

LAPORAN PENELITIAN

GAMBARAN MOTIVASI KELUARGA
DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA
DENGAN STROKE
DI RS Dr CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA



✓
Tanggal : 09/07/2007
Kategori : Hadiah
Nomor : 1162/07
Kategori : lap. penelitian Dew No. 1

Dibuat untuk memenuhi tugas akhir mata ajar
Riset Keperawatan
Di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Oleh

Ari Pristiana Dewi

1303000066

Program Reguler 2003



FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2007

LEMBAR PENGESAHAN

Penelitian dengan Judul :

**Gambaran Motivasi Keluarga
Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Stroke
Di RS Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta**

Telah mendapatkan pengesahan untuk didesiminasikan

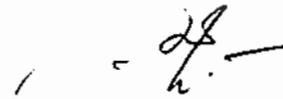
Jakarta, Mei 2007

Mengetahui,
Koordinator Mata Ajar



(Rr. Tutik Sri Haryati, SKp, MARS)
NIP. 132 233 208

Menyetujui,
Pembimbing Riset



(Yulia, MN)
NIP. 132 102 166

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirabbil'alamiin, segala puji bagi Allah Azza Wa Jalla yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan laporan penelitian yang berjudul **“Gambaran Motivasi Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Stroke Di Rumah Sakit Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta”**.

Penyusunan laporan penelitian ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Mata Ajar Riset Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Keberhasilan penelitian ini tidak luput dari bantuan, bimbingan dan dorongan semua pihak. Untuk itu pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Prof. Elly Nurachmah, DNSc selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Rr. Tutik Sri Haryati, SKp, MARS selaku koordinator Mata Ajar Riset Keperawatan yang telah banyak memberi motivasi hingga kami bisa menyelesaikan laporan riset ini.
3. Ibu Yulia, SKp, MN selaku pembimbing, yang sangat sabar dan baik hati memberikan arahan dalam setiap langkah penyusunan laporan penelitian ini.
4. Diperuntukkan bagi almarhum Bapak tercinta. Siang malam mencari nafkah demi Bunda dan anak-anaknya, agar semua dapat menjadi anak yang sukses. Segala pengorbanan telah Bapak lakukan, yang tak kan mampu ternilai dengan apapun.

Bunda tersayang, betapa ananda menyayangi Bunda. Kasih sayang dan doa restu dari Bunda selalu mengiringi setiap langkah ananda. Kakak-kakak semua atas kesediaannya memberikan banyak hal sehingga adik bungsu kalian ini bisa lulus Sarjana.

5. *My soulmate, coz Allah SWT...*
6. Kakak-kakak ekstensi sore 2004 diantaranya kak Linda, kak Adhen, mb Keke, dengan segala keikhlasannya membantu banyak hal.
7. Rekan-rekan Asrama Mahasiswi Lampung dan PERMALA, tempat sejuta cerita aku menggapai cita-citaku..
8. Rekan-rekan mahasiswa/i program reguler 2003 yang telah membantu dalam penyusunan laporan penelitian.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang turut membantu terselesaikannya laporan penelitian ini.

Tidak banyak yang dapat peneliti berikan pada kalian, hanya sebuah doa tulus yang mampu peneliti haturkan semoga Allah SWT memberikan nikmat dan rahmatNya untuk kita semua. Dengan keterbatasan yang ada, besar harapan peneliti agar penelitian ini dapat memberikan sumbangan yang bermanfaat khususnya bagi pengembangan profesi keperawatan.

Depok, Mei 2007

Peneliti

ABSTRAK

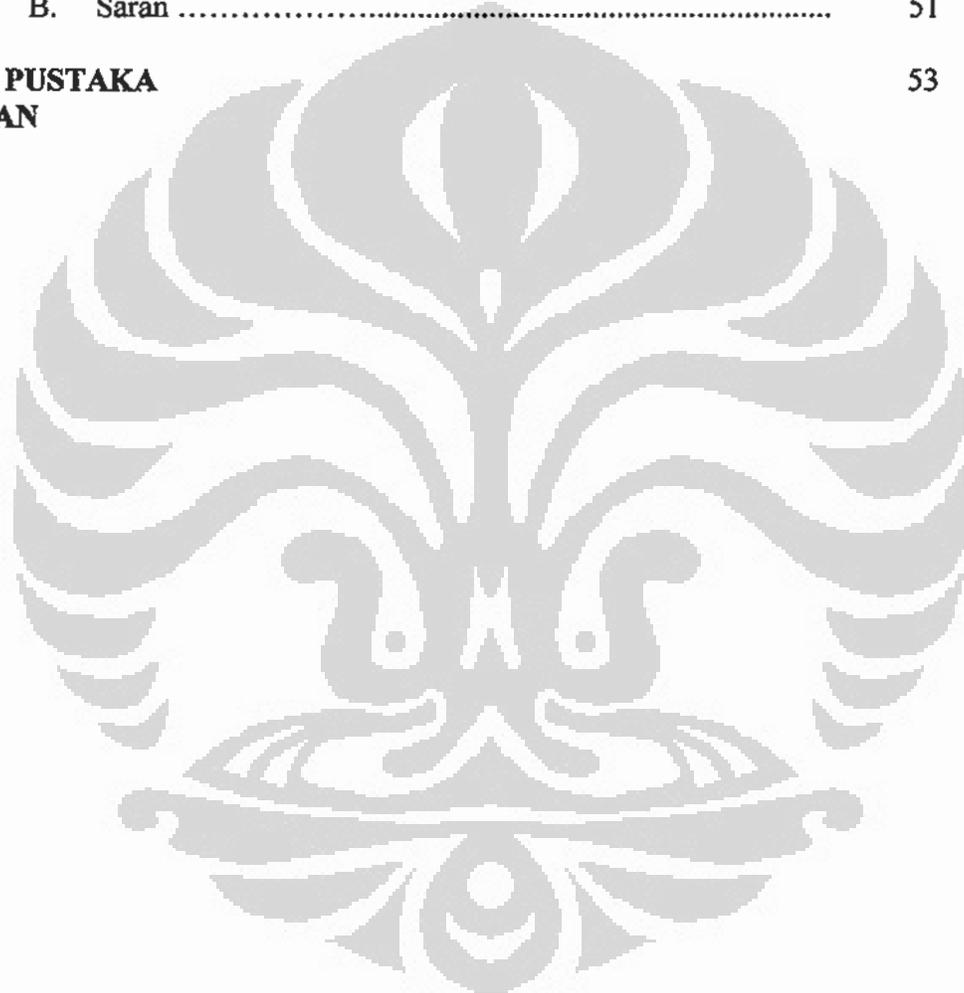
Serangan stroke di masyarakat sering dianggap bencana karena umumnya menimbulkan kegagalan fungsi lumpuh dan sulit berkomunikasi. Kurang lebih 50% penderita stroke yang masih hidup menjadi kegagalan fungsi, tidak dapat bekerja lagi, dan menjadi beban dari keluarga (Luckman & Sorensen, 1993 dalam Handiyani, Haryati, Sumarwati, 2003). Dengan daya ketergantungan yang tinggi untuk memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari, pasien stroke membutuhkan bantuan dan dukungan dari keluarga. Keluarga yang mampu menyelesaikan lima tugas kesehatan keluarga akan memberikan dampak yang signifikan terhadap optimalisasi status kesehatannya. Dalam hal melakukan perawatan terhadap anggota keluarga dengan stroke perlu didukung dengan internalisasi motivasi. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui gambaran motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke di IRNA B di RS Dr Cipto Mangunkuso Jakarta. Responden pada penelitian ini berjumlah 32 orang. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif sederhana. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner untuk mengetahui data demografi responden dan motivasi keluarga. Analisa data yang digunakan adalah analisa univariat dalam bentuk persentase. Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 16 responden (50%) memiliki motivasi tinggi dan sebanyak 16 responden (50%) memiliki motivasi rendah. Berdasarkan hasil penelitian ini, maka hendaknya dapat dilakukan penelitian lebih lanjut perbandingan motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke pada beberapa Rumah Sakit di Jakarta.

Kata kunci: stroke, keluarga, motivasi.

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR SKEMA	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Masalah Penelitian.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II STUDI KEPUSTAKAAN	
A. Teori dan Konsep.....	6
B. Penelitian Terkait	27
BAB III KERANGKA KERJA PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep	29
B. Definisi Operasional.....	30
C. Istilah terkait.....	33
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	34
B. Populasi dan Sampel.....	34
C. Tempat Penelitian	35
D. Etika Penelitian	35
E. Alat Pengumpul Data	36
F. Prosedur Pengumpulan Data.....	37
G. Pengolahan dan Analisa Data	38
H. Jadwal Penelitian	40
I. Sarana Penelitian	40
BAB V HASIL PENELITIAN	

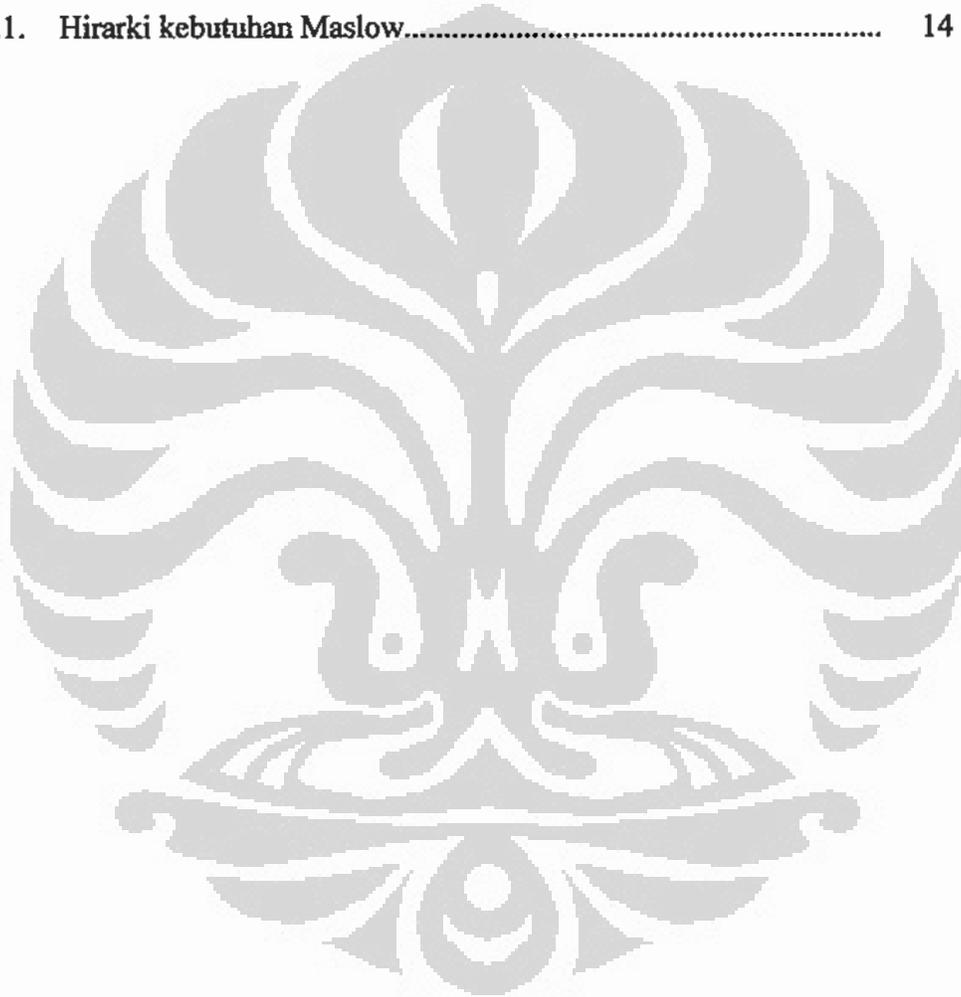
	A. Data Demografi.....	41
	B. Tingkat Motivasi.....	43
BAB VI	PEMBAHASAN	
	A. Pembahasan Hasil Penelitian.....	46
	B. Keterbatasan Penelitian.....	49
BAB VII	KESIMPULAN DAN SARAN	
	A. Kesimpulan.....	51
	B. Saran	51
DAFTAR PUSTAKA		53
LAMPIRAN		



