

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Stroke**

##### **1. Pengertian**

Stroke adalah sindrom neurologis yang merupakan ancaman terbesar bagi kecacatan manusia. Stroke merupakan kelainan otak yang terjadi dengan cepat dan selama lebih dari 24 jam akibat terganggunya suplai darah ke otak. Di jaringan otak, kurangnya aliran darah menyebabkan serangkaian reaksi biokimiawi yang dapat merusak atau membunuh sel-sel otak. Kematian jaringan otak dapat menyebabkan hilangnya kendali atas jaringan tersebut (Wiwit, 2010).

Menurut WHO (1988 dalam Sofwan, 2010) disebutkan bahwa stroke adalah tanda klinis dari disfungsi otak fokal atau global yang berkembang pesat, dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, atau dengan kematian tanpa sebab yang jelas, kecuali tanda-tanda yang berkaitan dengan aliran darah ke otak. Secara sederhana, stroke adalah serangan tiba-tiba di otak yang menyebabkan pembuluh darah di otak (tersumbat atau rusak) dan akhirnya muncul dalam berbagai gejala, mulai dari kelumpuhan, bicara tanpa kata, hingga kesulitan menelan..

Aliran darah yang rusak ke otak menyebabkan penurunan suplai oksigen ke otak. Kekurangan oksigen selama 8-10 detik menyebabkan gangguan pada fungsi otak. Sementara itu, mengurangi aliran oksigen ke otak dalam 6 hingga 10 menit dapat merusak sel-sel otak dan mungkin tidak pulih (Wiwit, 2010).

##### **2. Jenis Stroke**

Stroke pada dasarnya terbagi menjadi beberapa jenis antara lain (Pudiastuti, 2011):

- a. Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang menghalangi aliran darah normal. Darah menyusup ke area otak dan menyebabkan kerusakan. Hampir 70%

kasus stroke hemoragik adalah laki-laki dengan tekanan darah tinggi. Stroke hemoragik dibagi menjadi dua bagian:

- 1) *Hemoragik intraserebral*, yaitu perdarahan yang terjadi dalam jaringan otak.
  - 2) *Hemoragik subaraknoid*, yaitu perdarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutup otak).
- b. Stroke iskemik, yang terjadi karena penyumbatan pembuluh darah, yang sebagian atau seluruhnya menghentikan aliran darah ke otak. Ini disebabkan oleh aterosklerosis, di mana kolesterol menumpuk di dinding pembuluh darah atau pembuluh darah yang menyumbat pembuluh darah di otak. Umumnya atau 83% penderita menderita stroke jenis ini. Penyumbatan dapat terjadi di sepanjang jalur arteri ke otak.

Stroke iskemik dibagi menjadi 3, yaitu:

- 1) *Stroke trombotik*, yaitu proses terbentuknya thrombus hingga menjadi gumpalan.
  - 2) *Stroke embolik*, yaitu tertutupnya pembuluh darah arteri oleh bekuan darah.
  - 3) *Hipoperfusion sistemik*, yaitu aliran darah ke seluruh bagian tubuh berkurang karena adanya gangguan denyut jantung.
3. Faktor resiko stroke.

Keadaan yang menyebabkan atau memperparah stroke disebut sebagai faktor resiko. Faktor resiko stroke menurut Wiwit (2010) terdiri dari

a. Hipertensi

Hipertensi adalah faktor resiko utama stroke. Hasil analisa tudy Farmingham hipertensi baik sistolik maupun diastolik mempunyai resiko yang sama terhadap kejadian stroke.

b. Penyakit jantung

c. Diabetes mellitus

d. Hiperlipidemia (peningkatan kadar lipid dalam darah)

- e. Gangguan pembuluh darah koroner dan
- f. Mempunyai riwayat pernah terkena serangan stroke (stroke ringan).

