



UNIVERSITAS INDONESIA

**DETERMINAN PERILAKU PENCEGAHAN STROKE BERULANG
DI RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
Prof. Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA**

TESIS

**DEWI GEMILANG SARI
2206004674**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN PENDIDIKAN KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
DEPOK
JULI 2024**



UNIVERSITAS INDONESIA

**DETERMINAN PERILAKU PENCEGAHAN STROKE BERULANG
DI RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
Prof. Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat**

**DEWI GEMILANG SARI
2206004674**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN PENDIDIKAN KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
DEPOK
JULI 2024**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Dewi Gemilang Sari

NPM : 2206004674

Tanda Tangan : 

Tanggal : 1 Juli 2024

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Dewi Gemilang Sari
NPM : 2206004674
Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Determinan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang
di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH ()
Penguji : Dr. dra. Rita Damayanti, MSPH ()
Penguji : dr. Syahrizal Syarif, MPH, Ph.D ()
Penguji : dr. Beny Rilianto, Sp.N(K), FINA, M.Epid ()
Penguji : dr. Tiersa Vera Yunita, M.Epid ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 1 Juli 2024

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Dewi Gemilang Sari
NPM : 2206004674
Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2022/2023

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

**“Determinan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang
di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta”**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, 1 Juli 2024



(Dewi Gemilang Sari)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat Peminatan Promosi Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Dr. Dian Ayubi, S.KM., M.QIH, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
- (2) Dr. dra. Rita Damayanti, MSPH, selaku dosen penguji yang telah memberikan waktu dan masukan berharga untuk penyempurnaan tesis ini;
- (3) dr. Syahrizal Syarif, MPH, Ph.D, selaku dosen penguji yang telah memberikan waktu dan masukan berharga untuk penyempurnaan tesis ini;
- (4) dr. Beny Rilianto, Sp.N(K), FINA, M.Epid, dokter spesialis saraf divisi neurovaskular dan neurointervensi serta PJ Instalasi Penelitian Pusat Inisiatif Sekuensing Genom dan Biomedis RS Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta, selaku penguji luar yang telah memberikan waktu dan masukan berharga untuk penyempurnaan tesis ini;
- (5) dr. Tiersa Vera Yunita, M.Epid, Ketua Tim Kerja Gangguan Otak Direktorat Jenderal Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan RI, selaku penguji luar yang telah memberikan waktu dan masukan berharga untuk penyempurnaan tesis ini;
- (6) jajaran Direksi RSPON: Direktur Utama, dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S, MARS; Direktur Layanan Operasional, dr. Sardiana Salam, Sp.S, M.Kes; Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian, Dr. dr. Andi Basuki Prima Birawa, Sp.S (K), MARS; Plt. Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan, dr. Reza Aditya Arpandy, B.MedSC, Sp.S; dan Direktur Perencanaan dan Keuangan, Ignatius Susatyo Wijoyo, SE, MBA;

- (7) secara khusus ucapan terima kasih juga saya haturkan kepada dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS, Mirnawaty, S. Kp. MARS, Dra. Siwi Wresniati, M. Si, Ari Purwohandoyo, SKM, MARS yang telah memberikan bantuan dukungan moral dan spiritual;
- (8) PJ Edukasi ruangan, yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini;
- (9) orang tua, suami, anak, dan keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral; dan
- (10) sahabat yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 1 Juli 2024



Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dewi Gemilang Sari
NPM : 2206004674
Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Determinan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 1 Juli 2024

Yang menyatakan



(Dewi Gemilang Sari)

ABSTRAK

Nama : Dewi Gemilang Sari
Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Determinan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang
di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta
Pembimbing : Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH

Di Indonesia stroke penyebab kematian dan kecacatan nomor satu. Stroke berisiko tinggi berulang. Stroke berulang menyebabkan risiko kematian dan kecacatan lebih besar. Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta (RSPON) merupakan rumah sakit pusat rujukan penyakit otak dan saraf. Data tahun 2018 hingga 2024 trimester 1 menunjukkan sebagian besar pasien RSPON adalah pasien stroke. Sebagian besar pasien stroke RSPON merupakan kasus stroke berulang. Stroke berisiko berulang. Pasien stroke harus menerapkan perilaku pencegahan stroke berulang agar tidak terjadi stroke berulang. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis determinan perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON. Penelitian menggunakan metode kuantitatif dengan desain *cross sectional study* pada 190 pasien stroke pertama yang dipilih dengan *convenience sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner online. Data penelitian dianalisis menggunakan regresi logistik ganda. Hasil penelitian diperoleh rata-rata nilai perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON sudah baik yaitu 71,4 (skala 100). Sebanyak 63% pasien stroke di RSPON memiliki perilaku pencegahan stroke berulang baik. Hasil akhir analisis multivariat menunjukkan pendidikan terakhir, kontrol perilaku, dan norma subjektif memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON. Norma subjektif merupakan variabel paling dominan dan paling signifikan yang mempengaruhi perilaku pencegahan stroke berulang ($p\text{-value} = 0,001 \leq 0,05$) dengan OR sebesar 16,838 (95% CI: 4,673 – 60,659). Dukungan keluarga, tenaga kesehatan, dan komunitas stroke sangat dibutuhkan untuk meningkatkan perilaku pencegahan stroke berulang.

Kata kunci: perilaku pencegahan stroke berulang, stroke, stroke berulang

ABSTRACT

Name : Dewi Gemilang Sari
Study Program : Master of Public Health Science
Title : Determinants of Recurrent Stroke Prevention Behaviour
at the National Brain Center Hospital
Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta
Counsellor : Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH

In Indonesia stroke is the number one cause of death and disability. Stroke is at high risk of recurrence. Recurrent stroke causes a greater risk of death and disability. The National Brain Centre Hospital Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta (RSPON) is a referral centre for brain and neurological diseases. Data from 2018 to 2024 trimester 1 shows that the majority of RSPON patients are stroke patients. Most of RSPON stroke patients are recurrent stroke cases. Stroke is at risk of recurrence. Stroke patients must implement recurrent stroke prevention behaviour to prevent recurrent stroke. This study aims to analyse the determinants of recurrent stroke prevention behaviour in RSPON. The study used quantitative methods with a cross sectional study design on 190 first stroke patients selected by convenience sampling. Data collection was conducted by interview using an online questionnaire. The data were analysed using multiple logistic regression. The results showed that the average value of recurrent stroke prevention behaviour in RSPON was good, namely 71,4 (scale 100). A total of 63% of stroke patients in RSPON have good recurrent stroke prevention behaviour. The final results of multivariate analysis showed that the latest education, behavioural control, and subjective norms had a significant relationship with recurrent stroke prevention behaviour in RSPON. Subjective norms were the most dominant and most significant variable influencing recurrent stroke prevention behaviour ($p\text{-value} = 0,001 \leq 0,05$) with an OR of 16,838 (95% CI: 4,673 – 60,659). Support from family, health professionals, and the stroke community is needed to improve recurrent stroke prevention behaviour.

Keywords: recurrent stroke prevention behaviour, stroke, recurrent stroke

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	6
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus.....	7
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.5.1 Bagi Kementerian Kesehatan	7
1.5.2 Bagi Rumah Sakit.....	7
1.5.3 Bagi Komunitas Stroke	7
1.5.4 Bagi Peneliti Selanjutnya	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	8

BAB 2 TINJAUAN LITERATUR

2.1 Stroke	9
2.1.1 Pengertian Stroke dan Stroke Berulang	9
2.1.2 Jenis Stroke	10
2.1.3 Tanda dan Gejala Stroke	13
2.1.4 <i>Golden Period</i> Stroke.....	15
2.1.5 Pemeriksaan Diagnostik Stroke	16
2.1.6 Tingkat Keparahan Stroke.....	17
2.1.7 Faktor Risiko Stroke.....	18
2.1.8 Intervensi Stroke	21
2.2 <i>Theory of Planned Behaviour</i> (TPB)	23
2.2.1 Niat (<i>Intentions</i>)	24
2.2.2 Sikap Terhadap Perilaku (<i>Attitudes Toward the Behaviour</i>)	24
2.2.3 Norma Subjektif (<i>Subjective Norms</i>)	25
2.2.4 Kontrol Perilaku yang Dipersepsikan (<i>Perceived Behaviour Control</i>).....	25

2.2.5 Faktor Latar Belakang (<i>Background Factors</i>)	26
2.2.6 Peran Keyakinan (<i>Beliefs</i>) dalam Perilaku Manusia	27
2.2.7 Kecukupan TPB	28
2.3 Model <i>The Five Dimensions of Adherence</i> (Lima Dimensi Kepatuhan) <i>World Health Organization</i> (WHO)	29
2.3.1 Pengertian Kepatuhan	29
2.3.2 Model <i>The Five Dimensions of Adherence</i> (Lima Dimensi Kepatuhan) WHO	29
2.3.3 Intervensi Dalam Lima Dimensi Kepatuhan WHO	34
2.4 Model Ekologi Sosial McLeroy untuk Promosi Kesehatan	38
2.4.1 Faktor Intrapersonal/Individu	39
2.4.2 Proses Interpersonal dan Kelompok Primer	40
2.4.3 Faktor Institusional/Organisasi	40
2.4.4 Faktor Komunitas	41
2.4.5 Kebijakan dan Lingkungan Terkait Kesehatan/ Kebijakan Publik	41
2.4.6 Implikasi dari Pendekatan Ekologi	41
2.5 Perilaku Kesehatan	42
2.6 Perilaku Pencegahan Stroke Berulang	43
2.7 Determinan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang	49
2.7.1 Sosiodemografi	49
2.7.2 Pengetahuan	52
2.7.3 Keyakinan	54
2.7.4 Sikap	55
2.7.5 Norma Subjektif	57
2.7.6 Kontrol Perilaku yang Dipersepsikan	57
2.7.7 Niat	58
2.7.7 Dukungan Sosial	58
2.7.7 Ketersediaan Media Edukasi	59
2.8 Kerangka Teori	59
BAB 3 KERANGKA KONSEP	61
3.1 Kerangka Konsep	61
3.2 Definisi Operasional	62
3.3 Hipotesis	65
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	66
4.1 Desain Penelitian	66
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	66
4.3 Populasi dan Sampel	66
4.3.1 Populasi	66
4.3.2 Sampel	66
4.3.3 Besar Sampel	67
4.4.4 Cara Pengambilan Sampel	68
4.4.5 Jenis Data	68
4.4.6 Cara Pengumpulan Data	68