DAFTAR GAMBAR

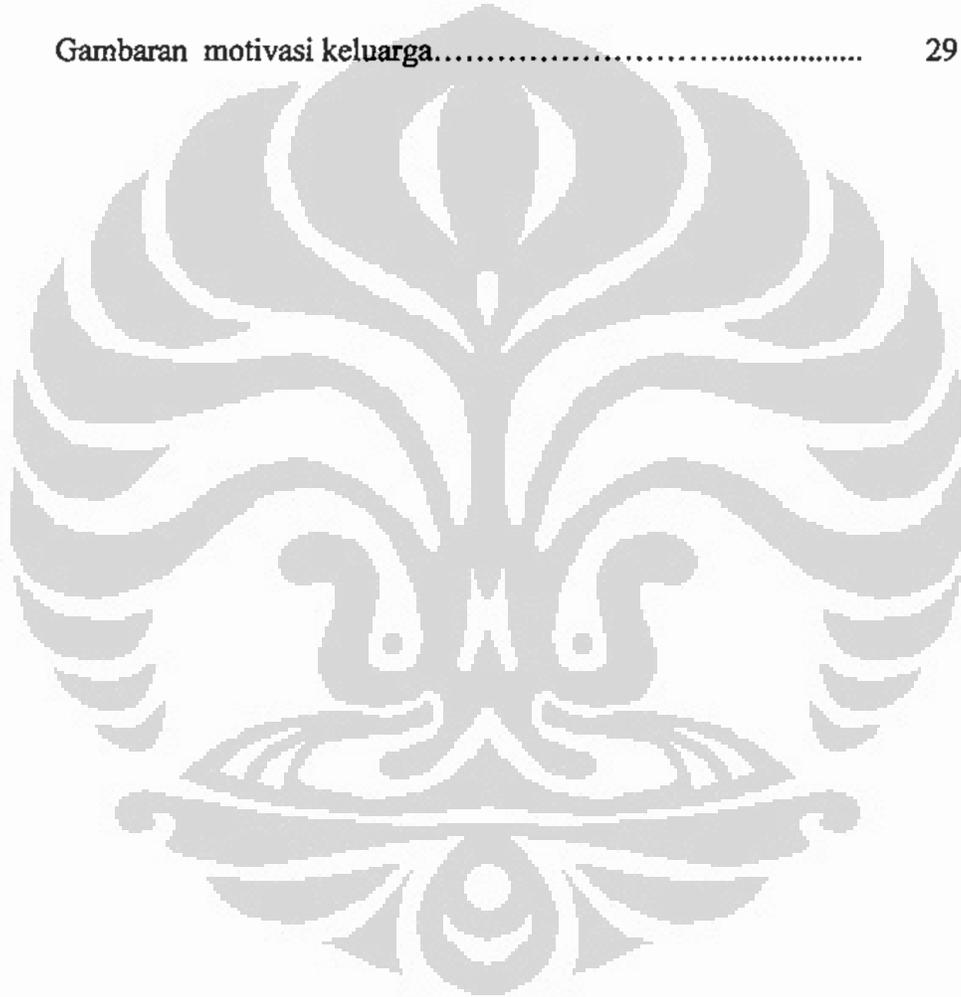
Halaman

Gambar 2.1. Hirarki kebutuhan Maslow.....	14
-------------------------------------------	----



DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1. Lingkaran motivasi.....	13
Skema 3.1 Gambaran motivasi keluarga.....	29



DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 5.1 Distribusi karakteristik keluarga yang merawat anggota keluarga dengan stroke pada Mei 2007.....	41
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi tingkat motivasi keluarga	43
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi tingkat motivasi keluarga berdasarkan karakteristik responden	43
Tabel 5.4 Distribusi frekuensi tingkat motivasi keluarga berdasarkan hirarki kebutuhan Maslow	45

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 3 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4 : Surat Izin Penelitian dari FIK UI
- Lampiran 5 : Surat Izin Penelitian dari RS Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan satu masalah kesehatan yang besar dalam kehidupan modern saat ini. Stroke adalah peringkat ketiga penyebab kematian, dengan laju mortalitas 18% sampai 37% untuk stroke pertama dan 62% untuk stroke selanjutnya. Stroke dapat terjadi pada setiap usia, namun angka kejadian meningkat dengan bertambahnya usia. Puncak kasus stroke ada pada usia 35-60 tahun dan kasus pada laki-laki lebih banyak daripada wanita. Insiden stroke sebesar 200 per 100.000 penduduk (Lumbantobing, 1998). Terdapat sekitar 2 juta orang bertahan hidup dari stroke yang mempunyai kecacatan, dan dari angka tersebut 40% memerlukan bantuan dalam melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari.

Di Amerika Serikat setiap tahunnya terdapat sekitar 200.000 kasus kematian yang disebabkan stroke. Sekitar setengah juta orang di Amerika mengalami gangguan pembuluh darah setiap tahunnya. Diperkirakan sekitar 2 juta orang di Amerika Serikat menderita gangguan neurologis akibat stroke. Sedangkan endemisitas stroke di Indonesia, diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena serangan stroke, sekitar 25 % atau 125.000 orang meninggal, dan sisanya cacat ringan maupun berat. Insiden stroke pada daerah perkotaan (urban) di

Indonesia diperkirakan 5 kali lebih besar daripada insiden di daerah pedesaan (rural) (Medical Research Unit. FK Unpad, 1994 yang dikutip dari Ahmad, 2000).

Keluarga merupakan sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, social dari tiap anggota (Duvall & Logan, 1986 dikutip oleh Friedman, 1998). Adanya suatu penyakit yang serius dan kronis pada diri seorang anggota keluarga biasanya memiliki pengaruh yang mendalam pada sistim keluarga, khususnya pada struktur peran dan pelaksanaan fungsi-fungsi keluarga (Friedman, 1998). Ada semacam hubungan yang kuat antara keluarga dan status kesehatan anggotanya, bahwa peran keluarga sangat penting bagi setiap aspek perawatan, kesehatan anggota keluarga secara individu merupakan hal penting dalam membantu setiap anggota keluarga untuk mencapai suatu keadaan sehat (*wellnes*) hingga tingkat optimum (Friedman, 1998). Keluarga memerlukan *high motivation* dalam meningkatkan status kesehatan dan pemenuhan kebutuhan dasar secara optimal bagi anggota keluarganya.

Motivasi adalah dorongan yang timbul pada diri seseorang untuk melakukan sesuatu (Purwanto, 2001 dalam Nursalam, 2002). Di dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (1999) motivasi adalah usaha-usaha yang dapat menyebabkan seseorang tahu kelompok orang tertentu tergerak melakukan sesuatu karena ingin mencapai tujuan yang ingin dikehendaknya.

Swanburg (1990) dikutip dari Handoko, M (1995) mengatakan bahwa motivasi adalah suatu konsep yang disepakati untuk menguraikan keadaan ekstrinsik yang menstimulasi perilaku tertentu dan respon intrinsik yang ditampilkan sebagai

perilaku. Faktor intrinsik dari dalam diri sendiri dimana hal tersebut dirasakan ada manfaatnya, sedangkan faktor ekstrinsik prosesnya adalah merangsang dari luar kemudian rangsang tersebut menggerakkan individu untuk melakukan sesuatu. Faktor eksternal yang mempengaruhi seseorang untuk melakukan tindakan adalah pengetahuan, emosi, fisik, dan stimulasi lingkungan (Handoko, 1997).

Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa manusia bertindak oleh karena adanya keinginan yang muncul dari dalam dirinya atau karena melihat dan mendengar apa yang dikatakan orang lain. Dengan adanya keinginan yang muncul dari dalam diri dan melihat apa yang dikatakan orang lain, keluarga akan termotivasi untuk merawat anggota keluarganya dengan penyakit serius dan mengancam kehidupan seperti stroke mengharuskan keluarga beradaptasi dan mengambil langkah yang adaptif.

Serangan stroke di masyarakat sering dianggap bencana karena umumnya menimbulkan kegagalan fungsi lumpuh dan sulit berkomunikasi. Kurang lebih 50% penderita stroke yang masih hidup menjadi kegagalan fungsi, tidak dapat bekerja lagi, dan menjadi beban dari keluarga (Luckman & Sorensen, 1993 dalam Handiyani, Haryati, Sumarwati, 2003). Dengan daya ketergantungan yang tinggi untuk memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari, pasien stroke membutuhkan bantuan dan dukungan dari keluarga. Keluarga yang mampu menyelesaikan lima tugas kesehatan keluarga akan memberikan dampak yang signifikan terhadap optimalisasi status kesehatannya. Dalam hal melakukan perawatan terhadap anggota keluarga dengan stroke perlu didukung dengan internalisasi sebuah motivasi. Kenyataannya pemahaman masyarakat pada umumnya bahwa stroke adalah sebuah bencana dan

setiap individu yang mengalami stroke akan mengalami kelumpuhan. Keluarga akan membiarkan pasien stroke *bedrest* sesuai dengan kondisinya. Keadaan ini justru akan menurunkan optimalisasi status kesehatan pasien stroke.

Dengan adanya fenomena-fenomena tersebut peneliti ingin mengetahui gambaran motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke, sehingga peneliti mengangkat judul penelitian “Gambaran Motivasi Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Stroke Di RSUP Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta”.

B. Masalah Penelitian

Bagaimana motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum :

Mengetahui motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo.

Tujuan Khusus :

1. Mengidentifikasi motivator tertinggi berdasarkan kategori hierarki Maslow dari keluarga klien dalam merawat anggota keluarga.
2. Melihat persentase dari setiap motivator menurut hierarki kebutuhan Maslow.

D. Manfaat Penelitian

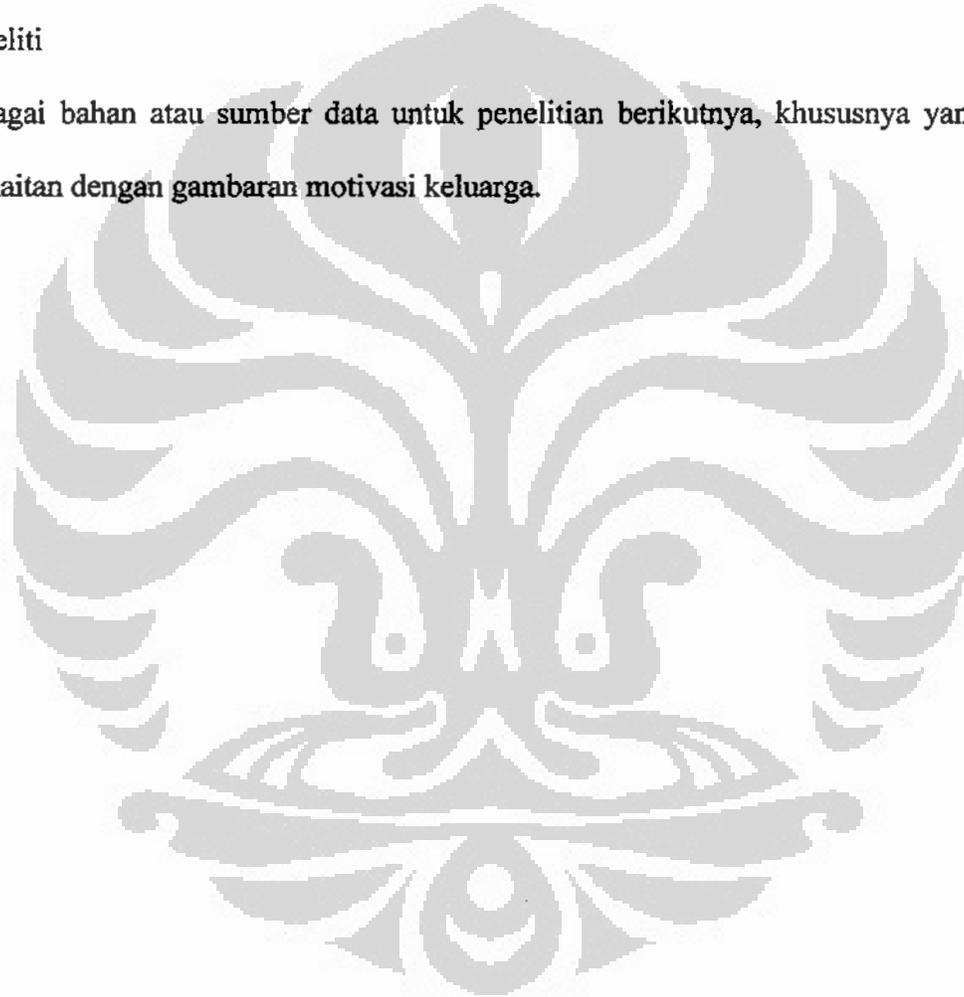
Hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi :

1. Profesi Keperawatan

Sebagai dasar dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga klien, sehingga motivasi keluarga dapat ditingkatkan.

2. Peneliti

Sebagai bahan atau sumber data untuk penelitian berikutnya, khususnya yang berkaitan dengan gambaran motivasi keluarga.



BAB II

STUDI KEPUSTAKAAN

Studi kepustakaan akan memberikan penjelasan tentang kepustakaan yang terkait dengan teori dan konsep, yang berguna untuk memberikan penjelasan lebih lanjut terhadap penelitian ini. Adapun teori dan konsep yang akan diuraikan dalam bab ini meliputi stroke, motivasi, dan keluarga.

A. Teori dan Konsep Terkait

1. Stroke

Stroke adalah disfungsi neurologi akut yang disebabkan gangguan aliran darah otak secara mendadak dengan tanda dan gejala sesuai daerah fokal otak yang terganggu. WHO (1982) yang dikutip dari Ahmad (2000) menyatakan bahwa stroke adalah suatu sindrom klinis dengan gejala berupa gangguan fungsi otak secara lokal atau global, yang dapat menimbulkan kematian atau kelainan yang menetap lebih dari 24 jam, tanpa penyebab lain kecuali gangguan vaskuler.

Stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian yaitu :

a). Trombosis serebral

Trombosis serebral adalah adanya bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher. Penyebab utama trombosis serebral adalah arteriosklerosis serebral dan pelambatan sirkulasi serebral. Tanda dan gejala yang muncul adalah sakit kepala, pusing, perubahan kognitif, atau kejang.

b). Embolisme serebral

Embolisme serebral adalah bekuan darah atau material lain yang di bawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Hal ini dapat menyumbat arteri serebral tengah yang dapat merusak sirkulasi serebral. Karakteristik dari embolisme serebral adalah adanya tanda dan gejala hemiparesis dan hemiplegia dengan atau tanpa afasia atau kehilangan kesadaran pada pasien dengan penyakit jantung atau pulmonal.

c). Iskemik

Iskemik adalah penurunan aliran pembuluh darah ke area otak yang disebabkan kontriksi aterosklerosis pada arteri yang menyuplai darah ke otak.

d). Hemoragi serebral

Hemoragi serebral merupakan pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Hal ini dapat terjadi di ekstradural, subdural, subaraknoid, atau intraserebral. Kejadian paling umum adalah hemoragi di bagian intraserebral karena perubahan degeneratif karena penyakit yang menyebabkan ruptur pembuluh darah. Stroke sering terjadi pada kelompok usia 40-70 tahun. Pada orang yang lebih muda dari 40 tahun, hemoragi intraserebral disebabkan oleh malformasi arteri-vena, hemangioblastoma dan trauma.

Stroke dapat digolongkan menjadi tiga jenis yaitu :

a). Serangan stroke sepintas (TIA)

Merupakan gangguan neurologis fokal yang timbul mendadak dan menghilang dalam beberapa menit sampai beberapa jam.

b). Progresif (stroke yang sedang berkembang)

Merupakan perjalanan stroke berlangsung perlahan meskipun akut.

c). Stroke lengkap

Gangguan neurologis maksimal sejak awal serangan dengan sedikit perbaikan

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi, ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral. Sebagian besar kasus terjadi secara mendadak, sangat cepat dan menyebabkan kerusakan otak dalam beberapa menit (*completed stroke*). Stroke akan bertambah buruk dalam beberapa jam sampai 1-2 hari akibat bertambah luasnya jaringan otak yang mati (*stroke in evolution*). Manifestasi klinis dari stroke adalah :

a). Kehilangan motorik

Stroke adalah penyakit motorik neuron atas yang mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Gangguan kontrol motorik volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motorik pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi paling umum adalah

- 1). Hemiplegia yaitu paralisis wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan).
- 2). Hemiparesis adalah kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan).
- 3). Ataksia adalah berjalan tidak mantap, tegak dan tidak mampu menyatukan kaki sehingga perlu dasar berdiri yang luas.
- 4). Disartria adalah kesulitan dalam membentuk kata

5). Disfagia adalah kesulitan dalam menelan

b). Defisit lapang pandang, yang meliputi :

- 1). Homonimus hemianopsia (kehilangan setengah lapang pandang) yang tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan penglihatan, mengabaikan salah satu sisi tubuh dan kesulitan menilai jarak.
- 2). Kehilangan penglihatan perifer yaitu kesulitan melihat pada malam hari dan tidak menyadari objek.
- 3). Diplopia yaitu penglihatan ganda.

c). Defisit sensori

Parestesia adalah rasa kebas dan kesemutan pada bagian tubuh dan kesulitan proprioepsi.

d). Defisit verbal

- 1). Afasia ekspresif adalah tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami, mungkin mampu bicara dalam respons kata tunggal.
- 2). Afasia reseptif adalah keadaan yang tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tetapi tidak masuk akal.
- 3). Afasia global merupakan kombinasi dari afasia ekspresif dan afasia reseptif

e). Defisit kognitif, yang meliputi :

- 1). Kehilangan memori jangka pendek dan jangka panjang
- 2). Penurunan lapang perhatian
- 3). Kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi
- 4). Perubahan penilaian

f). Defisit emosional

- 1). Kehilangan kontrol diri
- 2). Labilitas emosional
- 3). Penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres
- 4). Depresi
- 5). Menarik diri
- 6). Rasa takut, bermusuhan dan marah
- 7). Perasaan isolasi

Beberapa faktor resiko pada stroke adalah hipertensi; penyakit kardiovaskuler seperti penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongestif, hipertrofi ventrikel kiri, dan penyakit jantung kongestif; kolesterol tinggi; obesitas; diabetes; kontrasepsi oral; merokok dan konsumsi alkohol.

Tindakan pencegahan lain yang dapat dilakukan adalah :

- a). Pembatasan makan garam : dimulai dari masa muda, membiasakan makan dengan rendah garam.
- b). Perawatan yang intensif untuk mempertahankan tekanan darah selama tindakan pembedahan. Cegah jangan sampai penderita diberi obat penenang berlebihan dan istirahat di tempat tidur terlalu lama.
- c). Peningkatan kegiatan fisik : jalan setiap hari sebagai bagian dari program kebugaran.
- d). Penurunan berat badan bila kegemukan.
- e). Berhenti merokok dan alkohol.
- f). Penghentian pemakaian kontrasepsi oral pada wanita yang merokok, karena resiko timbulnya penyakit serebrovaskuler pada wanita yang merokok dan menelan

kontrasepsi oral meningkat sampai 16x dibandingkan dengan wanita yang tidak merokok dan tidak mengonsumsi kontrasepsi oral.

Penanganan stroke akut yang ideal adalah penatalaksanaan paripurna yang merupakan usaha dengan sisi ganda atau *multifaceted* (Adams, Vienna 2000 yang dikutip dalam Ahmad, 2000) :

- a). Usaha mengatasi keadaan iskemia. Terutama untuk stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah. Penatalaksanaan yang sudah terbukti bermanfaat adalah dengan pemberian obat trombolisis dalam waktu < 3 jam onset.
- b). Usaha prevensi dan kontrol terhadap komplikasi. Usaha ini merupakan upaya suportif untuk membantu pemulihan optimal. Cara yang dilaksanakan dan sudah terbukti bermanfaat adalah dengan merawat penderita dengan kerjasama multidisiplin terpadu antara dokter, perawat, para terapis dan ahli gizi. Kerjasama ini dilaksanakan secara intensif di Unit Stroke. Usaha ini terbukti dapat menurunkan angka kematian penderita stroke sampai 28% dan secara bermakna dapat menurunkan derajat kecacadan akibat stroke (Langhorne, 1996).
- c). Rehabilitasi. Pemerintah mengadakan fasilitas untuk membantu upaya rehabilitasi antara lain dengan mendirikan Rumah Sakit rehabilitasi khusus stroke, pusat-pusat rehabilitasi yang terjangkau, rumah-rumah dan panti jompo dan fasilitas untuk perawatan dirumah seperti "*meals on wheels*" dll.
- d). Usaha prevensi terhadap stroke ulang. Usaha ini lebih ditujukan pada perubahan dalam gaya hidup serta usaha yang lebih terarah apabila faktor risiko dan faktor penyebab stroke dapat ditemukan.

Dalam penerapan penatalaksanaan stroke akut yang ideal, terdapat beberapa kendala. Kendala yang terpenting adalah belum adanya kesadaran keluarga dan atau masyarakat untuk memperlakukan stroke sebagai keadaan yang harus ditangani segera, sama seperti serangan jantung. Stroke yang tidak segera ditangani akan memberikan dampak besar terhadap perubahan fungsi normal individu sehingga individu tersebut memiliki kecacatan dan ketidakmampuan melaksanakan ADL sehari-hari. Akibatnya pasien stroke cenderung mempunyai daya ketergantungan tinggi terhadap keluarganya.

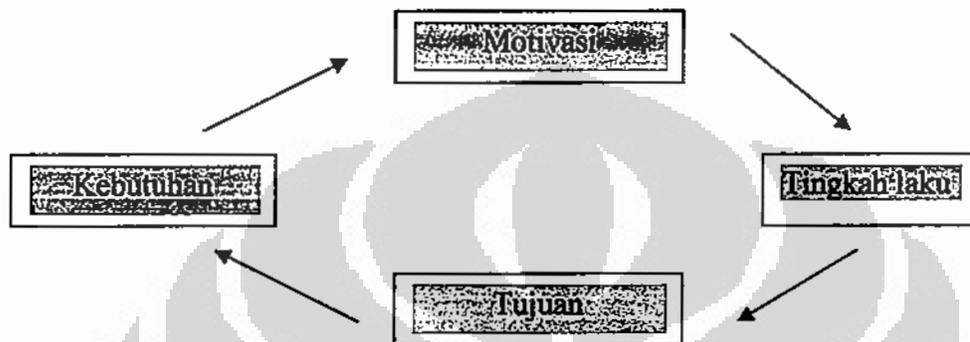
2. Motivasi

Istilah motivasi berasal dari kata latin *movere*, yang artinya gerak (*to move*). Motivasi merupakan factor yang mendorong seseorang untuk melakukan perbuatan atau kegiatan tertentu (Gitosudarmo & Mulyono, 1997). Motivasi merupakan hasil dari sejumlah proses yang bersifat internal atau eksternal bagi seorang individu yang menyebabkan timbulnya sikap antusiasme dan persistensi dalam hal melaksanakan kegiatan-kegiatan tertentu (Gray, dkk. 1984, dalam Winardi J, 2004).

Menurut Singgih, D (1996) motivasi adalah aspek yang mempengaruhi tingkah laku yang mengarah pada suatu tujuan, disamping itu terlihat pula adanya hal yang mendorong seseorang untuk bertingkah laku mencapai keseimbangan dan dorongan ini timbul karena adanya kebutuhan.

Standford dikutip dari Nursalam (2002), menambahkan ada tiga poin utama dalam pengertian motivasi adalah hubungan antara kebutuhan, dorongan dan tujuan. Kebutuhan muncul karena adanya sesuatu yang kurang dirasakan oleh seseorang baik secara fisiologis maupun psikologis. Dorongan merupakan tenaga dalam diri manusia yang mengarahkan tingkah laku untuk berbuat memenuhi kebutuhan tersebut,

sedangkan tujuan adalah hasil akhir yang diharapkan dari satu siklus motivasi. Hubungan dari ketiga hal tersebut sesuai dengan lingkaran motivasi (*motivation cycle*) dari Singgh (1996).



Skema 2.1. Lingkaran motivasi

Menanggapi hal diatas, Subardi (2001) menyatakan motivasi berupa kebutuhan yang mendorong perbuatan ke arah tujuan tertentu. Sedangkan Sudarmo dan Mulyono (1997) lebih mengartikan sebagai faktor pendorong perilaku.

Ada beberapa teori motivasi yang dapat mendasari adalah sebagai berikut :

1). Teori Hierarki Kebutuhan (*Need Hierarchy Theory*)

Teori ini dikemukakan oleh Abraham Maslow yang dinyatakan dalam sejumlah proporsi penting tentang perilaku manusia sebagai berikut :

a). Manusia merupakan makhluk yang serba berkeinginan (*man is a wanting being*).

Ia senantiasa menginginkan lebih banyak, tetapi apa yang diinginkannya tergantung dari apa yang sudah dimiliki.

b). Sebuah kebutuhan yang terpenuhi bukanlah suatu motivator perilaku, hanya kebutuhan-kebutuhan yang belum terpenuhi yang memotivasi perilaku.

- c). Kebutuhan manusia diatur dalam suatu seri tingkatan (hirarki) menurut pentingnya masing-masing kebutuhan dan sangat dipengaruhi oleh apa yang telah dimilikinya.
- d). Kebutuhan yang belum terpenuhi akan menduduki hirarki yang tinggi, sedangkan kebutuhan yang sudah terpenuhi akan menduduki hirarki yang rendah.

Hirarki kebutuhan A. Maslow dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1. Hirarki Maslow tentang kebutuhan

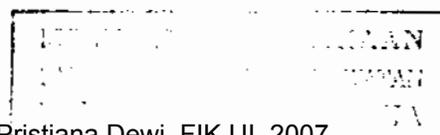
(1) Kebutuhan Fisiologi

Kebutuhan faal merupakan kebutuhan tingkat pertama, terendah atau dasar dari kebutuhan hierarki Maslow berupa oksigen, makanan, minuman, eliminasi, istirahat, aktivitas, pengaturan suhu, pakaian, berkeluarga, tempat tinggal, dan bebas dari rasa sakit. Kebutuhan tersebut memiliki karakteristik (Winardi, 2001) sebagai berikut:

- (a) Relatif independen satu sama lainnya.
 - (b) Dalam banyak kasus, dapat diidentifikasi dengan sebuah lokasi khusus di dalam tubuh (misal perasaan lapar luar biasa dapat dikaitkan dengan perut).
 - (c) Pada kultur berkecukupan (*an affluent culture*), kebutuhan-kebutuhan tersebut bukan motivator-motivator tipikal, melainkan motivator yang tidak biasa.
 - (d) Dapat dikaitkan, harus dipenuhi secara berulang-ulang dalam periode waktu relatif singkat, agar tetap terpenuhi.
- (2) Kebutuhan Keamanan dan Keselamatan

Gibson, Ivancevich, Donnelly (1996) menjelaskan kebutuhan keamanan sebagai kebutuhan akan kebebasan seperti rasa aman dari ancaman kejadian atau lingkungan.