Sofwan (2010) menjelaskan faktor risiko yang menyebabkan stroke terbagi dua yaitu faktor risiko yang dapat diubah dan faktor risiko yang tidak dapat diubah atau dikelola. Faktor risiko yang tidak dapat diubah termasuk usia, jenis kelamin, ras, dan kecenderungan genetik. Variabel faktor risiko antara lain tekanan darah tinggi (hipertensi), kolesterol (hiperkolesterol), obesitas (obesitas), diabetes (diabetes), penyakit jantung, merokok, dan alkohol.

Kelebihan kolesterol dalam darah, yang secara medis dikenal sebagai hiperlipidemia, merupakan faktor risiko tidak langsung untuk stroke. Hal ini terjadi karena terlalu banyak kolesterol dalam darah tidak secara langsung menyebabkan stroke, tetapi meningkatkan risiko pembentukan plak aterosklerotik di pembuluh darah (Sofwan, 2010).

Pada dasarnya ada berbagai jenis kolesterol dalam tubuh dengan fungsi dan perannya masing-masing, namun setiap pemeriksaan laboratorium kolesterol secara umum pasti akan memeriksa 3 komponen kolesterol yaitu kolesterol total, HDL dan LDL. Masing-masing komponen tersebut memiliki arti dan peran yang berbeda.

1) Kolesterol total

Kolesterol total adalah jumlah dari semua komponen lemak di dalam darah. Kolesterol total masih berada pada batas normal bila jumlahnya <200 mg / dL. Berhati-hatilah jika nilainya antara 200 dan 239 mg / dl dan berbahaya jika kadar darah > 240 mg / dl.

2) HDL (*High Density Lipoprotein*)

Ia juga sering dipanggil ke dalam hati dari jaringan perifer dan kemudian diekskresikan ke dalam empedu. Dalam keadaan normal kadar HDL harus > 45 mg / dL dan untuk orang yang pernah mengalami stroke target HDL adalah > 60 mg / dL.

3) LDL (*Low Density Lipoprotein*)

Ini sering disebut kolesterol jahat. LDL berperan dalam

mengangkut kolesterol keluar dari hati untuk digunakan di jaringan perifer. Mengoksidasi kadar LDL yang berlebihan dalam darah. Hal ini mengarah pada fakta bahwa proses aterosklerosis terjadi di pembuluh darah. Kadar LDL yang tetap dalam batas normal adalah <100 mg / dL.

#### 4. Patofisiologi Stroke

Infark serebral mengurangi suplai ke area tertentu di otak. Ukuran infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan ukuran pembuluh darah dan sirkulasi kolateral yang memadai ke area yang disediakan oleh pembuluh darah yang tersumbat.

Pasokan darah ke otak dapat berubah (lebih lambat atau lebih cepat) karena gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan dan kejang vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia akibat penyakit paru dan jantung). Aterosklerosis seringkali merupakan faktor penting yang mempengaruhi otak, trombus dapat berasal dari plak aterosklerotik, atau darah dapat berkembang di area stenosis di mana aliran darah lambat atau tersumbat. Trombus dapat keluar dari dinding pembuluh darah dan ditularkan sebagai emboli dalam aliran darah. Hasil trombus:

- a. Iskemia jaringan otak pada area yang disuplai oleh pembuluh darah bersangkutan
- b. Edema dan kongesti di sekitar area.

Area edema ini menyebabkan lebih banyak disfungsi daripada area infark itu sendiri. Edema dapat mereda dalam beberapa jam atau terkadang setelah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema, klien menunjukkan perbaikan. Karena trombosis biasanya tidak berakibat fatal jika mengeluarkan darah yang banyak. Pelepasan pembuluh darah otak oleh embolus menyebabkan edema, nekrosis, dan trombosis. Jika infeksi sepsis menyebar ke dinding pembuluh darah, terjadi abses atau ensefalitis, atau jika infeksi sisa terjadi pada pembuluh darah yang tersumbat yang menyebabkan saluran pembuluh darah melebar. Hal ini

menyebabkan pendarahan di otak saat aneurysm robek atau rupture.

