	.200*	.976	30	.727

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction



## 1. Data statistic Univariat Dukungan keluarga, Motivasi pasien

Descriptives			Statistic	Std. Error
Dukungan Keluarga	Mean		50.67	1.399
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	47.81	
		Upper Bound	53.53	
	5% Trimmed Mean		50.72	
	Median		50.50	
	Variance		58.713	
	Std. Deviation		7.662	
	Minimum		36	
	Maximum		64	
	Range		28	
	Interquartile Range		9	
	Skewness		-.047	.427
	Kurtosis		-.192	.833
	Motivasi Pasien	Mean		35.93
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	35.18	
		Upper Bound	36.69	
5% Trimmed Mean			35.96	
Median			36.00	
Variance			4.064	
Std. Deviation			2.016	
Minimum			31	
Maximum			40	
Range			9	
Interquartile Range			3	
Skewness			-.173	.427
Kurtosis			.074	.833

## Frequency Table

### DUKUNGAN KELUARGA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DUKUNGAN BAIK	15	50.0	50.0	50.0
	DUKUNGAN KURANG BAIK	15	50.0	50.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

### MOTIVASI PASIEN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MOTIVASI BAIK	18	60.0	60.0	60.0
	MOTIVASI KURANG BAIK	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



## Frequencies

		Statistics	
		DUKUNGAN KELUARGA	MOTIVASI
N	Valid	30	30
	Missing	0	0
Mean		50.67	35.93
Std. Error of Mean		1.399	.368
Median		50.50	36.00
Mode		49 <sup>a</sup>	36
Std. Deviation		7.662	2.016
Variance		58.713	4.064
Range		28	9
Minimum		36	31
Maximum		64	40
Sum		1520	1078

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