Ilyas (2002) berpendapat lain bahwa kebutuhan rasa aman adalah kebutuhan terlindung dari bahaya, ancaman, dan perkosaan hak. Selain penjelasan tersebut, Winardi (2001) mengatakan kebutuhan ini merupakan kebutuhan dengan tingkatan lebih tinggi dari kebutuhan fisiologi yang mendominasi perilaku manusia. Winardi lebih lanjut menggambarkan rasa aman ini ke dalam wujud keinginan akan proteksi terhadap bahaya fisik (bahaya kebakaran, serangan kriminal), keinginan mendapatkan kepastian ekonomi, mendekati hal-hal yang dikenal,



menjauhi hal-hal yang tidak dikenal, mendambakan dunia yang teratur, serta dapat diprediksikan.

(3) **Kebutuhan Rasa Memiliki, Sosial, dan Cinta**

Merupakan kebutuhan tingkat ketiga setelah terpenuhi kebutuhan fisiologi dan rasa aman yang dapat menjadi motivator penting bagi perilaku, dimana seseorang dalam kebutuhan ini ingin digolongkan pada kelompok-kelompok tertentu, ingin berasosiasi dengan pihak lain, ingin diterima oleh rekan-rekannya, ingin berbagi, ingin menerima sikap berkawan, dan afeksi (Winardi, 2001).

Sementara Ilyas (2002) mengemukakan bahwa cinta, kasih, penerimaan, dan berserikat dimasukkan dalam kebutuhan tersebut. Pendapat lain berupa kebutuhan akan teman afiliasi, interaksi, dan cinta (Gibson, Ivancevich, Donnelly, 1996).

(4) **Kebutuhan akan Penghargaan/Harga Diri**

Kebutuhan penghargaan adalah otonomi, keberhasilan, berkembang, penghargaan, pujian, dan merasa berharga. Kebutuhan ini bagi keluarga dengan anggota keluarga mengalami stroke adalah mendapatkan penghargaan dan pengakuan sebagai anggota keluarga.

Gibson, Ivancevich, Donnelly (1996) menguraikan akan kebutuhan penghargaan diri dan penghargaan dari orang lain. Sedangkan Winardi (2001) menyatakan kebutuhan dengan tingkatan lebih tinggi dari sosial atau merupakan tingkatan berikutnya dengan terlihat adanya kebutuhan akan penghargaan seperti reputasi; kebutuhan egoistik untuk

penghargaan diri mencakup kepercayaan diri, prestasi, kompetensi, pengetahuan, penghargaan diri, dan kebebasan serta independensi (ketidaktergantungan); kebutuhan lain yaitu penghargaan dari pihak lain antara lain kebutuhan akan status, pengakuan, apresiasi terhadap dirinya, dan respek yang diberikan oleh pihak lain.

(5) Kebutuhan Merealisasikan Diri/Aktualisasi Diri/Perwujudan Diri

Kebutuhan untuk memenuhi diri sendiri dengan memaksimalkan penggunaan kemampuan, keahlian, dan potensi (Gibson, Ivancevich, Donnelly, 1996).

Winardi (2001) menjelaskan kebutuhan yang memiliki puncak hierarki tertinggi berupa kebutuhan seseorang untuk merealisasikan potensi yang ada pada diri, untuk mencapai pengembangan diri secara berkelanjutan, untuk menjadi kreatif dalam arti seluas-luasnya.

Ilyas (2002) menambahkan kebutuhan aktualisasi diri adalah kemerdekaan kebebasan, kreativitas, dan memenuhi kebutuhan sendiri, kebutuhan personel rumah sakit ditampilkan dalam bentuk keinginan pengembangan karir, adanya kesempatan untuk menampilkan produktivitas dan kualitas diri yang tinggi dan adanya kesempatan untuk mengembangkan dan mewujudkan kreativitas.

Berdasarkan teori kebutuhan Maslow, perawatan kesehatan merupakan kebutuhan dasar (fisiologis) yang harus dipenuhi terlebih dahulu sebelum kebutuhan-kebutuhan lain. Dengan demikian diharapkan teori kebutuhan Maslow

dapat meningkatkan motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke.

2). Teori yang dipelajari

Menurut teori ini perilaku manusia berdasarkan pola tingkah laku yang dipelajari dan kebudayaan di tempat hidup. Teori ini dapat digunakan oleh keluarga untuk merawat anggota keluarga dengan stroke berdasar apa yang dipelajari dari lingkungan tempat tinggalnya, bahwa keluarga mempunyai fungsi afektif bagi anggota keluarganya.

3). Teori Penguatan

Nursalam (2002) menyatakan bahwa yang dikaitkan dengan ahli psikologi B. F. Skinner dengan teman-temannya menunjukkan bagaimana konsekwensi tingkah laku masa lampau yang mempengaruhi tindakan pada masa depan dalam proses belajar. Siklus proses ini dapat dinyatakan sebagai berikut:

Rangsangan → Respon → Konsekwensi → Respon masa depan

Seseorang termotivasi kalau dia memberikan respon pada rangsangan dalam pola tingkah laku konsisten sepanjang waktu. Perilaku seseorang di masa mendatang dibentuk oleh akibat dari perilakunya yang sekarang. Berhubungan dengan keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami stroke merupakan suatu rangsangan atau stimulus untuk memberikan respon perawatan sehingga akan status kesehatannya lebih optimal.

4). Teori ERG (*Existence, Relatedness & Growth*)

Dalam teori ini, *existence* seseorang merupakan kebutuhan yang sangat mendasar. Kebutuha *relatedness* tercermin pada sifat manusia sebagai insan social.

Growth merupakan kebutuhan yang pada dasarnya tercermin pada keinginan seseorang untuk tumbuh dan berkembang. Teori ini dapat digunakan oleh keluarga untuk merawat anggota keluarga dengan stroke sehingga klien mampu mengoptimalkan kesehatannya.

Dari uraian diatas dapat dikatakan bahwa motivasi merupakan pendorong bagi seseorang untuk melakukan suatu tindakan agar mendapat hasil yang diinginkan dari kegiatan tersebut.

Prijaksono dan Sembel (2002) menggolongkan motivasi menjadi tiga tingkatan, yaitu:

(1) *Fear Motivation*

Motivasi ini muncul ke permukaan karena faktor ketakutan akan kejadian hal buruk apabila suatu perbuatan tidak segera dilakukan, contoh keluarga segera datang ke pelayanan kesehatan jika ada anggota keluarga sakit karena takut meninggal.

(2). *Achievement Motivation*

Tingkatan motivasi ini jauh lebih baik karena seseorang melakukan sesuatu untuk mencapai tujuan yang sudah ada di dalam dirinya. *Achievement Motivation* dalam keluarga yang merawat anggota keluarga yang mengalami stroke akan mengoptimalkan status kesehatannya dengan melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga dengan tepat.

(3). *Inner Motivation*

Motivasi atas dorongan kekuatan dari dalam. Kekuatan tersebut berupa misi atau tujuan hidup dengan berdasarkan nilai (*values*) yang diyakini. Nilai

itu bisa terbentuk rasa kasih (*love*) terhadap sesama atau keinginan memiliki makna hidup. Biasanya, keluarga dengan motivasi ini memiliki visi panjang bahwa sakitnya anggota keluarga tidak sekedar dibawa ke pengobatan saja, tetapi juga dirawat dengan rasa kasih sayang.

Sementara Stoner dan Freeman (1995, dalam Nursalam, 2002) membentuk motivasi menjadi:

- a. Motivasi intrinsik, yaitu motivasi yang berasal dari dalam diri seseorang.
- b. Motivasi ekstrinsik, yaitu motivasi yang berasal dari luar diri seseorang.

Menanggapi hal diatas, Handoko, MK (1992) mengemukakan bahwa yang termasuk faktor intrinsik adalah umur, pendidikan, dan pengetahuan sedangkan yang termasuk faktor ekstrinsik adalah ekonomi, sosial budaya, dan dorongan keluarga.

a). Umur

Menurut teori dewasa dan tidak dewasa Chris Argyris yaitu ada perubahan di dalam kepribadian manusia bahwa semakin dewasa seseorang terlihat dari perilaku dan keinginannya. Pada kenyataannya Nuryanti (1996) menyatakan tidak ada hubungan bermakna antara umur dengan motivasi.

b). Pendidikan

Pendidikan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan. Kualitas hidup seseorang dipengaruhi oleh pendidikan. Semakin tinggi pendidikan seseorang dimungkinkan kualitas hidupnya lebih baik, demikian juga motivasi seseorang dipengaruhi oleh pendidikan. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin tinggi motivasinya untuk mencapai sesuatu. Hal ini sesuai dengan teori Y yang

mengatakan bahwa motivasi seseorang untuk mencapai sesuatu dipengaruhi oleh tingkat pendidikannya.

c). Pengetahuan

Menurut taksonomi Bloom (Dimiyati, 2002) pengetahuan adalah bukti dari seseorang melalui proses pengingatan atau pengenalan suatu informasi, ide atau fenomena yang diperoleh sebelumnya.

Pengetahuan tidak hanya didapat dari pendidikan formal, tetapi bisa dari informasi seseorang, media massa, media elektronik, ataupun dari hasil penelitian orang lain. Dari teori motivasi pengetahuan dapat meningkatkan motivasi seseorang. Keluarga yang berpengetahuan luas terhadap masalah kesehatan motivasinya untuk merawat anggota keluarga dengan stroke.

d). Kepuasan

Kepuasan adalah sesuatu yang dirasakan menyenangkan, menggembirakan dan memenuhi kebutuhan yang diinginkan seseorang. Kepuasan juga merupakan factor pendorong seseorang untuk melakukan sesuatu. Seseorang akan terus berupaya untuk memenuhi kepuasan yang diinginkannya.

e). Ekonomi

Ekonomi adalah ilmu yang mempelajari asas-asas produksi, distribusi, dan pemakaian barang-barang kekayaan (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 1999). Dari pengertian tersebut, ekonomi berkaitan dengan tenaga, waktu, dan dana yang memmpengaruhi seseorang untuk melakukan sesuatu. Ekonomi merupakan faktor ekstrinsik yang mendorong seseorang untuk memenuhi kebutuhannya. Keluarga

dengan ekonomi yang baik motivasinya untuk merawat anggota keluarga dapat lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang berekonomi lemah.

f). Sosial budaya

Sosial adalah hal-hal yang berhubungan dengan masyarakat, sedangkan budaya adalah akal budi, pikiran serta kebiasaan-kebiasaan yang telah berkembang (Kamus Besar Bahasa Indonesia,1999). Sosial budaya sering disatukan karena keduanya memperlakukan perilaku yang menjadi kebiasaan di masyarakat. Dukungan sosial dan kebiasaan masyarakat merupakan faktor pendorong bagi seseorang untuk memenuhi kebutuhannya.

g). Dukungan keluarga

Dukungan adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk mendukung (Kamus Besar Bahasa Indonesia,1999). Dukungan keluarga adalah segala sesuatu yang dapat diberikan keluarga terhadap kebutuhan anggota keluarganya. Dukungan keluarga merupakan factor pendorong perilaku yang berasal dari luar individu. Dukungan keluarga ini merupakan hal yang sangat penting untuk meningkatkan optimalisasi status kesehatan anggota keluarganya.

h). Akses ke tempat pelayanan kesehatan

Banyak faktor yang mempengaruhi seseorang untuk memeriksakan kesehatan ke fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satunya adalah kemudahan untuk mengakses tempat pelayanan tersebut. Jarak tempat pelayanan, fasilitas transportasi, biaya, kelancaran transportasi, merupakan faktor yang mempengaruhi keluarga untuk mengakses fasilitas pelayanan kesehatan. Semakin mudah suatu keluarga mengakses

fasilitas pelayanan kesehatan semakin tinggi motivasinya untuk memanfaatkan dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.

3. Keluarga

Burgess dkk. (1963) dikutip oleh Friedman, 1998 membuat definisi yang berorientasi pada tradisi dan digunakan sebagai referensi secara luas :

- a). Keluarga terdiri atas orang-orang yang disatukan dalam ikatan, darah dan ikatan adopsi.
- b). Para anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga atau jika mereka hidup secara terpisah, mereka tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka.
- c) Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran social keluarga seperti suami-istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan anak perempuan, saudara dan saudari.
- d) Keluarga sama-sama menggunakan kultur yang sama, yaitu kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri.

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) adalah pemenuhan kebutuhan anggota keluarga dan pemenuhan kebutuhan anggota masyarakat. Adapun lima fungsi keluarga yang sangat berperan yaitu:

a. Fungsi afektif.

Fungsi afektif merupakan fungsi yang vital dalam keluarga yang berguna untuk pemenuhan psikososial. Komponen-komponen dalam fungsi afektif antara lain

- 1) Saling mengasuh, cinta mencintai, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antara anggota.
- 2) Saling menghargai, mempertahankan suasana keluarga yang baik dimana tiap-tiap anggota keluarga diakui dan dihargai hak-haknya.
- 3) Ikatan dan indentifikasi, ikatan dimulai sejak orang tua menikah.

b. Fungsi sosial

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dialami oleh individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. Keluarga tempat sosialisasi pertama yang bertujuan menciptakan agar setiap anggota mampu berperan dalam masyarakat. Dalam sosialisasi anggota belajar disiplin, norma budaya, dan perilaku.

c. Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi merupakan salah satu fungsi dasar dari keluarga yaitu menjamin terus berlanjutnya generasi dan kelangsungan hidup bermasyarakat.

d. Fungsi pemenuhan kebutuhan fisik dan keperawatan.