Perdarahan di otak lebih sering disebabkan oleh ruptur arteriosklerosis dan hipertensi vaskular. Perdarahan intraserebral yang berlebihan berakibat fatal dibandingkan dengan semua penyakit serebrovaskular karena perdarahan yang berlebihan merusak massa otak, meningkatkan tekanan intrakranial, dan yang lebih parah dapat menyebabkan fraktur otak atau foramen magnum (Muttaqin, 2008).

## **B. Rehabilitasi Pasca Stroke**

### 1. Pengertian rehabilitasi

Rehabilitasi adalah program pelatihan keterampilan bagi penyandang disabilitas fisik dan / atau penyakit kronis agar mereka dapat hidup atau bekerja sesuai dengan kemampuannya (Harsono, 2010). Program rehabilitasi menurut Ibrahim (2015) tidak terbatas pada pemulihan, termasuk rehabilitasi psikososial yang penuh kasih sayang dan empati untuk menyadarkan penderitanya. Rehabilitasi medik mencakup tiga hal, yaitu rehabilitasi medik, sosial dan okupasi.

Rehabilitasi medik merupakan upaya mengembalikan kinerja fisik klien ke keadaan semula sebelum jatuh sakit dalam waktu sesingkat mungkin. Rehabilitasi sosial adalah tindakan konseling sosial dengan dukungan sosial untuk mencari pekerjaan. Rehabilitasi kejuruan merupakan salah satu bentuk pembinaan yang bertujuan agar penyandang disabilitas menjadi pekerja yang produktif dan dapat menjalankan tugasnya sesuai dengan kemampuannya.

Prinsip prinsip rehabilitasi menurut Harsono (2010) adalah: 1) Rehabilitasi dimulai dengan cepat, dapat disebut rehabilitasi segera pada saat dokter pertama kali melihat pasien. 2) Tidak ada pasien yang dapat tidur lebih dari satu hari lebih lama dari yang diperlukan karena hal ini menimbulkan komplikasi. 3) Rehabilitasi adalah terapi multidisiplin untuk pasien dan rehabilitasi adalah terapi lengkap untuk pasien. 4) Faktor terpenting dalam rehabilitasi adalah kesinambungan pengobatan. 5) Perhatian pada rehabilitasi lebih berkaitan dengan

kemampuan fungsi neuromuskuler yang masih ada, atau kemampuan yang ditingkatkan dengan gerakan. 6) Pelaksanaan rehabilitasi meliputi upaya mencegah serangan berulang. 7) Pasien dengan General Permission Development Order merupakan obyek rehabilitasi daripada sekedar obyek. Pihak medis, paramedis, dan lainnya, termasuk peran keluarga, harus memberikan pengertian, bimbingan, petunjuk, dan dorongan kepada orang sakit, yang merupakan motivator yang kuat.

## 2. Tahap Rehabilitasi.

### a. Rehabilitasi stadium akut

Sejak awal, tim rehabilitasi medis telah dilibatkan terutama untuk mobilisasi. Program ini dikelola oleh tim. Latihan aktif biasanya dimulai setelah proses stabil, 24-72 jam setelah serangan, kecuali perdarahan. Terapi wicara termasuk dari mulai melatih otot menelan, yang biasanya terganggu pada fase akut. Psikolog dan pekerja sosial medis untuk menilai status mental mereka dan membantu masalah keluarga.

### b. Rehabilitasi stadium subakut

Pada tahap kesadaran ini, orang tersebut menunjukkan tanda-tanda depresi dan fungsi bahasanya mulai menjadi lebih rinci. Pada post GPDO, pola kelemahan otot mengarah pada postur hemiplegia. Kami mencoba mencegah hal ini dengan menggunakan posisi yang merangsang tergantung pada situasi klien.

### c. Rehabilitasi stadium kronik

Hal ini ditekankan dalam terapi kelompok, biasanya dimulai pada akhir tahap subakut. Keluarga yang membutuhkan, staf medis sosial dan psikolog perlu lebih aktif.