4.4 Instrumen Penelitian	69
4.4.1 Jenis Instrumen.....	69
4.4.2 Uji Validitas dan reliabilitas.....	71
4.5 Mekanisme Pengumpulan Data	75
4.6 Pengolahan Data	76
4.7 Analisis Data.....	76
4.7.1 Analisis Univariat.....	77
4.7.2 Analisis Bivariat.....	77
4.7.3 Analisis Multivariat.....	78
4.8 Etika Penelitian	78
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	80
5.1 Gambaran Karakteristik Responden	80
5.2 Gambaran Perilaku Pencegahan Stroke Berulang	81
5.3 Gambaran Variabel Pengetahuan.....	82
5.4 Gambaran Variabel Keyakinan.....	85
5.5 Gambaran Variabel Sikap	86
5.6 Gambaran Variabel Norma Subjektif	87
5.7 Gambaran Variabel Kontrol Perilaku	89
5.8 Gambaran Variabel Niat	90
5.9 Gambaran Variabel Ketersediaan Media Edukasi	91
5.10 Seleksi Variabel Kandidat Multivariat.....	93
5.11 Analisis Multivariat	95
5.11.1 Pemodelan Lengkap Analisis Multivariat	95
5.11.2 Pemodelan Akhir Analisis Multivariat.....	97
BAB 6 PEMBAHASAN	99
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	99
6.2 Gambaran Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON	99
6.3 Hubungan Variabel Independen dengan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON.....	106
6.3.1 Sosiodemografi.....	106
6.3.1.1 Usia	106
6.3.1.2 Jenis Kelamin.....	108
6.3.1.3 Pendidikan Terakhir.....	109
6.3.1.4 Status Pekerjaan.....	110
6.3.1.5 Status Pernikahan.....	112
6.3.2 Pengetahuan	113
6.3.3 Keyakinan.....	116
6.3.4 Sikap.....	117
6.3.5 Norma Subjektif	119
6.3.6 Kontrol Perilaku	123
6.3.7 Niat.....	125
6.3.8 Ketersediaan Media Edukasi	127
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	133
7.1 Kesimpulan	133

7.2 Saran	134
7.2.1 Kementerian Kesehatan.....	134
7.2.1 Rumah Sakit	135
7.2.1 Komunitas Stroke.....	135
7.2.1 Peneliti Selanjutnya.....	136
DAFTAR PUSTAKA	137
LAMPIRAN	144

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional Penelitian.....	62
Tabel 4.1. Perhitungan Sampel.....	67
Tabel 4.2. <i>Responden Validity</i> (n=10).....	72
Tabel 4.3. Hasil <i>Cronbach's Alpha</i> Kuesioner (n=30).....	75
Tabel 5.1. Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Responden di RSPON Tahun 2024 (n=190)	80
Tabel 5.2. Distribusi Responden Berdasarkan Butir Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)	81
Tabel 5.3. Deskripsi Nilai Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)	82
Tabel 5.4. Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)	82
Tabel 5.5. Distribusi Responden Berdasarkan Butir Pengetahuan Tentang Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190).....	83
Tabel 5.6. Distribusi Responden Berdasarkan Butir Pengetahuan Tentang Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190).....	84
Tabel 5.7. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190).....	84
Tabel 5.8. Distribusi Responden Berdasarkan Butir Keyakinan Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190).....	85
Tabel 5.9. Deskripsi Nilai Keyakinan Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)	85
Tabel 5.10. Distribusi Responden Berdasarkan Keyakinan Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190).....	86
Tabel 5.11. Distribusi Responden Berdasarkan Butir Sikap Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190).....	86
Tabel 5.12. Deskripsi Nilai Sikap Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)	87

Tabel 5.13. Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190).....	87
Tabel 5.14. Distribusi Responden Berdasarkan Butir Norma Subjektif Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190).....	88
Tabel 5.15. Deskripsi Nilai Norma Subjektif Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)	88
Tabel 5.16. Distribusi Responden Berdasarkan Norma Subjektif Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190).....	88
Tabel 5.17. Distribusi Responden Berdasarkan Butir Kontrol Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)	89
Tabel 5.18. Deskripsi Nilai Kontrol Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)	89
Tabel 5.19. Distribusi Responden Berdasarkan Kontrol Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON (n=190).....	90
Tabel 5.20. Tabel 5.22 Distribusi Responden Berdasarkan Butir Niat Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190).....	90
Tabel 5.21. Deskripsi Nilai Niat Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)	91
Tabel 5.22. Distribusi Responden Berdasarkan Niat Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190).....	91
Tabel 5.23. Distribusi Responden Berdasarkan Butir Ketersediaan Media Edukasi Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)	92
Tabel 5.24. Deskripsi Nilai Ketersediaan Media Edukasi Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190).....	93
Tabel 5.25. Distribusi Responden Berdasarkan Ketersediaan Media Edukasi Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)	93
Tabel 5.26. Hasil Analisis Uji Bivariat Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)	94
Tabel 5.27. Hasil Seleksi Uji Bivariat	95
Tabel 5.28. Pemodelan Lengkap (Full Model) Analisis Multivariat.....	96

Tabel 5.29. Pemodelan Analisis Multivariat	97
Tabel 5.30. Pemodelan Akhir Analisis Multivariat.....	97

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Stroke Iskemik Jenis Emboli	11
Gambar 2.2. Stroke Iskemik Jenis Trombotik.....	11
Gambar 2.3. Stroke Hemoragik.....	12
Gambar 2.4. Otak dan Fungsinya	13
Gambar 2.5. Faktor penentu perilaku	23
Gambar 2.6. Peran Keyakinan (<i>Beliefs</i>) dalam Perilaku Manusia	27
Gambar 2.7. <i>Theory of Planned Behaviour</i> (TPB).....	28
Gambar 2.8. Model <i>The Five Dimensions of Adherence</i> (Lima Dimensi Kepatuhan) <i>World Health Organization</i> (WHO).....	30
Gambar 2.9. Model Ekologi Sosial McLeroy untuk Promosi Kesehatan	39
Gambar 2.10. Kerangka Teori Penelitian	60
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian.....	61

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Hasil Kaji Etik Penelitian

Lampiran 2 Surat Izin Penelitian

Lampiran 3 Informasi Penting Untuk Calon Responden Penelitian

Lampiran 4 *Informed Consent*

Lampiran 5 Kuesioner

Lampiran 6 Dokumentasi Pengambilan Data

DAFTAR SINGKATAN

AFib	: <i>Atrium Fibrilasi</i>
AHA	: <i>American Heart Association</i>
APTT	: <i>Activated Partial Thrombin Time</i>
BMI	: <i>Body Mass Index</i>
BP	: <i>Blood Pressure</i>
CDC	: <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CHF	: <i>Congestive Heart Failure</i>
CIMT	: <i>Constraint Induced Movement Therapy</i>
CK	: <i>Creatine Kinase</i>
CKMB	: <i>Creatine Kinase Myocardial Band</i>
CRP	: <i>C-Reactive Protein</i>
DASH	: <i>Dietary Approach to Stop Hypertension</i>
DHA	: <i>Docosahexaenoic Acid</i>
DM	: <i>Diabetes Melitus</i>
DOACs	: <i>Direct Oral Anticoagulants</i>
DPJP	: <i>Dokter Penanggung Jawab Pasien</i>
EKG	: <i>Elektrokardiografi</i>
EPA	: <i>Eicosapentaenoic Acid</i>
ESUS	: <i>Embolic Stroke of Unknown Source</i>
F.A.S.T	: <i>Face, Arm, Speech, Time</i>
FKM	: <i>Fakultas Kesehatan Masyarakat</i>
HbA1C	: <i>Haemoglobin A1c</i>
HDL	: <i>High Density Lipoprotein</i>
IGD	: <i>Instalasi Gawat Darurat</i>
IMT	: <i>Indeks Massa Tubuh</i>
INR	: <i>International Normalized Ratio</i>
IRT	: <i>Ibu Rumah Tangga</i>

KARS	: Komisi Akreditasi Rumah Sakit
Kemenkes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
LDL	: <i>Low Density Lipoprotein</i>
LKW	: <i>“Last Known Well”</i>
MI	: <i>Myocardial Infarction</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
NIHSS	: <i>The National Institutes of Health Stroke Scale</i>
NO	: <i>Nitric Oxide</i>
OR	: <i>Odd Ratio</i>
PFO	: <i>Patent Foramen Ovale</i>
PT	: <i>Prothrombin Time</i>
RLS	: <i>Right to Left Shunt</i>
RS	: Rumah Sakit
RSPON	: Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta
rtPA	: <i>Recombinant Tissue Plasminogen Activator</i>
STEMI	: <i>ST-Elevation Myocardial Infarction</i>
TIA	: <i>Transient Ischemic Attack</i>
TPB	: <i>Theory of Planned Behaviour</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke sering disebut sebagai “*brain attack*” yaitu “serangan otak” yang terjadi ketika ada yang menghalangi suplai darah ke otak atau ketika pembuluh darah otak pecah. Kedua penyebab ini menyebabkan bagian otak rusak atau mati sehingga mengakibatkan kecacatan jangka panjang bahkan kematian (CDC, 2023). Secara global stroke merupakan penyebab kematian nomor dua dan penyebab kecacatan nomor tiga. Satu dari empat orang berisiko terkena stroke dalam hidupnya (WHO, 2021). Stroke penyebab kematian terbanyak kedua (11,8%) setelah penyakit jantung iskemik (14,8%) (Lancôt et al., 2020). Di seluruh dunia, terdapat 12,2 juta kasus stroke baru per tahun. Jumlah ini meningkat hampir dua kali lipat selama 30 tahun terakhir (WHO, 2022).