Fungsi pemenuhan kebutuhan fisik dari keluarga yaitu orang tua menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal serta rasa aman dari bahaya. Dimana anggota keluarga saling mempengaruhi dalam status kesehatan, merupakan bagian yang sangat berkaitan dari fungsi keluarga untuk keperawatan kesehatan keluarga.

e). Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi meliputi penyediaan sumber yang cukup, termasuk keuangan, tempat dan materi serta pengelolaan yang tepat. Dalam pengkajian

sumber-sumber ekonomi keluarga menggunakan data yang berkaitan tentang kemampuan untuk mengukur dana yang tepat di keluarga serta adanya pemenuhan kebutuhan yang adekuat.

Status sehat-sakit pada keluarga dan pengaruh status sehat-sakit keluarga saling mempengaruhi satu sama lain (Gillis et al., 1989; Wright and Leahey, 1984 dikutip oleh Friedman, 1998).

1) Tahap pencegahan sakit dan mengurangi resiko

Keluarga dapat memainkan suatu peranan vital dalam upaya peningkatan kesehatan dan pengurangan resiko. Kebanyakan peranan berkisar pada masalah-masalah pola hidup, misalnya berhenti merokok, melakukan latihan secara teratur, imunisasi dan lain sebagainya. Agar dapat berjalan dengan baik, para anggota keluarga perlu mempelajari status sehat mereka dan citra tubuh seperti: apakah tubuh mereka lemah, sakit-sakitan atau sehat dan sembuh.

2) Tahap gejala penyakit yang dialami keluarga dan penilaian tahap ini mulai jika gejala-gejalanya:

- a. Diketahui
- b. Diinterpretasikan sejauhmana menyangkut keseriusan kemungkinan penyebab dan penting artinya
- c. Ditemukan dengan berbagai masalah

Tahap ini terdiri dari kepercayaan-kepercayaan menyangkut gejala-gejala atau penyakit dari anggota keluarga dan bagaimana menangani penyakit tersebut (Doherly dan Camphel, 1988 dikutip dari Friedman, 1998). Keluarga berfungsi

sebagai titik tolak penilaian tingkah laku dan memberikan definisi-definisi dasar sehat dan sakit, maka keluarga mempengaruhi persepsi-persepsi individu.

3) Tahap Mencari Perawatan

Tahap mencari perawatan mulai ketika keluarga menyatakan bahwa anggota keluarga yang sakit benar-benar sakit dan membutuhkan pertolongan. Keluarga mulai mencari informasi, penyembuhan, nasehat dan validitas profesional dari keluarga lain, teman-teman, tetangga dan non profesional lainnya.

4) Kontak keluarga dengan tahap sistem sehat

Dimulai ketika melakukan kontak dengan lembaga kesehatan atau profesional di bidang atau dengan praktisi sosial lokal. Keluarga merupakan instrumen dalam membuat keputusan menyangkut dimana penanganan harus diberikan dan oleh siapa (Pratt, 1976 dikutip oleh Friedman, 1998).

5) Respon akut tahap keluarga dan pasien

Karena pasien menerima perawatan kesehatan dari praktisi, sudah tentu ia menyerahkan beberapa prerogatifnya dan keputusannya serta diharapkan menerima peran sebagai pasien. Hal ini dicirikan oleh suatu ketergantungan pada nasehat dari profesional di bidang kesehatan, keinginan untuk mentaati nasehat medis dan berupaya keras untuk sembuh.

6) Tahap adaptasi penyakit dan pemulihan

Keluarga menaikkan suatu peran yang bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan klien. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka keberhasilan penyembuhan / pemulihan (rehabilitasi) sangat kurang.

Tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (1998) yang dikutip dari Balian dan Maglada (1978) adalah :

a) Mengetahui masalah kesehatan

Keluarga dapat mengetahui pengertian, tanda-tanda, gejala dan penyebab timbulnya masalah kesehatan tersebut.

b) Mengambil keputusan terhadap tindakan kesehatan yang tepat.

Pengambilan keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat dapat dilakukan, apabila keluarga mengetahui akibat yang ditimbulkan bila masalah kesehatan tersebut tidak diatasi. Keluarga akan berusaha melakukan tindakan pencegahan, sehingga masalah kesehatan tidak berkembang lebih lanjut.

c) Kemampuan memodifikasi lingkungan

Disini keluarga dituntut untuk mampu memodifikasi lingkungan agar dapat menunjang, meningkatkan dan mengatasi masalah kesehatan yang terjadi pada anggota keluarga yang sudah sakit maupun yang mempunyai risiko mengalami sakit.

d) Kemampuan untuk menggunakan fasilitas kesehatan

Pemanfaatan fasilitas kesehatan secara optimal membantu keluarga mengatasi masalah kesehatan yang ada.

B. Penelitian Terkait

Misbach (1999) melakukan penelitian tentang pola klinis stroke di Indonesia di 28 Rumah Sakit dengan sampel 2065 pasien dari bulan oktober 1996 sampai maret 1997 dengan hasil hidup membaik 59.9%, hidup tidak membaik 1.6%, hidup memburuk

4.3%, mati 23.3%, dan tidak diketahui 9.7%. Penelitian serupa dilakukan M. G Enny (2000) dalam risetnya yang berjudul tingkat ketergantungan pasien pasca stroke dalam melakukan ADL's di unit perawatan khusus stroke RS Dr Cipto Mangunkusumo dengan sampel 10 orang dengan hasil tingkat ketergantungan total sebanyak 50%, parsial 30%, dan mandiri 20%.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Handiyani, Haryati, Sumarwati (2003) terhadap 84 responden (42 pasien dan 42 keluarga) dikatakan bahwa pengaruh manajemen stres terhadap kesiapan pasien stroke dan keluarga dalam merencanakan perilaku adaptif pasca perawatan di Rumah Sakit dengan sampel adalah pasien stroke dan keluarga menunjukkan bahwa 93,1% partisipasi keluarga dan pasien saat perawatan di rumah sakit dinilai baik, hanya 6,9% yang mempunyai partisipasi sedang, dan 0% partisipasi kurang. Perencanaan perilaku adaptif menunjukkan 50% mempunyai perencanaan yang baik dan sisanya punya perencanaan yang cukup serta 73,35% responden punya perilaku yang baik dalam mengantisipasi kekambuhan. Responden juga melaksanakan perencanaan perilaku adaptif sesuai dengan kondisinya.

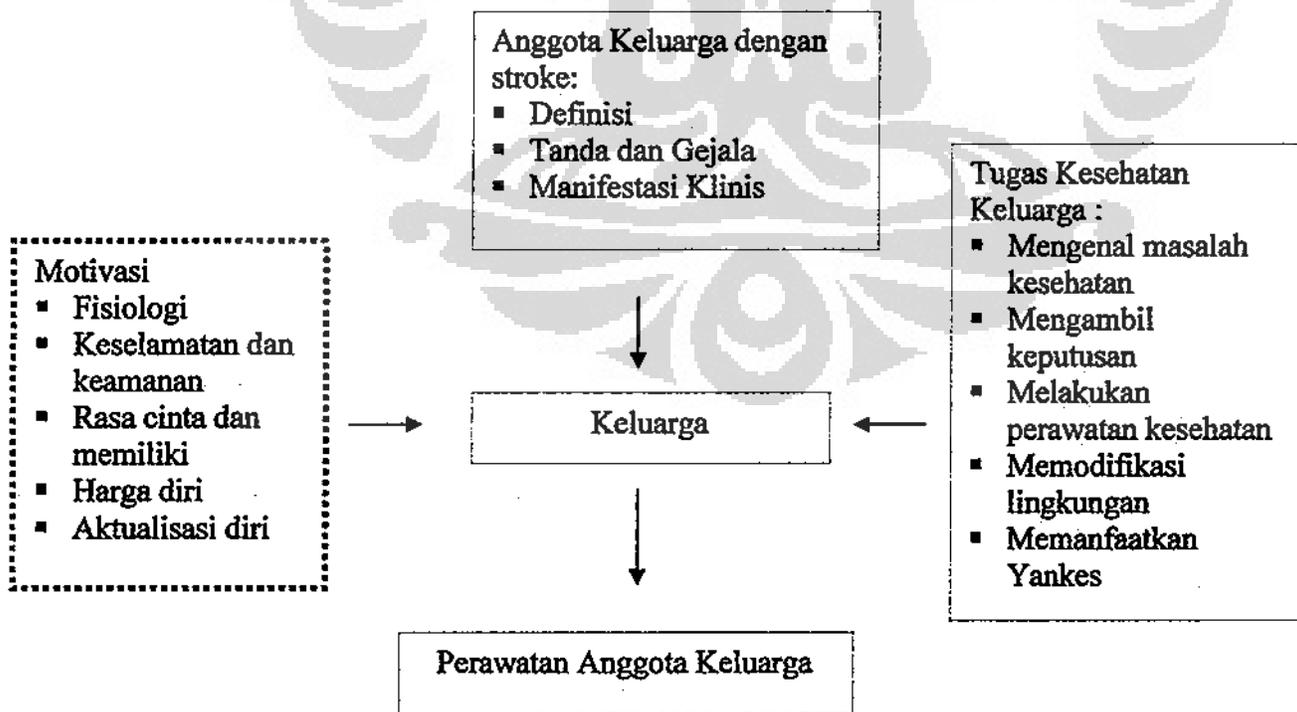
BAB III

KERANGKA KERJA PENELITIAN

Pada bab ini peneliti akan membahas kerangka konsep dan definisi operasional dari variabel deskriptif motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo.

A. Kerangka Konsep

Peneliti akan mengembangkan kerangka konsep yang merupakan hasil modifikasi dari teori motivasi (berdasar teori kebutuhan Maslow), teori keluarga (Duvall&Logan, 1986) dan stroke.



Skema 3.1 Gambaran deskriptif motivasi keluarga

Keterangan :

..... = variabel yang diteliti

Kerangka kerja di atas menjelaskan bahwa anggota keluarga dengan stroke yang dilihat dari definisi, tanda dan gejala, manifestasi klinis yang membutuhkan bantuan keluarga dalam melakukan ADL. Keadaan tersebut akan mempengaruhi keluarga dalam menjalankan fungsi kesehatan keluarga dengan adanya dorongan motivasi dan berusaha melakukan perawatan kesehatan kepada anggota keluarga dengan stroke.

B. Definisi Operasional

Variabel Penelitian

Burn & Groove (199) menyatakan bahwa yang dimaksud variabel penelitian adalah konsep sebagai ringkasan abstrak yang diukur, dimanipulasi dan dikontrol dalam suatu penelitian. Pada penelitian ini variabelnya adalah motivasi keluarga.

1. Motivasi

Definisi Konseptual : Motivasi merupakan factor yang mendorong seseorang untuk melakukan perbuatan atau kegiatan tertentu (Gitosudarmo & Mulyono, 1997).

Definisi Operasional : sesuatu yang menimbulkan dorongan untuk memenuhi kebutuhan terhadap lima kategori yaitu fisiologi; keselamatan dan keamanan; rasa cinta dan memiliki; harga diri; dan aktualisasi diri.

Cara Ukur : Dengan memberikan kuesioner kepada keluarga yang berisi tentang pertanyaan-pertanyaan

Alat Ukur : Kuesioner

Hasil Ukur : Hasil ukur berupa dua kategori yang menggunakan nilai standar median sebesar 50, batasan untuk motivasi tinggi 51-80 dan motivasi rendah 20-50.

Skala Ukur : Ordinal

a). Fisiologi

Definisi Operasional :Kebutuhan dasar dan tingkat pertama yang harus dipenuhi seseorang dalam kesehariannya yang terdiri dari makan, minum, istirahat dan tempat tinggal.

Cara Ukur : Diukur berdasarkan kuesioner yang dikembangkan dari teori Maslow

Alat Ukur : Lembar kuesioner

Hasil Ukur: Hasil ukur berupa dua kategori yang menggunakan nilai standar median

Skala Ukur : Ordinal

b). Keselamatan dan Keamanan

Definisi Operasional : Keadaan terlindungi bebas dari bahaya, ancaman dan penyakit.

Cara Ukur : Diukur berdasarkan kuesioner yang dikembangkan dari teori Maslow

Alat Ukur : Lembar kuesioner

Hasil Ukur: Hasil ukur berupa dua kategori yang menggunakan nilai standar median

Skala Ukur : Ordinal

c). Rasa cinta dan memiliki

Definisi Operasional : Suatu keadaan yang membuat seseorang senang, merasa diterima pada situasi dan kondisi tertentu serta keinginan untuk dicintai dan dikasihi.

Cara Ukur : Diukur berdasarkan kuesioner yang dikembangkan dari teori Maslow

Alat Ukur : Lembar kuesioner

Hasil Ukur: Hasil ukur berupa dua kategori yang menggunakan nilai standar median

Skala Ukur : Ordinal

d). Harga diri

Definisi Operasional : Suatu pengakuan dari orang lain terhadap perilaku seperti pujian, harga diri, otonomi, dan pengetahuan.