Pasien stroke harus direkrut dan dirawat dengan fisioterapi sedini mungkin asalkan kondisi neurologis klinis dan hemodinamik mereka stabil . Untuk fisioterapi pasif, ubah postur dan anggota tubuh setiap dua jam untuk pasien yang tidak berwenang untuk menghindari titik-titik tekanan. Latih sendi pasif empat kali sehari untuk menghindari kontraksi. (Mansjoer, dkk, dalam Purwanti, 2011).

a. Mobilisasi Dini

1) Pelaksanaan mobilisasi dini posisi tidur.

Berbaring terlentang:

Posisi kepala, leher, dan punggung harus lurus. Letakkan bantal dengan hati-hati di bawah lengan yang lumpuh sehingga bahu terangkat dengan tangan sedikit terangkat dan dipelintir, serta siku dan pergelangan tangan sedikit terangkat. Letakkan juga bantal di bawah pahang yang lumpuh dengan posisi sedikit ditekuk di bagian dalam, lutut sedikit ditekuk.

Miring ke sisi yang sehat:

Bahu yang lumpuh harus mengarah ke atas, lengan yang lumpuh harus memeluk bantal dengan siku yang panjang. Kaki yang lumpuh diletakkan di bawah bagian depan paha dan kaki ditopang oleh bantal serta lutut ditekuk.

Miring ke sisi yang lumpuh:

Lengan yang lumpuh menghadap ke depan, pastikan bahwa bahu penderita tidak memutar secara berlebihan. Tungkai agak ditekuk tungkai yang sehat menyilang di atas tungkai yang lumpuh dengan diganjal bantal.

2) Latihan gerak sendi (*range of motion*)

Latihan sendi aktif adalah klien menggunakan otot untuk melakukan gerakan dan umumnya tidak ada rasa tidak nyaman. Jelaskan gerakan sistematis dalam urutan kronologis selama atau di setiap fase. Menampilkan setiap latihan 3x dan 2x sehari

(Kozier dalam Purwanti, 2011).

Latihan gerak sendi pasif adalah perawat menggerakkan anggota gerak dan memerintahkan keikutsertaan klien agar terjadi gerakan penuh.

a. Latihan gerak sendi pada anggota gerak atas menurut Hoeman (dalam Purwanti, 2011) adalah :

(1) Fleksi/ekstensi

Dukung lengan anda dengan tangan dan siku, angkat tangan tepat di atas kepala klien, dan letakkan lengan Anda di atas kepala di atas kasur

(2) Abduksi/adduksi

Sangga lengan di pinggang dengan telapak tangan dan siku tubuh klien, geser lengan menjauh dari tubuh, biarkan lengan berputar dan berputar hingga mencapai  $90^{\circ}$  sudut dari bahu.

(3) Siku fleksi/ekstensi

Dukung siku dan pergelangan tangan Anda, tarik lengan klien sehingga lengan menyentuh bahu, dan rentangkan lengan ke depan.

(4) Pergelangan tangan

Mendukung pergelangan tangan, tangan dan jari klien dengan jari lainnya; Gulung pergelangan tangan Anda lurus dan tepuk, putar pergelangan tangan Anda ke belakang dan duduk, gerakkan pergelangan tangan Anda nanti.

(5) Jari fleksi/ekstensi

Dukung tangan klien dengan memegang telapak tangan, meregangkan semua jari dan meluruskan semua jari pada saat bersamaan.

b. Latihan gerak sendi pada anggota gerak bawah menurut Hoeman (dalam Purwanti, 2011) adalah:

(1) Pinggul fleksi

Dukungan dari bawah lutut dan tumit klien, angkat lutut ke dada, tekuk pinggul sebanyak mungkin, biarkan lutut menekuk atau mentolerir klien

(2) Pinggul fleksi/kekuatan

Mendukung dari bawah lutut dan tumit klien dan mengangkat kaki klien lurus ke atas, sekitar lima

(3) Lutut fleksi/ekstensi

Dukung kaki bila perlu tumit dan belakang lutut, tekuk setinggi 90 derajat dan luruskan lutut.