Stroke penyebab kematian dan kecacatan nomor satu di Indonesia. Sebanyak 131,8 kasus kematian per 100 ribu penduduk (Kemenkes RI, 2023). Penyebab kematian utama di rumah sakit akibat stroke adalah sebesar 15%, artinya satu dari tujuh kematian disebabkan oleh stroke dengan tingkat kecacatan mencapai 65% (RSUP KARIADI, 2020). Prevalensi stroke di Indonesia meningkat cukup tinggi pada tahun 2013 yaitu sebanyak 12,1 kasus per 1000 penduduk dibandingkan tahun 2007 sebanyak 8,3 kasus per 1000 penduduk. Sementara pada tahun 2018 prevalensi stroke stagnan di angka 10,9 kasus per 1000 penduduk (Riskesdas, 2007; Riskesdas, 2013; Riskesdas, 2018). Prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar 2.120.362 orang (Kemenkes RI, 2022). Jumlah pasien stroke di Indonesia menempati urutan pertama di Asia dan keempat di dunia setelah India, Cina, dan Amerika (Tunik, 2022).

Stroke berisiko berulang. Secara global terdapat 101 juta kasus stroke berulang, dimana sebanyak 86,0% menyebabkan kematian berada di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah bawah (Feigin et al., 2022). Sebanyak 23% kasus stroke merupakan stroke berulang. Setelah stroke pertama kali, perkiraan risiko stroke berulang adalah 13% sampai 16% dalam tahun pertama dan 4% setiap tahunnya. Akibat stroke berulang yaitu risiko kematian dalam 30 hari sebesar 23% sampai 41% dan risiko

kecacatan baru antara 39% hingga 53% (Bailey, 2018). Sebanyak 29% sampai 37% pasien mengalami kecacatan yang signifikan dalam tiga bulan setelah stroke ringan (Wang et al., 2023). Di Indonesia sebanyak 19,9% kasus stroke merupakan stroke berulang (Tunik, 2022). Stroke berulang mempengaruhi 9% hingga 15% orang dalam waktu satu tahun (Dawson et al., 2022).

Sebagian besar pasien stroke mempunyai serangan akut. Pasien stroke harus menerapkan perilaku kesehatan jangka panjang untuk meningkatkan pemulihan dan meningkatkan status kesehatan. Perilaku manajemen mandiri yang efektif untuk jangka panjang diperlukan dalam mempercepat pemulihan dan mengurangi angka kejadian stroke berulang (And Alternative Medicine, 2023). Perilaku pencegahan stroke berulang yang harus dilakukan yaitu diet sehat, modifikasi pola makan, aktivitas fisik (Bailey, 2018; Bailey et al., 2022), berhenti merokok dan berhenti mengonsumsi alkohol (Bailey, 2018), pengelolaan berat badan (Bailey et al., 2022), peningkatan pengetahuan faktor risiko, modifikasi gaya hidup, terapi pascastroke, dan pemeriksaan untuk mengetahui faktor risiko stroke atau stroke berulang (Rahayu, 2020).

Perubahan perilaku merupakan tantangan dan seringkali sulit dipertahankan karena faktor pribadi, lingkungan, dan sosial yang kompleks. Teori perilaku kesehatan telah dikembangkan untuk menjelaskan bagaimana faktor-faktor ini mempengaruhi penerapan dan modifikasi perilaku kesehatan tertentu. Program intervensi memanfaatkan teori-teori dikembangkan untuk membantu pasien mengubah perilaku di seluruh populasi dan lingkungan pasien (Bailey, 2018). *Theory of Planned Behaviour* (TPB) menyatakan penentu utama perilaku (*behaviour*) adalah niat untuk melakukan (*behaviour intention*). Kekuatan niat ditentukan oleh tiga variabel, yaitu sikap terhadap perilaku (*attitude toward behaviour*), norma subjektif (*subjective norms*), dan kontrol perilaku yang dipersepsikan (*perceived behaviour control*) (Gillespie et al., 2020). TPB menunjukkan bahwa seseorang memutuskan melakukan suatu perilaku ketika ia menilai bahwa perilaku tersebut akan positif (sikap), merasakan mudah atau sulitnya suatu perilaku, atau merasakan suatu perilaku berada di bawah kendali kemauannya (*perceived behaviour control*) (Ataei et al., 2021).

Penelitian berdasarkan model TPB menunjukkan pengetahuan mengenai tanda, gejala, komplikasi, faktor risiko, dan strategi pencegahan stroke mempengaruhi keyakinan, sikap terhadap pencegahan stroke, kontrol perilaku yang dirasakan, niat, dan perilaku (Tambi et al., 2019). Penelitian lain dengan model TPB menjelaskan pengaruh sikap dan keyakinan terhadap variasi perilaku. Keyakinan individu bahwa dirinya rentan atau berisiko terkena penyakit (misalnya stroke) lebih cenderung menerapkan perilaku sehat (misalnya pola makan sehat, olahraga) untuk mengurangi risikonya. Persepsi akurat jangka panjang mengenai risiko kekambuhan stroke sangat penting untuk pencegahan stroke berulang. Rendahnya persepsi pencegahan stroke berulang menyebabkan rendahnya kesadaran perilaku pencegahan stroke berulang (Ren et al., 2023).

Dalam penelitian menggunakan TPB di Amerika, didapatkan sikap terhadap suatu objek, seperti makan sehat, aktivitas fisik, mendapatkan pelayanan kesehatan, dan pemutaran video edukasi berhubungan signifikan dengan niat dan perilaku pencegahan stroke (Frady, 2015). Penelitian yang dilakukan di Universitas Airlangga berdasarkan TPB didapatkan hasil ada hubungan antara pengetahuan, keyakinan, sikap, *subjective norm* (norma subjektif), *perceived behaviour control* (persepsi kontrol perilaku), dan niat dengan perilaku pencegahan stroke berulang (Eldiningtyas, 2018).

Kepatuhan terhadap perilaku pencegahan stroke berulang dilaporkan masih rendah. Penelitian terhadap lebih dari 2000 pasien stroke iskemik melaporkan seperempatnya menghentikan satu atau lebih obat pencegahan stroke berulang yang diresepkan dalam waktu tiga bulan. Setelah satu tahun terkena stroke, 22% masih terus merokok, 36% tetap obesitas, dan 4% minum alkohol berlebihan. Faktor perilaku cenderung dikaitkan dengan kelompok sosiodemografi tertentu dalam populasi stroke. Pasien yang berpendidikan tinggi, berasal dari kelas sosial yang lebih tinggi, dan berpengetahuan memiliki sikap patuh terhadap perilaku pencegahan stroke berulang dibandingkan mereka yang berasal dari latar belakang kurang mampu (Slark & Sharma, 2014).

Kepatuhan terhadap pencegahan stroke merupakan cara yang menjanjikan untuk mencegah stroke berulang. Namun, tingkat kepatuhan pengobatan pada pasien stroke masih buruk. Berbagai penelitian melaporkan bahwa antara 40% hingga 50%

pasien stroke tidak mematuhi pengobatan. Hasil ini konsisten dengan meta-analisis dari 63 penelitian observasional, yang menemukan bahwa tingkat kepatuhan pengobatan pasien stroke secara keseluruhan hanya 64,1%. Penelitian sebelumnya menemukan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan yaitu keuangan, pendidikan, dukungan sosial, literasi kesehatan, faktor sosiodemografi seperti usia dan jenis kelamin (Ruksakulpiwat et al., 2023)

Kepatuhan yang rendah terhadap pengobatan penyakit kronis merupakan masalah di seluruh dunia. Kepatuhan terhadap terapi jangka panjang untuk penyakit kronis di negara maju rata-rata 50%. Di negara berkembang, angkanya bahkan lebih rendah. Dampak dari kepatuhan yang rendah yaitu meningkatnya beban penyakit kronis di seluruh dunia. Konsekuensi dari kepatuhan yang rendah terhadap terapi jangka panjang adalah penurunan derajat kesehatan, peningkatan biaya perawatan kesehatan, dan mengganggu efektivitas pengobatan. Intervensi untuk meningkatkan kepatuhan akan memberikan hasil positif yang signifikan. Awalnya pasien dianggap sebagai sumber "masalah kepatuhan". Seiring berjalannya waktu, kepatuhan juga melibatkan peran penyedia layanan kesehatan. Dari sini disimpulkan bahwa pendekatan sistem diperlukan, baik itu penyedia layanan maupun pasien (WHO, 2003).