Cara Ukur : Diukur berdasarkan kuesioner yang dikembangkan dari teori Maslow

Alat Ukur : Lembar kuesioner

Hasil Ukur: Hasil ukur berupa dua kategori yang menggunakan nilai standar median

Skala Ukur : Ordinal

e). Aktualisasi diri

Definisi Operasional : Tercapainya kemampuan diri untuk melakukan suatu kegiatan atau aktifitas, pengembangan diri, dan potensi diri.

Cara Ukur : Diukur berdasarkan kuesioner yang dikembangkan dari teori

Maslow

Alat Ukur : Lembar kuesioner

Hasil Ukur: Hasil ukur berupa dua kategori yang menggunakan nilai standar median

Skala Ukur : Ordinal

Istilah Terkait

1. Keluarga

Definisi Konseptual : keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, adopsi, dan kelahiran yang bertujuan untuk menciptakan dan mempertahankan budaya umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, sosial dari setiap anggota keluarga (Duval & Logan, 1986: dikutip dari Friedman, 1998).

Definisi Operasional : sekelompok individu yang tinggal serumah dan bertanggungjawab terhadap anggota-anggota keluarganya yang datanya diperoleh dari pengakuan keluarga tersebut.

2. Stroke

Definisi Konseptual : disfungsi neurologi akut yang disebabkan gangguan aliran darah otak secara mendadak dengan tanda dan gejala sesuai daerah fokal otak yang terganggu.

Definisi Operasional : stroke merupakan diagnosa medis yang diambil dari rekam medis klien.

BAB IV

METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah diskriptif sederhana, yang bertujuan untuk mengetahui gambaran motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke.

B. Populasi dan Sampel

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek / subyek yang kuantitas dan karakteristik tertentu ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari, dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 1999). Populasi dari penelitian ini adalah keluarga pasien (suami, istri, anak, ayah dan ibu) yang ada di IRNA-B di RSUP Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Sampel adalah sebagian dari jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 1999). Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *purposive sampel*. Teknik ini dilakukan dengan pertimbangan klien yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan untuk diteliti. Pada penelitian ini besarnya sampel ditentukan 30 orang, dengan alasan bahwa sampel yang kurang dari 30 orang tidak adekuat untuk dianalisa (Burns & Grove, 2001). Jumlah sampel yang

direncanakan sebanyak 30 orang pasien di ruang perawatan IRNA-B di RSUP Dr Cipto Mangunkusumo dalam sebulan dengan kriteria sebagai berikut :

1. Keluarga pasien (suami, istri, anak, ayah dan ibu) di ruang IRNA-B di RSUP Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta.
2. Bisa membaca dan menulis.
3. Jenis kelamin laki-laki dan perempuan.
4. Umur minimal 15 tahun.
5. Tidak mengalami gangguan mental.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan di ruang perawatan IRNA-B di RSUP Dr Cipto Mangunkusumo. Penelitian telah dilaksanakan pada bulan April dan Mei 2007.

D. Etika Penelitian

Etika penelitian dilakukan dengan tujuan untuk melindungi hak subjek penelitian dengan menjamin kerahasiaan responden. Sebelum dilakukan pengumpulan data, terlebih dahulu peneliti melakukan pendekatan dengan calon responden. Peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian. Responden akan dijamin hak dan kerahasiaannya. Partisipasi responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tidak memaksa sehingga responden diberi kebebasan untuk mengundurkan diri atau menolak dalam pengisian kuesioner. Peneliti memberi kebebasan kepada responden dalam pengisian kuesioner, jika responden tidak dapat

menyelesaikan pengisian kuesioner saat ini karena kondisi yang tidak memungkinkan seperti merasa lelah atau kondisi yang lainnya, maka pengisian dapat dilanjutkan sesuai dengan keadaan klien dan keluarga.

E. Alat Pengumpul Data

Alat yang digunakan dalam pengumpulan data penelitian ini adalah questioner dengan mengacu pada kerangka konsep mengenai motivasi. Berdasarkan acuan diatas, isi lembar questioner terdiri dari: (I) Data Demografis responden, meliputi usia dalam tahun; jenis kelamin berupa laki-laki atau perempuan; agama; pendidikan; pekerjaan; hubungan dengan klien; dan lama hari rawat (*length of stay*) (II) Beberapa pertanyaan terpaut gambaran motivasi keluarga yang mengarah pada hierarki kebutuhan Maslow seperti kebutuhan fisiologis terdiri dari makan, minum, aktifitas, dan berkeluarga; rasa aman dan keselamatan antara lain bebas dari bahaya, ancaman, dan penyakit; rasa memiliki, sosial, dan cinta; penghargaan/harga diri meliputi pujian, harga diri, otonomi dan pengetahuan; dan aktualisasi diri terdiri dari pengembangan, potensi diri, dan kualitas diri.

Pertanyaan ini menggunakan skala likert untuk mengetahui gambaran motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke. Sebelumnya questioner akan diuji cobakan dahulu kepada 15 orang responden agar tidak terjadi kesalahan interpretasi serta mencari kekonsistensian pertanyaan yang baik melalui nilai reliabilitas maupun validitas, sehingga kevalidan data terjamin. Kuesioner yang dibuat divalidasi isi yaitu apakah instrumen meliputi semua substansi variabel yang

hendak diukur kemudian direalibilitas dengan metode konsistensi internal yaitu mengukur korelasi masing-masing butir dengan skor total (Polit & Hungler,1999).

F. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data akan dilakukan di ruang perawatan IRNA-B di RSUP Dr Cipto Mangunkusumo dengan prosedur sebagai berikut :

1. Setelah mendapat izin dari Direktur RSUP Dr Cipto Mangunkusumo berdasarkan surat permohonan yang dikeluarkan institusi. Maka peneliti mengadakan pendekatan dengan kepala ruang perawatan IRNA-B di RSUP Dr Cipto Mangunkusumo untuk diketahui dan memulai penelitian yang diawali dengan pengumpulan data.
2. Sebelum pengumpulan data dilakukan, peneliti menjelaskan tujuan penelitian, kerahasiaan data yang diberikan oleh responden dengan maksud agar responden dapat memberikan data secara lengkap dan menjawab dengan sejujurnya sehingga peneliti memperoleh data-data yang lebih akurat dan valid.
3. Setelah mendapatkan persetujuan, peneliti meminta responden membaca dan menandatangani lembar persetujuan. Peneliti membagikan secara langsung kuesioner kepada responden di ruang perawatan IRNA-B di RSUP Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta.
4. Selama proses pengisian kuesioner peneliti mendampingi responden dan bila responden mengalami kesulitan dalam pengisian ini segera mendapat penjelasan dari peneliti. Setelah diisi, kuesioner dikumpulkan sebanyak jumlah responden

dalam masa penelitian tersebut, kemudian data diolah dengan pengukuran statistik.

G. Pengolahan dan Analisa Data

Setelah jawaban questioner dikumpulkan dari responden, peneliti melakukan editing untuk melakukan pemeriksaan kembali apakah jawaban questioner dari responden lengkap, jelas, relevan dengan pertanyaan dan konsisten. Kemudian dilakukan tahapan koding yaitu memberikan kode pada kelompok item untuk memudahkan dalam pengolahan data dilanjutkan dengan *cleaning* dan *processing (entry data)* selanjutnya analisa data. Agar lebih lengkap, pengkodean ini dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Pertanyaan positif diberi kode dan skor:

- SS : Sangat Setuju memiliki kode dan skor 4.
- S : Setuju memiliki kode dan skor 3.
- TS : Tidak Setuju memiliki kode dan skor 2.
- STS : Sangat Tidak Setuju memiliki kode dan skor 1.

2. Pertanyaan negatif diberi kode dan skor:

- STS : Sangat Tidak Setuju memiliki kode dan skor 4.
- TS : Tidak Setuju memiliki kode dan skor 3.
- S : Setuju memiliki kode dan skor 2.
- SS : Sangat Setuju memiliki kode dan skor 1.

Dalam mengolah data demografi numerik menggunakan tendensi sentral yaitu mean untuk mencari nilai rata-rata pada variabel tersebut, dengan rumus sebagai berikut:

$$\bar{X} \text{ variabel} = \frac{\sum X}{n}$$

Keterangan : \bar{X} : nilai rata-rata variabel

$\sum X$: jumlah seluruh variabel

n : jumlah responden

Kemudian data kategorik dilakukan penghitungan proporsi. Begitu juga pada penghitungan pertanyaan questioner yang sebelumnya mengkategorikan motivasi berdasarkan nilai standar median sebesar 117.5, sehingga didapatkan kisaran:

Motivasi tinggi : $= > 117.5$

Motivasi rendah : < 117.5

Penghitungan proporsinya (%) menggunakan rumus dibawah ini:

$$\text{..... \%} = \frac{\sum \text{jawaban responden}}{\text{Jumlah semua responden}} \times 100\%$$



H. Jadwal Kegiatan

No.	Kegiatan	April				Mei				Juni
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I
1.	Penyusunan proposal	■	■							
2.	Pembuatan surat ijin		■							
3.	Pengumpulan data			■	■	■	■			
4.	Pengolahan data							■	■	
5.	Penyajian hasil									■

I. Sarana Penelitian

Sarana yang digunakan dalam penelitian ini adalah komputer dan perangkat lunaknya, printer, alat tulis, kertas, lembar kuesioner dan sumber-sumber kepustakaan seperti buku dan jurnal yang mendukung untuk penyusunan proposal penelitian ini.

BAB V

HASIL PENELITIAN

Penelitian tentang gambaran motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke telah dilaksanakan sejak tanggal 20 April 2007 sampai 15 Mei 2007. Penelitian ini menggunakan tehnik pengambilan sampel dengan *purposive sampling* berjumlah 32 responden di IRNA B lantai I kanan dan lantai 2 kiri RS Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta. Responden telah diberikan kuesioner yang menggunakan skala likert untuk mendapatkan data demografi dan data tentang gambaran motivasi keluarga : tinggi dan rendah. Analisis data dilakukan menggunakan analisis univariat dengan statistik deskriptif yang menggambarkan distribusi proporsi variabel yang diteliti.

A. Data Demografi

Tabel V. 1
Distribusi karakteristik keluarga yang merawat anggota keluarga dengan stroke pada Mei 2007 (N=32)

Variabel	Jumlah	Persentase
Umur		
▪ Usia sekolah (13-20 th)	2	6.3 %
▪ Dewasa awal (21-40 th)	17	53.1%
▪ Dewasa tengah (41-65 th)	11	34.4%
▪ Dewasa akhir/lansia(65 keatas)	2	6.3%
Jenis kelamin		
▪ Laki-laki	20	62.5%
▪ Perempuan	12	37.5%
Agama		
▪ Islam	30	93.8%
▪ Kristen	1	3.1%
▪ Katolik	1	3.1%

Lanjutan tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Keluarga merawat anggota keluarga dengan stroke pada Mei 2007 (N=32)

Variabel	Jumlah	Persentase
Pendidikan		
▪ SD	2	6.3%
▪ SMP	8	25%
▪ SMA	12	37.5%
▪ Perguruan tinggi	10	31.3%
Pekerjaan		
▪ Pegawai swasta	9	28.1%
▪ PNS	3	9.4%
▪ Wiraswasta	4	12.5%
▪ Pensiunan	2	6.3%
▪ Lainnya	14	43.8%
Hubungan		
▪ Suami	8	25%
▪ Istri	5	15.6%
▪ Ibu	1	3.1%
▪ Ayah	1	3.1%
▪ Anak	15	46.9%
▪ Lainnya	2	6.3%
Suku		
▪ Jawa	14	43.8%
▪ Sunda	4	12.5%
▪ Betawi	6	18.8%
▪ Padang	2	6.3%
▪ Lainnya	6	18.8%
Length of Stay (LOS)		
▪ Ideal (6-9 hari)	3	9.4%
▪ Non ideal (kurang/lebih dari 6-9hr)	29	90.6%

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa lebih dari sebagian responden (53.1%) berada pada tahap perkembangan dewasa awal yaitu berusia 21 – 40 tahun, laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan (62.5%), dan hampir seluruhnya beragama islam yaitu 93.8%. Tidak ada responden yang beragama Hindu, Budha atau Konghucu. Tingkat pendidikan yang cukup merata dari tingkat SD, SMP, SMA dan perguruan tinggi. Responden terbanyak dengan tingkat pendidikan SMA sebanyak 37.5%. Hampir setengah responden mempunyai pekerjaan lain dari yang disebutkan di tabel 5.1. Pekerjaan tersebut meliputi ibu rumah tangga dan mahasiswa (43.8%). Responden

terbanyak yang mempunyai hubungan dengan pasien stroke adalah anak sebesar 46.9%, bersuku jawa (43.8%) dan mempunyai *Length of Stay* (LOS) yang dominan adalah non ideal sebanyak 90.6%.

B. Tingkat Motivasi

Tabel 5.2
Distribusi frekuensi tingkat motivasi keluarga

Standar Penilaian	Jumlah	
Tingkat Motivasi	n	%
Tinggi	16	50
Rendah	16	50
Total	32	100

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa tingkat motivasi tinggi dan rendah seimbang (masing-masing 50%).