(4) Jari kaki fleksi/ekstensi

Dukung telapak kaki klien, tekuk semua jari menurun dan dorong semua jari ke belakang

(5) Tumit inverse/eversi

Dukung kaki klien di tempat tidur dengan satu tangan, dan telapak kaki dengan tangan lainnya, putar kaki, putar kaki di atas kaki.

b. Latihan duduk

Latihan dimulai dengan mengangkat kepala secara bertahap ke posisi duduk dan terakhir ke posisi duduk. Latihan duduk aktif seringkali membutuhkan penyangga seperti tali kekang untuk menahan pasien (Harsono, dalam Purwanti, 2011). Duduk dilakukan dengan bantuan perawat yang memegang satu siku yang lumpuh di tempat tidur sementara tangan yang lain bergetar dengan tangan pasien yang sehat. Siku pasien harus tepat di bawah bahu, bukan skapula. Latihan ini diulangi sampai pasien merasakan gerakannya. Dukungan siku yang kuat meluas ke sendi bahu lateral, yang dapat menjadi bagian penting dari rehabilitasi korban stroke untuk mencapai pemulihan penuh (Kandel, dkk, dalam Purwanti, 2011).

### 3. Kepatuhan rehabilitasi

Kepatuhan adalah perubahan dari perilaku yang tidak mengikuti aturan menjadi perilaku yang mengikuti aturan (Green dalam Notoatmodjo, 2012).

Tingkat kesesuaian untuk aturan dan tindakan yang diusulkan. Kepatuhan dibagi menjadi dua bagian yaitu kepatuhan penuh (full compliance), di mana pasien diabetes menjalani tes glukosa darah serius, dan pasien non-compliant (non-compliant) dalam hal ini tidak melakukan rehabilitasi (Smet, 2014).

Menurut Carpenito (2009) bahwa Faktor yang mempengaruhi tingkat ketaatan dapat berdampak positif sehingga yang bersangkutan tidak mampu lagi memelihara ketaatan sampai menjadi kurang patuh dan tidak taat. Faktor-faktor yang mengarah pada kepatuhan meliputi::

#### a. Tingkat pendidikan.

Tingkat pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan selama diperoleh pelatihan aktif secara mandiri pada tahapan tertentu. Notoatmodjo (2012) mengatakan bahwa pendidikan tinggi, tingkat pengetahuan lebih tinggi. Pendidikan dalam hal ini mungkin tidak hanya bertumpu pada pendidikan formal tetapi juga pendidikan informal seperti lokakarya dan seminar, yang dapat berdampak pada tingkat pengetahuan dan wawasan masyarakat.

#### b. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari mengetahui dan terjadi setelah masyarakat memahami suatu objek tertentu. Persepsi terjadi melalui indera manusia yaitu melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap dan peraba (Notoatmodjo, 2012). Domain pengetahuan atau kognitif sangat penting untuk pembentukan tindakan (perilaku langsung). Pengalaman telah menunjukkan bahwa tindakan yang didirikan secara ilmiah membutuhkan waktu lebih lama daripada tindakan yang didasarkan pada ilmu pengetahuan (Notoatmodjo, 2012).

c. Sikap dan kepribadian.

Kepribadian di antara mereka yang setuju dan yang tidak berbeda. Siapapun yang tidak mematuhi orang yang depresi, takut, peduli pada kesehatan mereka, memiliki kekuatan dan ego yang lemah, yang telah hidup lebih sosial dan fokus pada diri mereka sendiri. Kekuatan ego terus dicirikan oleh kurangnya kendali atas lingkungan. Variabel demografis (seperti jarak antara rumah dan penyedia layanan kesehatan) juga digunakan untuk memprediksi pelanggaran (Sarafino, 2011).

d. Motivasi

Jumlah orang yang siap melakukan tindakan tertentu sebagai motivasi. Keinginan untuk mencapai kesehatan melalui cara preventif dan kuratif termasuk menemukan obat untuk suatu penyakit merupakan motivasi yang tinggi untuk dapat menyembuhkan suatu penyakit.

e. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dapat menjadi faktor yang berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan seseorang, dan dalam menentukan program pengobatan yang akan mereka terima. Keluarga juga memberikan dukungan dan membuat keputusan tentang merawat anggota keluarga yang sakit. Hold dipisahkan dari hubungan dengan orang lain, isolasi sosial bersifat tematik (Sarafino, 2011).

f. Tingkat ekonomi

Mengevaluasi perekonomian sebagai kemampuan keuangan untuk memenuhi semua kebutuhan hidup, tetapi ada sangat banyak orang yang pensiun dan tidak dapat bekerja, tetapi biasanya ada sumber daya keuangan yang dapat digunakan untuk mendanai semua program di Di sisi lain, tingkat ekonomi yang baik bukanlah ketidakpatuhan. Mengevaluasi perekonomian dari segi pendapatan keluarga per kapita versus tingkat upah minimum sebagai indikasi kehidupan yang layak di wilayah mereka. Pendapatan per kapita

keluarga (pendapatan per kapita) adalah pendapatan rata-rata sebuah keluarga selama periode waktu tertentu, biasanya satu tahun. Pendapatan per kapita juga dapat diartikan sebagai nilai rata-rata barang dan jasa yang tersedia untuk setiap anggota keluarga pada suatu waktu tertentu. Pendapatan per kapita dihasilkan dari total pendapatan anggota keluarga pada suatu waktu tertentu dari jumlah anggota keluarga pada periode tersebut. Ternyata pendapatan keluarga yang tinggi tidak menjamin pendapatan per kapita yang tinggi. Hal ini terjadi karena faktor jumlah anggota keluarga turut menentukan pendapatan perkapita (Budiono, 2010).

### C. Motivasi

#### 1. Pengertian motivasi

Motivasi adalah motivasi orang-orang yang menyebabkan orang-orang tersebut melakukan aktivitas tertentu yang dapat mencapai tujuan. Motivasi merupakan faktor yang memperkuat tindakan dan menentukan arah. Organisasi yang termotivasi akan menjalankan aktivitasnya dengan lebih aktif dan efisien daripada organisasi tanpa motivasi (Atkinson, 2013).

Motif atau motivasi berasal dari bahasa latin *moreve* yang berarti dorongan manusia untuk bertindak atau bertindak. Definisi motivasi terkait erat dengan kata kebutuhan atau keinginan. Kebutuhan adalah potensi dalam diri orang yang harus ditangani atau dijawab (Notoatmodjo, 2012).

Respon kebutuhan dari tindakan awal ini harus dipenuhi, dan hasil dari mereka yang merasa prihatin atau puas. Perbedaannya adalah bila kebutuhan tidak terpenuhi, pasti dapat muncul kembali hingga kebutuhan tersebut terpenuhi (Notoatmodjo, 2010).

Tindakan atau tindakan apa pun akan berperilaku seperti Anda. Mereka akan mulai dan terkait dengan motivasi atau motivasi perilaku. Motivasi memiliki 3 aspek, yaitu 1) keadaan yang didorong secara internal, yaitu kemauan untuk keluar dari kebutuhan, seperti fisik, karena kondisi lingkungan atau karena kondisi mental seperti pemikiran dan

ingatan, 2) perilaku yang muncul dan diarahkan karena kondisi tersebut, 3) maksud atau tujuan dari tindakan. Menurut Maslow, kebutuhan biologi, kebutuhan keamanan, kebutuhan cinta dan kepemilikan, kebutuhan penghargaan, kebutuhan pengetahuan, kebutuhan akan keindahan, kebutuhan kebebasan bertindak, atau aktualisasi diri harus dipenuhi agar manusia dapat berkembang dengan baik. bisa (Walgito, 2012). Dapat disimpulkan bahwa motivasi sebagai suatu proses yang merefleksikan semangat manusia atau pekerjaannya untuk memenuhi kebutuhan dasarnya masih belum lengkap atau telah mencapai tujuan tertentu yang bertindak sesuai dengan tujuan yang telah disepakati semula.