Pengetahuan dan pemahaman mengenai gejala dan faktor risiko stroke yang masih kurang, sikap terhadap pencegahan stroke yang masih rendah, kepatuhan terapi pencegahan stroke berulang juga rendah, dan pelayanan pasien stroke yang belum optimal, merupakan permasalahan pada pelayanan stroke di Indonesia. Keempat hal tersebut meningkatkan kejadian stroke baru, tingginya angka kematian akibat stroke, dan tingginya kejadian stroke berulang di Indonesia (Kemenkes RI, 2013).

Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta (RSPON) merupakan rumah sakit vertikal langsung dibawah Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. RSPON adalah rumah sakit pusat rujukan nasional untuk penyakit otak dan saraf. Penyakit yang ditangani RSPON meliputi penyakit stroke, tumor intrakranial, cedera kepala, demencia, epilepsi, *hernia nucleus pulposus* (HNP), *low back pain* (nyeri punggung bawah), vertigo, hidrosefalus, parkinson, nyeri kepala, dan

penyakit terkait otak dan saraf lainnya. Data yang didapatkan dari Instalasi Rekam Medis RSPON, stroke selalu menempati urutan pertama dalam sepuluh penyakit terbanyak sejak 2018 hingga triwulan pertama 2024. Data jumlah pasien stroke rawat inap tahun 2018 sebanyak 1.775 (42,03%), tahun 2019 sebanyak 2.782 (44,00%), tahun 2020 sebanyak 4.068 (49,97%), tahun 2021 sebanyak 4.501 (40,89%), dan tahun 2022 sebanyak 4.290 (42,50%) (Instalasi Rekam Medis RSPON, 2023). Data pasien stroke rawat inap pada tahun 2023 sebanyak 4.890 (47,18%). Sementara jumlah pasien stroke Januari sampai Maret 2024 sebanyak 444 (48,21%) (Instalasi Rekam Medis RSPON, 2024). Berdasarkan data ini menunjukkan sebagian besar pasien RSPON adalah pasien stroke. Penelitian di RSPON menunjukkan sebanyak 109 pasien (45,8%) dari 238 pasien mengalami stroke berulang. Hampir separuh pasien stroke RSPON mengalami stroke berulang. Variabel penyebab kejadian stroke berulang antara lain usia, hipertensi, obesitas, dan kontrol yang tidak teratur (Trisetiawati et al., 2018).

Penyebab stroke bersifat multifaktor, namun faktor perilaku paling penting. Faktor perilaku bertanggung jawab sekitar 80% penyakit jantung koroner dan stroke (Slark & Sharma, 2014). Perilaku pencegahan stroke berulang dipengaruhi oleh faktor sosioekonomi, usia, jenis kelamin (Slark & Sharma, 2014); usia pertama kali terkena serangan stroke, pendidikan, status pernikahan (Ellis, 2014); pengetahuan (Tambi et al., 2019; Ellis, 2014; Rahayu, 2020); faktor sosiodemografi (Rahayu, 2020); sikap (Frady, 2015; Tambi et al., 2019; Rahayu, 2020; Ren et al., 2023); keyakinan, norma subjektif, persepsi kontrol perilaku, dan niat (Frady, 2015; Eldiningtyas, 2018; Tambi et al., 2019; Ren et al., 2023).

Peningkatan risiko kematian dan kecacatan akibat stroke berulang seharusnya menjadikan pencegahan stroke berulang menjadi prioritas. Teori perilaku dan program intervensi gaya hidup dibutuhkan untuk modifikasi perilaku sehat dan saran untuk penyedia layanan kesehatan (Bailey, 2018). Kegiatan intervensi promosi kesehatan yang didasarkan pada teori perubahan perilaku memiliki dampak yang lebih besar dibandingkan yang tidak (Korda & Itani, 2013). Program promosi kesehatan melalui pendidikan masyarakat dan pencegahan stroke di tingkat dasar dan menengah masih merupakan tantangan utama yang harus diatasi. Edukasi masyarakat mengenai berbagai aspek stroke, mulai dari pencegahan, pengenalan gejala secara

cepat, hingga ketersediaan pengobatan stroke akut, dianggap sangat penting dalam upaya melawan stroke (Yeghiazaryan et al., 2023). Kurangnya pengetahuan pasien mengenai atrial fibrilasi, stroke, dan pentingnya terapi antikoagulan dalam pencegahan stroke primer atau stroke berulang mempengaruhi kepatuhan pasien. Dibutuhkan edukasi yang dirancang dengan baik, mencakup aspek-aspek kunci berbagai pilihan pengobatan secara objektif dan faktor yang berkontribusi terhadap risiko stroke serta risiko perdarahan (Pandya & Bajorek, 2017).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan data pasien stroke di RSPON sejak tahun 2018 sampai triwulan pertama 2024 menunjukkan sebagian besar pasien RSPON adalah pasien stroke. Stroke berisiko berulang. Stroke berulang menyebabkan risiko kematian yang lebih tinggi dan risiko kecacatan yang lebih parah. Terdapat beberapa kendala pencegahan stroke berulang yaitu pengetahuan, pemahaman, sikap, kepatuhan, perilaku, dan pelayanan pasien stroke yang belum optimal. Namun kendala utama pencegahan stroke berulang adalah faktor perilaku. Hal ini menjadi tantangan penerapan perilaku pencegahan stroke berulang. Perilaku pencegahan stroke berulang ditentukan oleh beberapa variabel. Menganalisis variabel yang berhubungan terhadap perilaku pencegahan stroke diperlukan untuk mencegah terjadinya stroke berulang. Berdasarkan pentingnya hal tersebut, maka penelitian untuk menganalisis determinan perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON perlu dilakukan.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan pemaparan rumusan masalah, maka pertanyaan penelitian ini adalah variabel apa saja yang berhubungan dengan perilaku pencegahan stroke berulang pada pasien stroke di RSPON?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis determinan perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran perilaku pencegahan stroke berulang pada pasien stroke di RSPON.
2. Mengetahui gambaran faktor sosiodemografi, pengetahuan, keyakinan, sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, niat, dan ketersediaan media edukasi pasien stroke di RSPON.
3. Mengetahui hubungan antara faktor sosiodemografi, pengetahuan, keyakinan, sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, niat, dan ketersediaan media edukasi terhadap perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON.
4. Mengetahui variabel yang paling dominan terhadap perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Kementerian Kesehatan

Memberikan gambaran dalam merancang kebijakan dan program pencegahan stroke berulang.

1.5.2 Bagi Rumah Sakit

Pemahaman mengenai hubungan antara sosiodemografi, pengetahuan, keyakinan, sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, dan niat terhadap perilaku pencegahan stroke berulang sangat penting dalam keberhasilan kegiatan promosi kesehatan rumah sakit (PKRS). Hasil penelitian ini akan menjadi informasi dan dasar masukan bagi rumah sakit dalam menyusun program PKRS di RSPON.

Hasil penelitian juga akan menjadi evaluasi terhadap keberhasilan program PKRS. Evaluasi ini diharapkan akan meningkatkan keberhasilan program PKRS selanjutnya sehingga akan terjadi peningkatan perilaku pencegahan stroke berulang yang akhirnya diharapkan akan menurunkan angka kejadian stroke di RSPON.

1.5.3 Bagi Komunitas Stroke

Memberikan gambaran rancangan program kegiatan yang dapat dilakukan untuk pasien stroke dan keluarga dalam memberikan dukungan terkait perilaku pencegahan stroke berulang.

1.5.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan terkait penelitian dalam topik perilaku pencegahan stroke berulang dan hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi untuk dipelajari.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis determinan perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON. Penelitian merupakan penelitian kuantitatif menggunakan desain *cross sectional study*. Target sampel penelitian adalah semua pasien stroke serangan pertama pada ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD), poliklinik reguler lantai 2 (poliklinik neurovaskuler), poliklinik eksekutif lantai 5, rawat inap Unit Neurorestorasi lantai 5, rawat inap Unit *Stroke Ward* lantai 7A dan 7B, rawat inap 8A, 9A, dan 9B. Penelitian dilakukan pada bulan Mei sampai Juni 2024. Pengumpulan data melalui wawancara menggunakan kuesioner yang dibagikan melalui *google form*. Data penelitian dianalisis menggunakan regresi logistik ganda.

BAB 2

TINJAUAN LITERATUR

2.1 Stroke

2.1.1 Pengertian Stroke dan Stroke Berulang

World Health Organization (WHO) mendefinisikan stroke sebagai tanda-tanda klinis gangguan fungsi otak fokal atau global yang berkembang cepat, berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian, tanpa penyebab jelas selain yang berasal dari pembuluh darah (Coupland et al., 2017). Menurut *American Heart Association* (AHA), stroke terjadi ketika pembuluh darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke otak tersumbat oleh gumpalan atau pecah. Ketika hal ini terjadi, bagian otak tidak dapat memperoleh darah dan oksigen yang dibutuhkan, sehingga sel-sel otak akan mati (AHA, 2020).

Pembuluh darah yang membawa darah ke otak dari jantung disebut arteri. Otak membutuhkan pasokan darah yang tetap untuk membawa oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan agar berfungsi. Arteri tertentu memasok darah ke area tertentu di otak. Stroke adalah penyakit yang menyerang arteri yang menuju dan berada di dalam otak. Stroke terjadi ketika salah satu arteri ke otak tersumbat atau pecah. Hal ini menyebabkan bagian otak tidak mendapatkan darah yang dibutuhkan, sehingga mulai mati (*American Heart Association Annual Report 2021-22*, 2022).