Tabel 5.3
Distribusi frekuensi tingkat motivasi keluarga berdasarkan karakteristik responden

Karakteristik Responden	Tingkat Motivasi				Total	
	Tinggi		Rendah		n	%
	n	%	n	%	n	%
Usia						
▪ Usia sekolah	0	0	2	6.25	2	6.25
▪ Dewasa awal	10	31.25	7	21.88	17	53.13
▪ Dewasa Tengah	5	15.64	6	18.76	11	34.40
▪ Dewasa Akhir	1	3.11	1	3.11	2	6.22
Jenis Kelamin						
▪ Laki-laki	8	25	12	37.5	20	62.5
▪ Perempuan	8	25	4	12.5	12	37.5
Agama						
▪ Islam	15	46.69	15	46.69	30	93.78
▪ Kristen	0	0	1	3.11	1	3.11
▪ Katolik	1	3.11	0	0	1	3.11

Lanjutan Tabel 5.3

Distribusi frekuensi tingkat motivasi keluarga berdasarkan karakteristik responden

Karakteristik Responden	Tingkat Motivasi				Total	
	Tinggi		Rendah		n	%
	n	%	n	%	n	%
Pendidikan						
▪ SD	1	3.11	1	3.11	2	6.22
▪ SMP	3	9.37	5	15.64	8	25
▪ SMA	7	21.88	5	15.64	12	37.5
▪ Perguruan tinggi	5	15.64	5	15.64	10	31.25
Pekerjaan						
▪ Pegawai swasta	3	9.37	6	18.75	9	28.13
▪ PNS	2	6.25	1	3.11	3	9.37
▪ Wiraswasta	3	9.37	1	3.11	4	12.5
▪ Pensiunan	1	3.11	1	3.11	2	6.22
▪ Lainnya	7	21.88	7	21.88	14	43.75
Hubungan						
▪ Suami	2	6.25	6	18.75	8	25
▪ Istri	4	12.5	1	3.11	5	15.64
▪ Ibu	0	0	1	3.11	1	3.11
▪ Ayah	0	0	1	3.11	1	3.11
▪ Anak	9	28.13	6	18.75	15	46.69
▪ Lainnya	1	3.11	1	3.11	2	6.25
Suku						
▪ Jawa	7	21.88	7	21.88	14	43.75
▪ Sunda	3	9.37	1	3.11	4	12.5
▪ Betawi	2	6.25	4	12.5	6	18.75
▪ Padang	1	3.11	1	3.11	2	6.22
▪ Lainnya	3	9.37	3	9.37	6	18.75
Length of Stay						
▪ Ideal	1	3.11	2	6.25	3	9.37
▪ Non Ideal	15	46.69	14	43.75	29	90.63

Tabel memperlihatkan bahwa sebagian besar responden adalah dewasa awal (53.13%) dengan motivasi tinggi 31.25% dan motivasi rendah 21.88%. Usia sekolah tidak ada motivasi tinggi (0%), usia dewasa tengah dengan motivasi tinggi 15.64% dan motivasi rendah 18.76%. Sedangkan dewasa akhir memiliki motivasi tinggi dan rendah yang sama besar (3.11%). Berdasarkan jenis kelamin, perempuan lebih termotivasi

untuk merawat anggota keluarga yang sakit (25%). Pendidikan mempengaruhi tingkat motivasi, dengan tingkat pendidikan SMA dan perguruan tinggi mempunyai motivasi yang tinggi. (21.88% dan 15.64%). Berdasarkan pekerjaan, responden paling banyak adalah ibu rumah tangga dan mahasiswa yang termasuk klasifikasi pekerjaan lainnya dengan motivasi tinggi dan rendah yang sama besar (21.88%). Dan berdasarkan hubungan dekat dengan pasien, hubungan anak mempunyai kontribusi yang besar dan motivasi tinggi (28.13%). Dan berdasarkan *Length of Stay*, mayoritas responden dengan LOS non ideal dengan motivasi tinggi (46.69%).

Tabel 5.4

Distribusi frekuensi motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke di IRNA B di RSCM Jakarta berdasarkan hirarki kebutuhan Maslow pada Mei 2007

Karakteristik Responden	Tingkat Motivasi				Total	
	Tinggi		Rendah		n	%
	n	%	n	%	n	%
Fisiologi	18	56.2	14	43.8	32	100
Keselamatan dan keamanan	18	56.2	14	43.8	32	100
Rasa cinta dan memiliki	18	56.2	14	43.8	32	100
Harga diri	17	53.1	15	46.9	32	100
Aktualisasi diri	17	53.1	15	46.9	32	100

Distribusi gambaran motivasi berdasarkan hirarki kebutuhan Maslow memperlihatkan motivasi : tinggi dan rendah yang tidak jauh berbeda. Berdasarkan fisiologi, motivasi tinggi sebanyak 18 responden (58.2%) dan motivasi rendah sebanyak 14 responden (43.8%). Selanjutnya keselamatan dan keamanan; rasa cinta dan memiliki; masing-masing mempunyai motivasi tinggi dan rendah yang sama dengan motivasi berdasarkan fisiologi. Sedangkan harga diri dan aktualisasi diri, sebanyak 17 responden (53.1%) mempunyai motivasi tinggi dan sebanyak 15 responden (46.9%) mempunyai motivasi rendah.

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke. Serangan stroke di masyarakat sering dianggap bencana karena umumnya menimbulkan kegagalan fungsi lumpuh dan sulit berkomunikasi. Kurang lebih 50% penderita stroke yang masih hidup menjadi kegagalan fungsi, tidak dapat bekerja lagi, dan menjadi beban dari keluarga (Luckman & Sorensen, 1993 dalam Handiyani, Haryati, Sumarwati, 2003).

Misbach (1999) melakukan penelitian tentang pola klinis stroke di Indonesia di 28 Rumah Sakit dengan sampel 2065 pasien dari bulan oktober 1996 sampai maret 1997 dengan hasil hidup membaik 59.9%, hidup tidak membaik 1.6%, hidup memburuk 4.3%, mati 23.3%, dan tidak diketahui 9.7%. Penelitian serupa dilakukan M. G Enny (2000) dalam risetnya yang berjudul tingkat ketergantungan pasien pasca stroke dalam melakukan *ADL's* di unit perawatan khusus stroke RS Dr Cipto Mangunkusumo dengan sampel 10 orang dengan hasil tingkat ketergantungan total sebanyak 50%, parsial 30%, dan mandiri 20%.

Berdasarkan hasil penelitian terhadap keluarga yang merawat anggota keluarga dengan stroke di IRNA B RS Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta telah di dapatkan sebanyak 16 responden (50%) memiliki motivasi tinggi dan sebanyak 16 responden

(50%) memiliki motivasi rendah. Penelitian serupa dilakukan oleh Annisa deasari dan rona relly (2006) tentang gambaran motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Tuberkulosis di RS Pelabuhan dengan sampel 50 orang menunjukkan tingkat motivasi yang tinggi (18%), sedang (66%), dan rendah (16%).

Hasil penelitian terkait dengan data demografi yaitu usia, motivasi tinggi dimiliki oleh responden yang berada pada tahap perkembangan dewasa awal (21-40 tahun). Hal ini sesuai dengan pendapat Chris Argyris (1997) yang menyatakan bahwa masa umur dibawah 20 tahun dan masa mulai menurunnya produktifitas yaitu usia lebih dari 40 tahun harus dapat dicermati dengan baik terhadap pengaruhnya pada motivasi. Produktifitas akan semakin meningkat dengan bertambahnya usia, dari usia 20 tahun hingga mencapai titik maksimum di usia 40 tahun. Selanjutnya sebagian besar responden beragama islam 93.8%. Hal ini sesuai dengan agama yang dianut oleh masyarakat Indonesia adalah mayoritas islam. Tidak ada responden yang beragama Hindu, Budha atau Konghucu. Menurut Maslow (1970) dan Kalish (1877) salah satu unsur kebutuhan dasar manusia adalah spiritual yang timbul sebagai sistem kepercayaan yang disebut agama, dimana kebutuhan spiritual ini berhubungan dengan kebutuhan psikologis. Dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa seseorang yang menjalankan perintah dan menjauhi diri dari larangan agamanya secara benar, dapat meningkatkan motivasi diri mencapai tujuan tertentu. Secara ringkas agama dapat meningkatkan motivasi selama penganutnya menginternalisasi agamanya secara benar. Dalam penelitian ini, peneliti tidak menggali lebih jauh peranan agama dalam peningkatan motivasi.

Berdasarkan tingkat pendidikan, motivasi tinggi banyak dimiliki oleh responden dengan tingkat pendidikan SMA dan perguruan tinggi. Hal ini sesuai pernyataan Siagian (1995) bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin besar perhatiannya terhadap masalah yang dihadapi, sehingga semakin tinggi pendidikan seseorang maka proses pemahaman akan suatu masalah akan semakin bertambah dan nantinya akan dapat mempengaruhi individu dalam mengambil keputusan dan merawat anggota keluarganya yang sakit. Lueckenotte (1996) juga berpendapat bila tingkat pendidikan keluarga tinggi, maka motivasi keluarga tersebut dalam merawat anggota keluarga yang sakit juga tinggi. Purwaningsih (1997) melakukan riset tentang dukungan dan pemahaman pasien, keluarga dan masyarakat terhadap pengobatan stroke, dan didapatkan hasil bahwa pemahaman tentang pengobatan merupakan faktor yang sangat mempengaruhi tingkat kesembuhan pasien stroke. Asumsi peneliti bahwa dalam meningkatkan pemahaman terhadap suatu hal, seseorang harus mempunyai lebih banyak pengetahuan. Dan peningkatan pengetahuan didapatkan salah satunya dengan meraih tingkat pendidikan yang tinggi.

Suddarth (1997) menyatakan bahwa dengan pengobatan yang lama biasanya akan mempengaruhi motivasi keluarga untuk secara konsisten memberikan perhatian dan motivasi yang kuat selama perawatan anggota keluarga yang sakit. Pada kenyataannya motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dapat beragam yang berupa motivasi tinggi dan rendah, contohnya motivasi dapat menurun bila dipandang dari segi lama perawatan di rumah sakit yaitu semakin lama perawatan (*length of stay*) maka semakin menurun tingkat motivasi yang dimiliki oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar responden

memiliki anggota keluarga yang dirawat di Rumah Sakit dengan lama perawatan (*length of stay*) non ideal (90.6%). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pernyataan Suddarth (1997) tersebut.

Data terkait dengan motivator berdasarkan kategori hierarki kebutuhan Maslow dari keluarga klien dalam merawat anggota keluarga dengan stroke didapatkan hasil bahwa motivator fisiologi, keselamatan dan keamanan, cinta dan rasa memiliki, harga diri, dan aktualisasi diri relatif sama dalam meningkatkan tingkat motivasi. Berdasarkan fisiologi, motivasi tinggi sebanyak 18 responden (56.2%) dan motivasi rendah sebanyak 14 responden (43.8%). Untuk keselamatan dan keamanan; rasa cinta dan memiliki; masing-masing mempunyai motivasi tinggi dan rendah yang sama dengan motivasi berdasarkan fisiologi. Sedangkan untuk harga diri dan aktualisasi diri, sebanyak 17 responden (53.1%) mempunyai motivasi tinggi dan sebanyak 15 responden (46.9%) mempunyai motivasi rendah. Hal ini dapat disimpulkan bahwa semua kategori hirarki kebutuhan Maslow memberikan kontribusi dalam tingkat motivasi : tinggi dan rendah. Tidak ada salah satu dari kategori hirarki Maslow tersebut yang menjadi motivator tertinggi dan terendah.

B. Keterbatasan penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini belum sempurna dan masih memerlukan perbaikan. Dalam melaksanakan penelitian, peneliti mengalami banyak keterbatasan, yaitu :

1. Keterbatasan desain penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif sederhana dimana peneliti hanya ingin mengetahui gambaran motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke. Peneliti tidak meneliti lebih jauh faktor-faktor yang dapat mempengaruhi motivasi keluarga dan hubungan antara faktor-faktor tersebut.

2. Keterbatasan instrumen penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini dikembangkan sendiri oleh peneliti karena belum ada instrumen baku yang dapat dijadikan acuan. Setelah diuji validitas dan realibilitasnya, kuesioner belum memenuhi syarat karena sebagian besar ada yang tidak valid. Setelah kuesioner direvisi, peneliti melakukan uji *content validity* kepada beberapa orang responden. Di samping itu, jumlah pernyataan untuk setiap sub variabel belum dapat mewakili tingkat pengetahuan responden dengan tepat.

3. Keterbatasan jumlah populasi dan sampel

Hasil penelitian ini belum dapat digeneralisasikan untuk menilai gambaran motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke secara keseluruhan, karena keterbatasan jumlah populasi dan sampel.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 32 responden keluarga yang merawat anggota keluarga dengan stroke di IRNA B RS Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta pada bulan April dan Mei 2007 telah di dapatkan sebanyak 16 responden (50%) memiliki motivasi tinggi dan sebanyak 16 responden (50%) memiliki motivasi rendah. Motivator berdasarkan kategori hierarki kebutuhan Maslow dari keluarga klien dalam merawat anggota keluarga dengan stroke didapatkan hasil bahwa motivator fisiologi, keselamatan dan keamanan, cinta dan rasa memiliki, harga diri, dan aktualisasi diri relatif sama dalam meningkatkan tingkat motivasi.