Secara umum motivasi bersifat siklis (melingkar) dimana motivasi tumbuh sehingga menimbulkan perilaku yang dikehendaki target, dan pada akhirnya setelah target tercapai, motivasi berhenti. Peran motif juga sangat penting dalam mendorong tingkah laku manusia ke depan, namun akan kembali ke keadaan semula ketika sesuatu dibutuhkan kembali. Dalam kasus pertama, pemicu atau keadaan muncul karena orang memiliki kebutuhan yang lebih sedikit, biasanya karena kebutuhan biologis atau fisiologis. Impuls juga dapat terjadi melalui pengaruh rangsangan eksternal (Walgito, 2012).

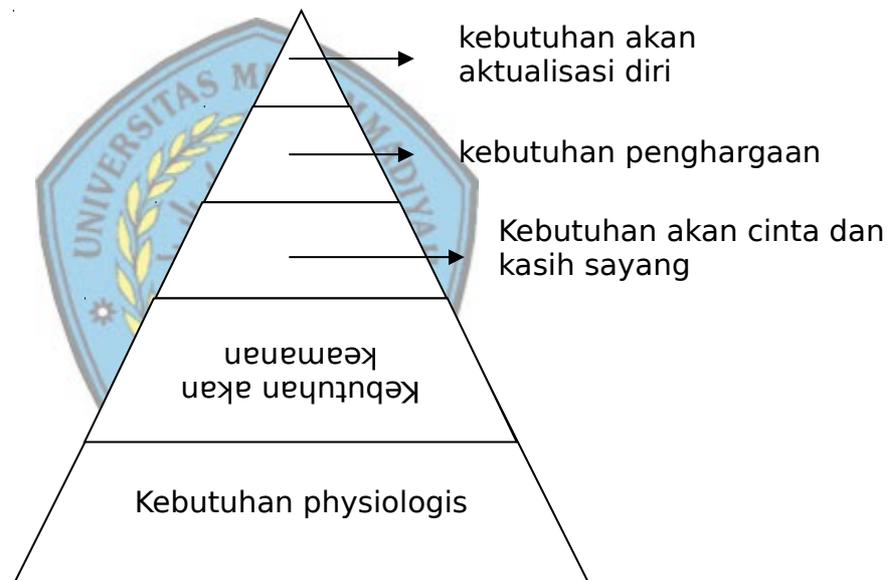
## 2. Teori Kebutuhan

Teori motivasi yang paling terkenal adalah hirarki kebutuhan yang diungkapkan Abraham Maslow. Teori Maslow (dalam Robins, 2011) mengungkapkan bahwa dalam diri manusia bersemayam lima jenjang kebutuhan yaitu :

- a. Fisiologis antara lain rasa lapar, haus, perlindungan (pakaian dan perumahan), seks dan kebutuhan jasmania lainnya.
- b. Keamanan, antara lain keselamatan dan perlindungan terhadap kerugian fisik dan emosional.
- c. Cinta dan kasih sayang, rasa memiliki, diterima baik dan persahabatan.

- d. Penghargaan mencakup faktor penghormatan dari luar seperti harga diri, otonomi dan prestasi, serta faktor penghormatan dari dalam seperti misalnya status, pengakuan dan perhatian.
- e. Aktualisasi diri merupakan dorongan untuk menjadi seseorang atau sesuatu sesuai ambisinya yang mencakup pertumbuhan, pencapaian potensi dan pemenuhan kebutuhan diri.

Kebutuhan paling intens di ujung piramida, karena tingkat Maslow menunjukkan bahwa di akhir hierarki terdapat kebutuhan psikologis atau persyaratan untuk hidup. Ini adalah kebutuhan makan, udara, tidur, dan lain-lain yang dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 1: Hierarki Kebutuhan Menurut Maslow (Walgito, 2012)

### 3. Perilaku dan motivasi

Perilaku biasanya bertujuan untuk mencapai tujuan, dengan kata lain perilaku pada umumnya dimotivasi oleh keinginan untuk mencapai tujuan. Unit utama perilaku adalah aktivitas, yang sebenarnya berfungsi sebagai sekumpulan aktivitas. Sebagai manusia, kita selalu melakukan hal-hal seperti berjalan, berbicara, tidur, bekerja, dan sebagainya. Mengapa

orang melakukan aktivitas atau menentukan aktivitas karena ada motif atau kebutuhan (Notoatmodjo, 2012).