Otak memiliki fungsi mengontrol gerakan, menyimpan ingatan serta sumber pikiran, emosi, dan bahasa. Otak juga mengontrol banyak fungsi tubuh, seperti pernapasan dan pencernaan. Untuk bekerja dengan baik, otak membutuhkan oksigen. Pembuluh darah arteri mengantarkan darah kaya oksigen ke seluruh bagian otak. Jika terjadi sesuatu yang menghalangi aliran darah, sel-sel otak akan mati dalam beberapa menit karena tidak dapat memperoleh oksigen. Hal ini menyebabkan stroke (CDC, 2023).

Stroke berulang adalah kekambuhan setelah terkena stroke sebelumnya. Seseorang dengan riwayat stroke iskemik mempunyai peningkatan risiko terjadinya stroke berulang. Setelah stroke iskemik, angka kekambuhan stroke dilaporkan berkisar antara 9% sampai 15% setelah satu tahun, bergantung pada faktor risiko stroke. Tingkat

kekambuhan stroke dalam sepuluh tahun dilaporkan antara 27% sampai 40% (Dawson et al., 2022). Stroke berulang berakibat lebih fatal atau menyebabkan kecacatan berat. Strategi pencegahan stroke berulang serta pengobatan dan penatalaksanaan faktor risiko telah terbukti mengurangi stroke berulang (Slark & Sharma, 2014).

2.1.2 Jenis Stroke

Terdapat dua jenis stroke sebagai berikut:

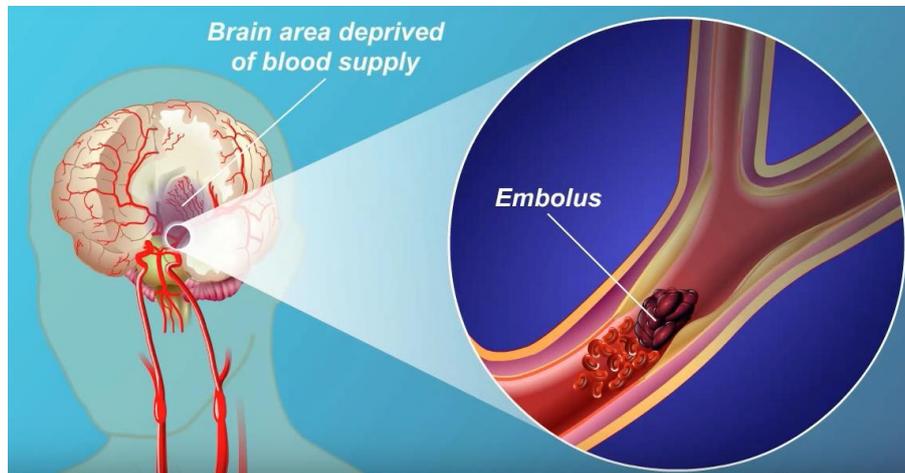
2.1.2.1 Stroke Iskemik (Sumbatan)

Stroke iskemik adalah jenis stroke yang paling umum. Stroke iskemik terjadi ketika arteri di otak tersumbat. Ada dua jenis stroke iskemik yaitu stroke emboli dan stroke trombotik. Pada stroke emboli, bekuan darah atau fragmen plak terbentuk berasal dari jantung atau arteri besar yang mengarah ke otak, kemudian bergerak melalui arteri ke otak. Di otak, gumpalan tersebut menyumbat pembuluh darah dan menyebabkan stroke. Stroke trombotik adalah bekuan darah yang terbentuk di dalam arteri yang memasok darah ke otak. Gumpalan ini mengganggu aliran darah dan menyebabkan stroke (*American Heart Association Annual Report 2021-22*, 2022). Stroke iskemik terjadi ketika gumpalan darah atau partikel lain menyumbat pembuluh darah ke otak. Timbunan lemak yang disebut plak juga dapat menyebabkan penyumbatan pembuluh darah (CDC, 2023).

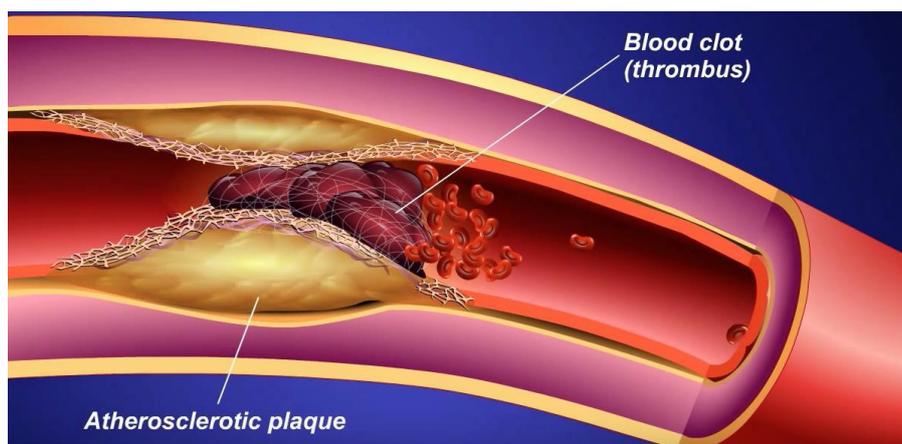
Sebagian besar stroke adalah stroke iskemik (CDC, 2023). Berdasarkan data *Stroke Registry* Kementerian Kesehatan RI tahun 2012-2014, sebanyak 67% dari total stroke adalah iskemik, dan 33% lainnya adalah stroke hemoragik (Menteri Kesehatan RI, 2019). Setiap tahun, hampir 700.000 orang mengalami stroke iskemik akut dan sebanyak 240.000 orang mengalami *Transient Ischemic Attack (TIA)* (Siket & Cadena, 2021).

Jika arteri di otak atau arteri yang menuju ke otak tersumbat dalam waktu singkat, aliran darah akan melambat atau berhenti. Hal ini dapat menyebabkan TIA yang kadang disebut stroke mini. Ketika TIA terjadi, arteri akan tersumbat dalam waktu singkat, atau jalur baru akan terbuka dan aliran darah menjadi normal. Gejala berlangsung dalam waktu singkat dan kemudian menghilang. TIA adalah peringatan serius bahwa akan mengalami stroke (*American Heart Association Annual Report*

2021-22, 2022). Pengobatan utama TIA adalah mengidentifikasi etiologi dan mencegah kejadian berulang. TIA memperingatkan terjadinya stroke pada 12% hingga 30% pasien yang mengalami stroke dan risiko tertinggi terjadi dalam 24 hingga 48 jam pertama setelah kejadian sentinel (Siket & Cadena, 2021).



Gambar 2.1. Stroke Iskemik Jenis Emboli (Bustami, 2022)



Gambar 2.2. Stroke Iskemik Jenis Trombotik (Bustami, 2022)

2.1.2.2 Stroke Hemoragik (Perdarahan)

Stroke hemoragik terjadi ketika arteri di otak mengalami kebocoran darah atau pecah. Darah yang bocor memberi tekanan terlalu besar pada sel-sel otak sehingga merusak sel-sel otak tersebut. Tekanan darah tinggi dan aneurisma (tonjolan seperti balon di arteri yang dapat meregang dan pecah) adalah contoh kondisi yang dapat menyebabkan stroke hemoragik (CDC, 2023).

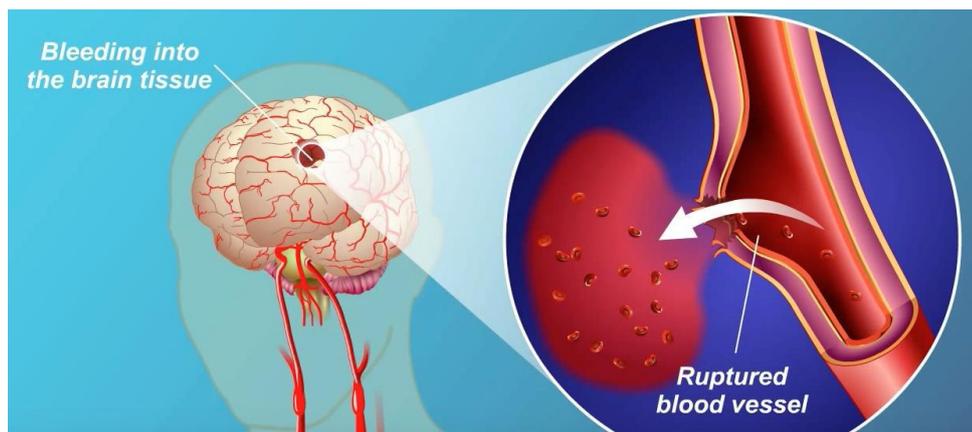
Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan mengeluarkan darah ke dalam atau di sekitar otak. Tekanan darah tinggi dan *aneurisma* menyebabkan pembuluh darah menjadi lemah dan pecah. Ada dua jenis stroke hemoragik yaitu:

1) Perdarahan *Intraserebral*

Stroke jenis ini disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang mengeluarkan darah ke dalam jaringan otak. Perdarahan menyebabkan sel-sel otak mati dan bagian otak yang terpengaruh berhenti bekerja. Tekanan darah tinggi, juga disebut hipertensi, adalah penyebab paling umum dari jenis stroke ini (*American Heart Association Annual Report 2021-22, 2022*)..