B. Saran

Dari penelitian yang dilakukan ada beberapa hal yang perlu direkomendasikan yaitu :

1. Bagi keluarga pasien

Diperlukan peningkatan motivasi dalam melakukan perawatan terhadap anggota keluarga dengan stroke baik dengan lama perawatan yang jangka pendek (*length of stay ideal*) maupun jangka panjang (*length of stay non-ideal*).

2. Instansi tempat penelitian

Diharapkan agar mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien terutama dalam melakukan tindakan medis dan perawatan pasien stroke, dan juga harus memperhatikan keluarga pasien yang merawat. Hal tersebut mampu meningkatkan motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke.

3. Rekomendasi penelitian selanjutnya

Diharapkan ada penelitian lebih lanjut dengan sampel dan populasi yang lebih luas sehingga diperoleh gambaran yang lebih jelas tentang motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke. Adapun alternatif desain penelitian yang dapat digunakan adalah korelatif untuk melihat hubungan motivasi keluarga dengan faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi tersebut. Selain itu penelitian dalam area ini, bisa dikembangkan pula penelitian perbandingan motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke pada beberapa Rumah Sakit di Jakarta.

DAFTAR PUSTAKA

- _____, 2003. *Stroke*. diambil <http://www.medicastore.com/med/detail> pada tanggal 10 Maret 2007 pukul 13.00 WIB
- Ahmad, Siti Airiza. 2000. *Stroke Di Indonesia*. Jakarta. dari <http://www.pdpersi.co.id/> pada tanggal 10 Maret 2007 pukul 14.20 WIB
- Arep, I., & Tanjung, H. (2003). *Manajemen motivasi*. Jakarta: PT. Gramedia Widia Sarana Indonesia.
- Brunner & Suddarth (1996). *Text Book of Medical Surgical Nursing (3 nd Edt)*. Philadelphia.
- Bullock, B, L. 1996. *Pathophysiology : Adaptations and alterations in the function. 4th edition*. Philadelphia : Lippincott.
- Copstead, Lee-Ellen C and Banasik, Jacquelyn L. 2005. *Pathology*. 3th edition. St Louis : Elsevier Saunders.
- Depdikbud.(1999). *Kamus Besar Bahasa Indonesia, Edisi ke 2- Cetakan -X*. Jakarta. Balai pustaka
- E. Rubin and J.L. Farber. 1994. *Pathology*. 2th Edition. Philadelphia : J. B. Lippincot.
- Gayatri,D, dkk. (2005). *Panduan Bimbingan dan Pelaksanaan Riset*. Jakarta. Tidak dipublikasikan.
- .Handoko M(1997). *Motivasi: daya Penggerak Tingkah laku*. Yogyakarta. Kanisius
- Hinchliff, Sue. 1999. *Kamus Keperawatan*. 17th Ed. Jakarta :EGC
- Kozier and Wilkenson.(1995). *Fundamental of nursing; Human Health and Funtion*, 3 rd Edition. Philadelphia: J.B. Lippicolt
- Kozier, et al, (1995). *Fundamentals of Nursing, Concepts, Process, and Practice*. Redwood City: Addison – Wesley 5.

- Luckmann & Sorensen's. (1993). *Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: WB. Saunders Company.
- Lumbantobing, M.S. (1998). *Stroke bencana peredaran darah di otak*. Jakarta. Balai Penerbit FK UI
- Lumbantobing, M.S. 2002. *Pembunuh Nomor Tiga Itu Bernama Stroke*. Jakarta. diambil <http://www.sinarharapan.co.id/ipitek/kesehatan/2002/03/2/kes02.html> pada tanggal 10 Maret 2007 pukul 13.45 WIB
- Medicastore.com. (2006). Dari <Http://www.medicastore.com>. Diambil tanggal 26 Januari 2007
- Nursalam. (2002). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam praktek keperawatan profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam., & Pariani, S. (2001). *Pendekatan praktis metodologi riset keperawatan*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Siagian, S. P (1995). *Terapi motivasi dan aplikasinya*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Sudarwan, D. (2003). *Riset keperawatan*. Jakarta: EGC
- Winardi, J. (2004). *Motivasi dan pemotivasian dalam manajemen*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada

LAMPIRAN

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Jakarta, April 2007

Kepada Yth.

Bapak/Ibu/Saudara/i Calon Responden

Di

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI):

Nama : Ari Pristiana Dewi

NPM : 1303000066

Alamat: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta

Akan melakukan penelitian berjudul **“Gambaran Motivasi Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Stroke Di Rumah Sakit Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta”**. Bersama ini mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk menjadi responden penelitian tersebut (surat persetujuan menjadi responden terlampir).

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kesediaan Bapak/ Ibu/Saudara/i, kami mengucapkan banyak terima kasih.

Hormat saya,

Peneliti

Ari Pristiana Dewi

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul Penelitian : **Gambaran Motivasi Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Stroke Di RS Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta**

Peneliti : Ari Pristiana Dewi (1303000066)
Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Pembimbing : Yulia, MN.

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya menyatakan setuju dan bersedia berpartisipasi sebagai responden. Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak akan berakibat buruk bagi saya, tetapi berguna untuk pengembangan kualitas pelayanan keperawatan. Apabila dalam kenyataan menimbulkan ketidaknyamanan dan berakibat buruk terhadap diri saya, maka saya berhak untuk menghentikan atau mengundurkan diri dari penelitian ini, tanpa adanya sanksi atau perlakuan yang merugikan saya.

Prosedur penelitian ini adalah dengan mengisi kuesioner mengenai gambaran motivasi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke dan melengkapi data demografi. Saya mengerti bahwa semua informasi yang saya berikan akan dijamin kerahasiaannya. Oleh karena itu, saya akan memberikan jawaban yang sejujurnya.

Saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai segala sesuatu yang berkaitan dengan penelitian ini dan telah mendapatkan jawaban yang memuaskan. Berdasar semua penjelasan di atas, saya menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta, April 2007

Responden,

(.....)

LEMBAR KUESIONER

GAMBARAN MOTIVASI KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA DENGAN STROKE DI Rumah Sakit Dr CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA

A. Data Demografi

No. Responden :

Berilah tanda silang (X) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban anda :

1. Tanggal pengisian :
2. Umur : Tahun
3. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Agama : Islam Katolik Protestan
 Budha Hindu
5. Pendidikan : SD SMP SMA
 Perguruan Tinggi
6. Pekerjaan : Peg. Swasta Pegawai Negeri
 Wiraswasta Pensiunan Lainnya
7. Hubungan dengan klien
 Suami Ibu Anak
 Istri Ayah
8. Suku :
9. Lama keluarga dirawat :

B. Lembar Kuesioner

Petunjuk Pengisian

1. Bacalah pertanyaan di bawah ini sehingga benar-benar dimengerti.
2. Berilah tanda check (√) terhadap pilihan bapak / ibu/saudara sesuai dengan pilihan yang paling tepat pada kolom yang tersedia.

Keterangan untuk jawaban yaitu :

1. Sangat Setuju (SS)
2. Setuju (S)
3. Tidak Setuju (TS)
4. Sangat Tidak Setuju (STS)

No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1.	Adanya dorongan di dalam diri saya untuk merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke.				
2.	Penghasilan keluarga saya sudah mencukupi untuk merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke.				
3.	Dorongan di dalam diri saya merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke karena tuntutan keluarga.				
4.	Suhu ruangan ditempat saya merawat anggota keluarga yang mengalami stroke membuat saya nyaman.				
5.	Keinginan dalam diri saya merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke tanpa rasa lelah.				
6.	Keinginan saya untuk merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke dengan baik adalah agar diakui dalam keluarga.				

No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
7.	Merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke mengancam kesehatan tubuh saya.				
8.	Merawat anggota keluarga yang mengalami stroke harus diutamakan meskipun saya harus bekerja keras.				
9.	Saya yakin merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke tidak akan menularkan penyakitnya kepada saya.				
10.	Bila saya tidak merawat anggota keluarga yang mengalami stroke dengan baik, saya akan merasa berdosa.				
11.	Saya akan melakukan apapun demi kesembuhan anggota keluarga saya yang mengalami stroke.				
12.	Saya akan membawa anggota keluarga saya yang mengalami stroke ke pelayanan kesehatan (rumah sakit).				
13.	Saya mengontrol pengobatan stroke keluarga saya yang mengalami stroke.				
14.	Merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke membuat saya stress.				
15.	Anggota keluarga saya yang mengalami stroke suka dengan perawatan yang saya berikan karena saya sabar.				
16.	Saya lebih memilih merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke daripada melaksanakan pekerjaan lain (selain mencari nafkah).				

No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
17.	Dorongan didalam diri saya untuk merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke dengan kasih sayang.				
18.	Saya memberi dukungan terhadap anggota keluarga saya yang mengalami stroke.				
19.	Di lingkungan tempat tinggal saya dekat dengan fasilitas kesehatan.				
20.	Lingkungan sekitar/tetangga banyak memberikan dukungan kepada saya untuk merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke.				
21.	Bagi saya, merawat anggota keluarga saya merupakan bagian dari kewajiban terhadap keluarga				
22.	Saya akan banyak bertanya pada orang lain bagaimana merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke demi kesembuhan mereka.				
23.	Setiap ada permasalahan keluarga selalu diselesaikan dengan musyawarah. Dorongan dari dalam diri saya untuk melaksanakan hal ini karena ingin menciptakan suasana kekeluargaan.				
24.	Ketika saya merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke, saya diberikan pujian olehnya.				
25.	Dengan kekuasaan yang saya miliki, saya dapat melalakan perawatan terhadap anggota keluarga saya yang mengalami stroke kapanpun saya inginkan.				

	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
26.	Dorongan dari dalam diri saya menjadi anggota keluarga yang bertanggungjawab terhadap keluarga.				
27.	Pelayanan yang saya berikan kepada anggota keluarga saya yang mengalami stroke sangat berarti bagi mereka.				
28.	Saya bangga dengan kemauan dan keikhlasan saya merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke.				
29.	Keluarga saya menghabiskan banyak biaya selama merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke.				
30.	Saya mempunyai ketrampilan untuk merawat anggota keluarga saya yang mengalami stroke.				



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021) 78849120, 78849121 Fax. 7864124
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.or.id

Nomor : 967 /PT02.H4.FIK/II/2007
Lampiran : Proposal
Perihal : Permohonan Praktek M.A. Riset

2 April 2007

Yth. Direktur Utama
RS DS. Cipto Mangunkusumo
Jl. Diponegoro No. 71
Jakarta Pusat

Dalam rangka mengimplementasikan mata ajar "Riset Keperawatan" mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) :

Sdr. Ari Pristiana Dewi
1303000066

akan mengadakan praktek riset dengan judul : "Gambaran Motivasi Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Stroke Di IRNA A Dan IRNA B Di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa tersebut untuk mengadakan praktek riset di RS Dr. Cipto Mangunkusumo.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,



Prof. Dra. Elly Nurachmah, DNSc
NIP. 140 053 336

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan Bid.Akademik FIK-UI
2. Kabag. Penelitian & Pengembangan RSCM
3. Kabid Keperawatan RSCM
4. Kabid Diklat RSCM
5. Ka.Instalasi IRNA A RSCM
6. Ka.Instalasi IRNA B
7. Manajer Dikmahalum FIK-UI
8. Ka.Prog Studi S1 FIK-UI
9. Koord. M.A Riset Kep FIK-UI



Jakarta, 18 April 2007

Nomor : 131/TU.K/Lit/IV/2007

Lamp :

Hal : Izin Penelitian.

Kepada Yth;

Ka.....

RS Dr. Cipto Mangunkusumo
Jakarta,-

Bersama ini kami hadapkan peneliti ;

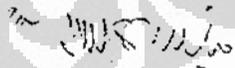
Nama : Ari Pristiana Dewi
No. Register : 1303000066
Program Studi : Prog. Pascasarjana / FIK - UI
Universitas : Universitas Indonesia
Strata : S 1

Yang bersangkutan akan mengadakan penelitian dengan judul : " Gambaran Motivasi Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Stroke Di IRNA-B di RSCM

Selanjutnya kami mohon persetujuan pembimbing lapangan sesuai dengan surat No.967/PT.02.H4.FIK-UI/U/2007 dalam kegiatan penelitian tersebut, dan meminta hasil penelitian untuk diserahkan ke Bagian Penelitian

Demikian, atas perhatian dan kerjasannya diucapkan terima kasih.

Ka. Bagian Penelitian
RS Dr. Cipto Mangunkusumo,


Dr. Dini Widiarni Sp.THT.M.Epid.
Nip. 140 174 553

Tembusan :

1. Yth. Direktur Pengembangan dan Pemasaran
2. Yth. Ka. Departemen/Bidang/Bagian/Unit Terkait.....
3. Arsip.