#### 4. Lingkaran Motivasi

Secara umum motivasi mempunyai siklus (circle) dimana motivasi tumbuh, menimbulkan perilaku yang berfokus pada tujuan (goal) dan akhirnya berhenti setelah tujuan motivasi tercapai. Siklus ini akan kembali ke keadaan semula saat dibutuhkan lebih banyak

Tahap pertama dari siklus adalah terjadinya kondisi pemicu. Pemicu yang muncul dimungkinkan karena organisme merasa kurang dibutuhkan. Pemicu juga bisa terjadi dari rangsangan eksternal. Pemicu internal disebut faktor internal, dan pemicu eksternal disebut faktor eksternal. Motivasi ini sendiri dapat dihasilkan dari dua faktor ini (Walgito, 2012)

#### 5. Faktor Motivasi

Perilaku manusia terkait erat dengan pengaruh berbagai faktor, termasuk faktor intrinsik dan ekstrinsik. Dengan faktor-faktor tersebut, setiap orang memiliki perilaku yang berbeda-beda (Irwanto, dkk, 2013):

- a. Motivasi intrinsik adalah sumber dorongan dari individu yang terpengaruh. Faktor intrinsik tersebut antara lain ilmu, sikap, minat, dan sebagainya. Faktor lain yang terkait dengan motivasi intrinsik ini adalah usia, jenis kelamin, kepribadian, dan kecerdasan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa motivasi intrinsik lebih permanen dan lebih kuat.
- b. Motivasi ekstrinsik adalah motivasi yang berasal dari luar, seperti lingkungan, hadiah, pujian, pendidikan, pekerjaan, budaya, dan aspek sosial ekonomi. Motivasi ekstrinsik ini juga bisa sangat efektif karena minat tidak selalu bersifat intrinsik. Sumber motivasi ekstrinsik dapat menjadi pendorong yang kuat untuk meningkatkan minat dalam tindakan tertentu.

#### **D. Dukungan Keluarga**

Dukungan keluarga dapat memberikan motivasi tinggi dengan motivasi eksternal dan membuat pasien bersemangat untuk menjalani rehabilitasi stroke. Dukungan keluarga yang dapat diberikan dapat mencakup dukungan informasional, dukungan instrumental, dukungan emosional, dan dukungan penilaian. (Sarafino, 2011).

Dukungan informasi menunjukkan bahwa keluarga bertindak sebagai pengumpul dan penyebar informasi tentang dunia. Bercerita tentang saran, saran, dan informasi yang dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat mengurangi timbulnya stres karena informasi yang diberikan dapat memberikan nasehat khusus kepada individu (Sarafino, 2011). Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

Dukungan penilaian menunjukkan bahwa keluarga berperan sebagai pemandu respons, pemandu pemecahan masalah, dan fasilitator, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga, termasuk dukungan, penghargaan, dan perhatian (Sarafino, 2011). Dukungan ini dapat berupa perhatian dan pemberian semangat.

Dukungan instrumental menekankan bahwa keluarga merupakan sumber bantuan yang praktis dan konkret, antara lain: kesehatan pasien yang berkaitan dengan kebutuhan makan dan minum, istirahat, menghindari kelelahan dan bentuk dukungan finansial. (Sarafino, 2011). Dukungan ini berupa dukungan biaya, dukungan peralatan seperti mengantar dan sebagainya.

Dukungan emosional mendefinisikan keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk beristirahat dan bersantai serta membantu mengendalikan emosi. Aspek dukungan emosional antara lain dukungan berupa cinta, kepercayaan, pertimbangan, menyimak, dan mendengarkan (Sarafino, 2011). Dukungan ini dalam bentuk menunjukkan kasih sayang dan perhatian selama proses penyembuhan.