2) Perdarahan *Subarachnoid*

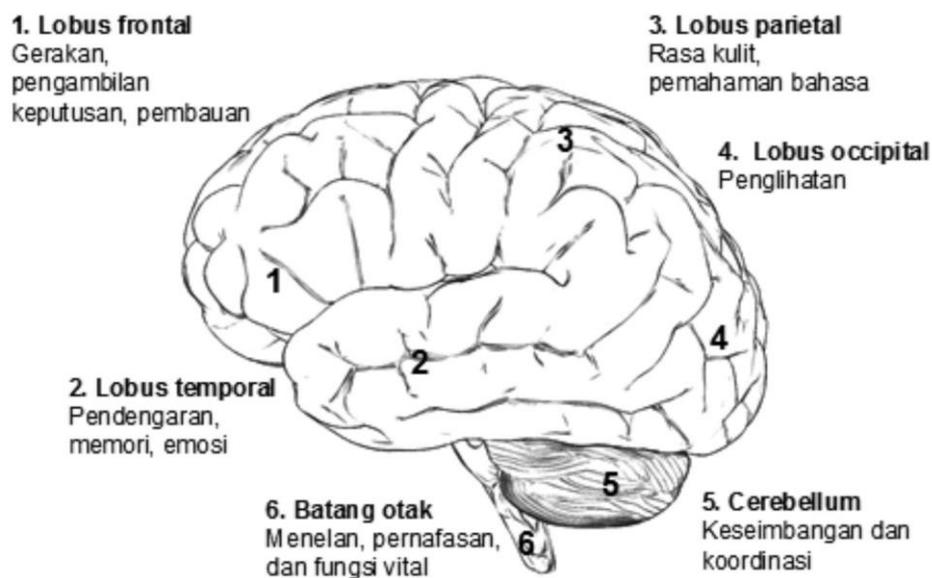
Pada jenis stroke ini, pembuluh darah pecah di dekat permukaan otak dan darah bocor ke ruang antara otak dan tengkorak (ruang *subarachnoid*). Darah yang terkumpul di ruang ini memberikan tekanan pada jaringan otak dan menyebabkan pembuluh darah kejang. Jenis stroke ini dapat disebabkan oleh berbagai hal, tetapi biasanya disebabkan oleh aneurisma yang pecah. *Aneurisma* adalah titik lemah pada dinding arteri yang menonjol keluar menjadi gelembung tipis. Seiring dengan bertambahnya ukuran, dinding dapat melemah dan pecah. Jika pecah, darah akan bocor di dalam atau di sekitar otak yang menyebabkan stroke perdarahan (*American Heart Association Annual Report 2021-22, 2022*).



Gambar 2.3. Stroke Hemoragik (Bustami, 2022)

2.1.3 Tanda dan Gejala Stroke

Gejala stroke sangat tergantung dari bagian otak yang terganggu. Otak manusia terdiri dari otak besar (*cerebrum*), otak kecil (*cerebellum*), dan batang otak. Otak besar terdiri atas dua bagian besar yang disebut hemisfer, yaitu hemisfer kanan dan hemisfer kiri. Fungsi bagian tubuh sebelah kanan dikendalikan oleh hemisfer kiri dan fungsi bagian tubuh sebelah kiri oleh hemisfer kanan. Otak terdiri atas lobus-lobus yang memiliki fungsi masing-masing (Pinzon, 2016).



Gambar 2.4. Otak dan Fungsinya (Pinzon, 2016)

Gangguan pembuluh darah otak yang memberikan pasokan darah ke lobus frontal dan parietal akan memberikan gejala kelemahan anggota gerak dan gangguan rasa (misalnya: kebas di separuh anggota gerak). Stroke yang menyerang *cerebellum* atau otak kecil memberikan gejala pusing berputar (*vertigo*). Kelemahan anggota gerak merupakan gejala yang umum dijumpai pada stroke. Bila seseorang tiba-tiba merasa kehilangan kekuatan pada salah satu lengan atau tungkai, atau lengan dan tungkai pada satu sisi, pikirkanlah ini sebagai gejala stroke. Kelemahan pada umumnya sisi, kanan atau kiri. Gangguan peredaran darah otak di sebelah kanan akan menyebabkan kelemahan anggota gerak sebelah kiri, sebaliknya gangguan pada otak sebelah kanan menimbulkan kelemahan anggota gerak sebelah kiri. Kelemahan yang ringan pada

umumnya kurang disadari. Pasien mengeluh kurang dapat mengancingkan baju, atau tidak dapat memakai sandal dengan baik. Waspadailah ini sebagai gejala stroke (Pinzon, 2016).

Menurut WHO (2022) tanda-tanda utama stroke adalah wajah terkulai, lengan lemah di satu sisi, dan kesulitan berbicara berupa bicara tidak jelas. Tanda lain berupa perubahan pada penglihatan, kehilangan keseimbangan, dan pusing. Mengetahui tanda-tanda stroke dan segera mencari perawatan medis darurat dapat menyelamatkan nyawa dan meningkatkan hasil bagi para penyintas. Penyintas stroke mungkin hidup dengan dampak yang meliputi cacat fisik, kesulitan komunikasi, kehilangan pekerjaan, pendapatan, dan jaringan sosial.

AHA (2022) menjelaskan gejala stroke biasa dikenal dengan singkatan F.A.S.T yang terdiri dari F (*Face*) artinya wajah terkulai. A (*Arm*) artinya terdapat kelemahan pada satu sisi lengan. S (*Speech*) berarti kesulitan berbicara. T (*Time*) yang berarti waktu untuk segera menghubungi nomor darurat. Selain F.A.S.T., gejala lain yang harus diketahui meliputi tiba-tiba mati rasa, kelemahan atau kelumpuhan pada wajah, lengan atau tungkai, biasanya pada satu sisi tubuh; kehilangan penglihatan pada salah satu atau kedua mata atau penglihatan ganda; kebingungan mendadak, kesulitan berbicara atau kesulitan memahami orang lain; kehilangan keseimbangan atau koordinasi; dan sakit kepala berat tanpa penyebab yang diketahui. Catat waktu ketika gejala pertama kali muncul. Terapi medis dapat mengurangi efek jangka panjang stroke jika diberikan segera setelah stroke (*American Heart Association Annual Report 2021-22, 2022*).

Kementerian Kesehatan RI (2023a) mengenalkan gejala stroke dengan tanda-tanda yang disingkat dengan “SeGeRa Ke RS”. Dimana Se adalah senyum tidak simetris, Ge adalah gerak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba, Ra adalah bicara pelo, Ke adalah Kebas separuh tubuh, R adalah rabun atau pandangan mata kabur tiba-tiba dan S adalah sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba. Apabila telah muncul gejala stroke hal utama yang dilakukan adalah kenali gejala stroke karena harus segera ditangani. Keterlambatan dalam menangani gejala stroke menimbulkan kematian pada jaringan otak yang mengakibatkan kecacatan bahkan kematian.

2.1.4 Golden Period Stroke

Golden Period adalah waktu yang paling direkomendasikan untuk penanganan segera pada pasien stroke yaitu 3 sampai 4,5 jam pertama dari serangan. Jika penanganan stroke diberikan lebih dari rentang waktu (*golden period*) tersebut maka kerusakan neurologis yang dialami pasien akan bersifat permanen (Arif et al., 2019). Terapi trombolisis harus diberikan dalam waktu kurang dari 4,5 jam setelah serangan stroke. Pada stroke perdarahan, obat yang menghentikan perdarahan (Faktor VIIa) harus diberikan dalam kurun waktu kurang dari 4 jam. Terapi tersebut seringkali tidak diberikan karena pasien datang lebih dari 6 jam, bahkan lebih dari 24 jam. Alasan yang seringkali muncul adalah “tidak tahu kalau ini stroke”. Alat ukur “senyum, gerak, dan bicara” dapat digunakan untuk mendeteksi dini stroke. Semakin cepat datang ke RS yang memadai, semakin besar harapan untuk pulih (Pinzon, 2016).

Stroke adalah kedaruratan medis. Semakin cepat pasien mendapat pertolongan medis yang adekuat, semakin besar peluang mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Semakin lambat pertolongan medis, semakin banyak kerusakan sel saraf. Penelitian eksperimental menunjukkan setiap menit ada kerusakan 1,9 juta sel saraf pada stroke yang belum mendapat terapi. Perhimpunan stroke di Amerika Serikat mengungkapkan istilah “*brain attack*”. Ini untuk menunjukkan bahwa kedaruratan stroke adalah sama dengan serangan jantung/*heart attack*. Konsep penanganan stroke berpacu dengan waktu, sehingga dikenal sebagai *Time is Brain*. Semakin banyak waktu yang terbuang, semakin banyak sel saraf yang tidak dapat diselamatkan, semakin buruk kecacatan yang didapat (Pinzon, 2016).

Gangguan fungsi saraf akan terjadi bila aliran darah otak menurun. Pada kasus ini jaringan otak belum mati, namun mengalami gangguan fungsi. Bagian ini disebut sebagai bagian iskemik penumbra. Bila gangguan aliran darah berkepanjangan dapat terjadi kematian jaringan saraf yang disebut infark. Target terapi adalah menyelamatkan jaringan penumbra. Pada kasus stroke perdarahan umumnya dijumpai peningkatan tekanan di dalam tengkorak akibat penambahan massa darah. Salah satu target terapi pada stroke perdarahan adalah mengendalikan tekanan dalam tengkorak. Tekanan

dalam tengkorak yang terlalu tinggi dapat berakibat fatal. Masalah yang sering muncul adalah pasien datang terlambat ke RS (Pinzon, 2016).

2.1.5 Pemeriksaan Diagnostik Stroke

Rekomendasi pemeriksaan penunjang segera yang harus dilakukan untuk semua pasien suspek stroke saat masuk Instalasi Gawat Darurat (IGD) meliputi:

- 1) Elektrokardiografi (EKG) (Menteri Kesehatan RI, 2019)
- 2) “*Brain imaging*” atau pencitraan otak berupa pemeriksaan CT scan atau MRI (*Magnetic Resonance Imaging*), sangat penting untuk melengkapi pemeriksaan klinis dalam membedakan jenis dan mekanisme stroke. Gejala klinis saja tidak dapat membedakan stroke iskemik atau stroke perdarahan. Penanganan kedua jenis stroke sangat berbeda sehingga pencitraan otak merupakan salah satu prioritas yang paling mendesak ketika pasien datang ke rumah sakit dengan dugaan stroke (Campbell & Khatri, 2020). Saat datang ke unit gawat darurat, pasien harus menjalani pencitraan otak dan *cervico cephalic* vaskular untuk membedakan stroke dan non-stroke dan untuk mengidentifikasi lesi vaskular berisiko tinggi (seperti stenosis atau diseksi parah), dan dinilai untuk mengetahui penyebab umum emboli jantung. CT scan dan MRI telah terbukti mengidentifikasi pasien dengan kelainan perfusi fokal pada 30% hingga 42% pasien setelah TIA (Siket & Cadena, 2021). Pencitraan otak dengan CT scan tanpa kontras atau MRI sebaiknya dilakukan dalam 20 menit pertama sejak pasien datang pada kandidat penerima rtPA dan atau trombektomi. CT scan dan MRI sangat membantu dalam diagnosis stroke iskemik, tetapi pencitraan otak tidak boleh menunda pemberian rtPA. Pencitraan vaskular (CT angiografi) diperlukan untuk persiapan pemberian obat intra-arterial, tindakan bedah atau intervensi endovaskular, tetapi pencitraan ini tidak boleh mengakibatkan penundaan terapi pada pasien stroke iskemik akut yang datang dalam waktu 3 jam setelah serangan (Menteri Kesehatan RI, 2019).
- 3) Pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan darah berupa hematologi rutin, gula darah sewaktu, elektrolit serum, tes fungsi ginjal (ureum, kreatinin), penanda iskemik jantung, hitung darah lengkap (termasuk trombosit), *activated partial thrombin time* (APTT), *prothrombin time* (PT), INR, fibrinogen. Sedangkan untuk di ruangan

direncanakan pemeriksaan gula darah puasa dan 2 jam *post-prandial*, profil lipid, *C-reactive protein* (CRP), laju endap darah, dan pemeriksaan atas indikasi seperti enzim jantung (troponin/CKMB), serum elektrolit, analisis hepatic dan dapat dilakukan pemeriksaan tambahan berupa darah elektrolit, viskositas darah dan *homocysteine* (Menteri Kesehatan RI, 2019).

Lebih lanjut Menteri Kesehatan RI (2019) dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Stroke menjelaskan pemeriksaan tambahan yang disesuaikan dengan indikasi (sebagian dapat dilakukan diruang rawat) meliputi:

- 1) *Duplex/Doppler ultrasound ekstrakranial* dan *transcranial Doppler* serta *bubble contras TCD* pada yang dicurigai adanya *right to left shunt* (PFO).
- 2) MRA atau CTA.
- 3) MR *difusi* dan *perfusi* atau CT *perfusi*.
- 4) Ekokardiografi (*transthoracic* dan/atau *transesophageal*), holter.
- 5) Foto thorax.
- 6) Saturasi oksigen dan analisis gas darah.
- 7) Lumbal punksi jika dicurigai adanya perdarahan *subarachnoid* dan CT scan tidak ditemukan adanya perdarahan.
- 8) EEG jika ada kejang.
- 9) Skrining toksikologi (misalnya alkohol, kecanduan obat).
- 10) Pemeriksaan anti kardiolipin, ANA sel jika dicurigai adanya penyakit autoimun, Anti-dsDNA *antibody*.

2.1.6 Tingkat Keparahan Stroke

The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) yang berarti Skala Stroke Institut Kesehatan Nasional adalah skala penurunan nilai 15 item yang digunakan untuk mengukur tingkat keparahan stroke. NIHSS direkomendasikan sebagai alat yang valid untuk menilai tingkat keparahan stroke. NIHSS mencakup domain tingkat kesadaran, gerakan mata, integritas bidang visual, gerakan wajah, kekuatan otot lengan dan kaki, sensasi, koordinasi, bahasa, ucapan, dan pengabaian. Setiap gangguan diberi skor pada skala ordinal yang berkisar antara 0 sampai 2, 0

sampai 3, atau 0 sampai 4. Skor item dijumlahkan menjadi skor total yang berkisar antara 0 sampai 42. Semakin tinggi skor NIHSS, semakin tinggi tingkat keparahan stroke. NIHSS adalah alat yang andal, valid, dan responsif untuk mengukur tingkat keparahan stroke. NIHSS dapat digunakan dalam praktik klinis maupun penelitian (Kwah & Diong, 2014).

Terdapat 11 item dalam penilaian NIHSS meliputi tingkat kesadaran, tatapan terbaik, pengujian bidang visual, paresis wajah, fungsi motorik lengan dan tungkai, ataksia ekstremitas, sensorik, bahasa, disartria, koordinasi, dan kurangnya perhatian. NIHSS memiliki skor maksimal 42 dan skor minimum 0. Interpretasi dari NIHSS jika skor > 25 sangat berat, 14-25 berat, 5-14 sedang, dan < 5 ringan (Jojang et al., 2016). Skor NIHSS ringan jika pasien sadar dan responsif, dapat menjawab pertanyaan dengan benar, dapat melakukan perintah dengan benar, gerakan mata normal, tidak ada gangguan lapang pandang, tidak ada paresis wajah, lengan dan tungkai tidak jatuh, tidak ada ataksia gangguan gerak, tidak ada gangguan sensorik, tidak ada gangguan bahasa, tidak ada disartria, dan adanya perhatian atau atensi (Lyden, 2017).

2.1.7 Faktor Risiko Stroke

Dalam pengobatan dan pencegahan stroke, identifikasi faktor risiko sangat penting. Pencegahan stroke pada pasien dilakukan dengan cara mengoptimalkan pengendalian faktor risiko, terutama faktor risiko yang dapat dimodifikasi (Menteri Kesehatan RI, 2019). Beberapa faktor risiko stroke sebagai berikut:

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko medis utama stroke. Tingkat tekanan darah memiliki hubungan linear dengan risiko stroke. Peningkatan tekanan darah sistolik sebesar 20 mmHg atau diastolik sebesar 10 mmHg berhubungan dengan peningkatan risiko stroke sebesar dua kali lipat. Peningkatan tekanan darah setelah stroke iskemik atau TIA juga merupakan faktor risiko stroke berulang (Dawson et al., 2022).

2) Merokok

Setiap pasien perlu ditanyakan apakah merokok atau tidak. Pasien disarankan untuk berhenti merokok mengingat bukti epidemiologi yang menunjukkan rokok berisiko

menyebabkan stroke iskemik dan perdarahan *subarachnoid* (Menteri Kesehatan RI, 2019)

3) Minum minuman beralkohol

Lebih dari 80% dari risiko stroke karena penggunaan alkohol (Dawson et al., 2022). Faktor yang dapat diubah untuk munculnya stroke berulang antara lain adalah gaya hidup pasien berupa kebiasaan minum alkohol (Tunik, 2022).

4) Pola makan tidak sehat

Diet tinggi natrium dan daging merah, rendah buah-buahan, sayuran, biji-bijian (Feigin et al., 2022).

5) Faktor psikologis

Stress dan depresi risiko terjadi stroke (WHO, 2022; Yeghiazaryan et al., 2023).

6) Kurang aktivitas fisik

Kurang aktivitas fisik menyumbang 47,4% dari beban stroke (Feigin et al., 2022).

7) Penyakit jantung

Penyakit fibrilasi atrium (WHO, 2022; Menteri Kesehatan RI, 2019; Yeghiazaryan et al., 2023), penyakit jantung koroner, gagal jantung, dan klaudikasio intermiten. Pencegahan stroke pada orang dengan faktor risiko tersebut dapat dilakukan dengan pemberian antiplatelet. Penyakit jantung lain seperti riwayat infark miokard dengan elevasi segmen ST (*ST elevation myocardial infarct*, STEMI) dengan trombus mural ventrikel kiri atau kelainan akinetik segmen ventrikel kiri (Menteri Kesehatan RI, 2019).

8) Diabetes

Diabetes meningkatkan risiko stroke. Sebaiknya dilakukan pemeriksaan gula darah teratur. Kontrol gula darah dilakukan dengan modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologi (Menteri Kesehatan RI, 2019).

9) Obesitas

Insiden stroke berulang sebelum 15 bulan lebih tinggi pada pasien obesitas dan pra hipertensi (Trisetiawati et al., 2018).

10) Dislipidemia (peningkatan kadar lipid darah)

Dislipidemia merupakan penyebab stroke keempat terbanyak di Indonesia, terutama pada stroke iskemik. Pasien dislipidemia disarankan melakukan modifikasi gaya hidup dan diberikan inhibitor HMG-CoA reductase (statin), terlebih pada pasien berisiko tinggi seperti riwayat jantung koroner dan diabetes. Pasien dengan LDL-C >150 mg/dL sebaiknya mendapat terapi (Menteri Kesehatan RI, 2019).

11) Peningkatan kolesterol

Kolesterol total tinggi menyumbang 71,0% beban stroke (Feigin et al., 2022).

12) *Patent foramen ovale* (PFO) dengan *right to left shunt* (RLS)

Foramen ovale adalah celah yang ada antara dinding atrium kanan dan kiri, sehingga menyebabkan darah mengalir dari atrium kanan dan kiri. Pada sekitar 25% orang, celah ini tidak menutup, walaupun begitu sebagian besar orang tidak mengalami gejala. Pada pasien PFO, beberapa faktor seperti adanya RLS saat istirahat, RLS saat valsava, atau PFO disertai aneurisma septum arteri atau peningkatan mobilitas septum intra arteri diketahui berhubungan dengan stroke kriptogenik, dimana bentuk terseringnya adalah *embolic stroke of unknown source* (ESUS) (Menteri Kesehatan RI, 2019).

13) Faktor genetik

Faktor genetik merupakan salah satu risiko stroke di kemudian hari. Untuk memperkirakan adanya faktor genetik penyebab stroke dapat dilakukan anamnesis riwayat keluarga pasien stroke (Menteri Kesehatan RI, 2019).

14) Kontrol tidak teratur

Pasien yang tidak kontrol teratur setelah serangan pertama memiliki risiko berulang 8,7 kali lebih tinggi (Trisetiawati et al., 2018).

15) Usia

Variabel penyebab kejadian stroke berulang antara lain usia (Trisetiawati et al., 2018).

Faktor risiko perilaku merupakan penyebab utama stroke, yaitu perilaku penggunaan tembakau, asupan tinggi garam, aktivitas fisik yang rendah. Faktor risiko lain yang dapat diobati seperti tekanan darah tinggi, peningkatan kolesterol, obesitas,

dan diabetes (Yeghiazaryan et al., 2023). Program edukasi yang baik diharapkan mampu menurunkan risiko stroke berulang. Pasien yang selamat dari serangan stroke harus terus mengendalikan faktor risiko untuk mencegah risiko terjadinya stroke berulang (Pinzon, 2016)

2.1.8 Intervensi Stroke

2.1.8.1 Trombolisis Intravena

Intervensi farmakologi berupa pemberian obat trombolisis intravena dan terapi rekanalisasi endovaskular untuk mengurangi kecacatan pada pasien stroke iskemik akut (Altersberger et al., 2022). Terapi ini hanya untuk tatalaksana stroke iskemik akut karena risiko utama terapi ini adalah perdarahan intraserebral. Pasien akan diberikan obat yang mengandung *recombinant tissue plasminogen activator* (rtPA) melalui infus. Penelitian menunjukkan pengobatan rtPA memberikan manfaat terhadap 624 pasien stroke iskemik akut. Terjadi peningkatan hasil klinis yang signifikan dalam waktu 3 bulan untuk pasien stroke iskemik akut yang diobati dengan rtPA dalam waktu 3 jam. Terapi rtPA pada pasien stroke iskemik akut menunjukkan 30% lebih besar untuk mengalami kecacatan minimal atau tidak sama sekali dalam waktu 3 bulan. Waktu pemberian rtPA adalah 0 sampai 4,5 jam “*last known well*” (LKW) atau “terakhir diketahui dengan baik”, yaitu tanpa gejala stroke (Siket & Cadena, 2021).

2.1.8.2 Intervensi Farmakologi

Penelitian Dawson et al. (2022) menjelaskan bahwa setelah fase akut, pedoman pengobatan stroke dan stroke berulang sebagai berikut:

1) Obat penurun tekanan darah

Obat penurun tekanan darah menunjukkan penurunan yang signifikan dalam kemungkinan stroke berulang hampir 20%. Penggunaan obat penurun tekanan darah diperkirakan akan menurunkan 17 kasus stroke per 1000 orang yang diobati. Pengobatan harus ditujukan untuk mencapai tingkat tekanan darah di bawah 130/80 mmHg kecuali pada beberapa orang yang memiliki risiko tinggi mengalami masalah, seperti seseorang yang sangat lanjut usia, terdapat masalah ginjal, dan mengalami penyempitan parah pada pembuluh darah besar ke otak. Saat mengobati

tekanan darah, memulai pengobatan dengan lebih dari satu obat bermanfaat bagi banyak kasus. Memantau tekanan darah di rumah meningkatkan pengendalian tekanan darah.

2) Obat penghambat HMG CoA reduktase (statin)

Seseorang yang pernah mengalami stroke iskemik atau TIA harus diberi obat penghambat HMG CoA reduktase (statin) untuk menurunkan kolesterolnya. Pada seseorang yang kadar kolesterolnya tidak terkontrol dengan menghambat HMG CoA reduktase (statin), penambahan obat lebih lanjut harus dipertimbangkan.

3) Obat penurun lipid

Obat penurun lipid bertujuan untuk menjaga tingkat kolesterol densitas rendah (kolesterol jahat) di bawah 1,8 mmol/l (70 mg/dl).

4) Obat antiplatelet

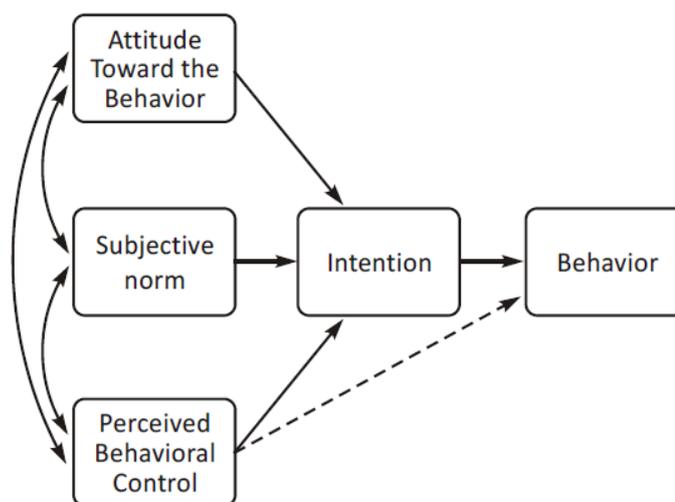
Dalam jangka panjang, seseorang yang pernah mengalami stroke iskemik atau TIA, yang tidak memiliki alasan khusus untuk mengkonsumsi pengencer darah antikoagulan yang lebih kuat, harus diberi resep antiplatelet, tetapi hanya satu obat tersebut dalam satu waktu.

5) Obat anti-diabetes

Pada penderita diabetes, atau bukti awal penyakit tersebut, obat anti-diabetes pioglitazone mengurangi risiko stroke berulang, namun hal ini harus diimbangi dengan peningkatan risiko patah tulang, gagal jantung, dan kanker kandung kemih. Pengendalian gula darah ke tingkat HbA1c < 53 mmol/mol (7%, 154 mg/dl) pada penderita diabetes melitus dan stroke iskemik atau TIA kemungkinan besar bermanfaat dalam mengurangi risiko kejadian kardiovaskular dan komplikasi lainnya (Dawson et al., 2022).

2.2 Theory of Planned Behaviour (TPB)

Theory of Planned Behaviour (TPB) dikembangkan oleh psikolog sosial Icek Ajzen. TPB berarti Teori Perilaku Terencana, didukung oleh bukti empiris. Niat (*intentions*) untuk melakukan berbagai jenis perilaku (*behaviours*) ditentukan oleh sikap terhadap perilaku (*attitudes toward the behaviour*) tersebut, norma subjektif (*subjective norms*), dan kontrol perilaku yang dipersepsikan (*perceived behaviour control*) (Ajzen, 1991). Kerangka model ketiga hubungan tersebut dapat dilihat pada gambar 2.5.



Gambar 2.5. Faktor Penentu Perilaku (Ajzen, 1991)

TPB terdiri dari model sikap, norma subjektif, persepsi kontrol perilaku, dan identitas diri. Dalam TPB, perilaku seseorang ditentukan oleh niat berperilaku. Perspektif TPB dibentuk berdasarkan struktur berbasis keyakinan perilaku, keyakinan normatif, dan keyakinan kontrol. Berdasarkan TPB, niat dipengaruhi oleh keyakinan tentang ada tidaknya faktor yang memudahkan atau menghambat kinerja suatu perilaku. Keyakinan didasarkan pada pengalaman masa lalu perilaku atau berdasarkan pengamatan orang lain yang terlibat dalam perilaku (Ataei et al., 2021).

TPB menjelaskan bahwa sikap terhadap perilaku berhubungan dengan evaluasi seseorang terhadap perilaku tersebut. Terdapat dua komponen sikap terhadap perilaku yaitu keyakinan perilaku (*behaviour belief*) dan sikap terhadap perilaku (*outcome evaluation*). Norma subjektif adalah perkiraan seseorang mengenai tekanan sosial untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku. Norma

subjektif dipengaruhi oleh keyakinan normatif (*normative belief*) dan motivasi untuk patuh (*motivation to comply*). *Perceived Behaviour Control* (PBC) adalah sejauh mana seseorang merasa mampu melakukan perilaku tersebut. PBC memiliki dua komponen, yaitu seberapa besar kendali yang dipersepsikan seseorang terhadap perilakunya (*control belief*) dan seberapa yakin akan mampu melakukan tindakan tersebut (*power belief*) (Gillespie et al., 2020).

2.2.1 Niat (*Intentions*)

Dalam TPB, niat individu merupakan faktor sentral untuk melakukan perilaku tertentu. Niat mendorong motivasi yang mempengaruhi perilaku. Niat merupakan indikasi seberapa keras seseorang mencoba dan berupaya untuk melakukan perilaku. Semakin kuat niat, semakin besar kemungkinan untuk terlibat dalam suatu perilaku. Selain faktor motivasi, sebagian besar perilaku juga dipengaruhi oleh faktor non motivasi, seperti peluang dan sumber daya yang diperlukan (misalnya, waktu, uang, keterampilan, dan kerja sama orang lain). Secara bersamaan, faktor-faktor ini menghasilkan perilaku. Ketika seseorang memiliki peluang dan sumber daya yang diperlukan, serta berniat untuk melakukan perilaku tersebut, maka perilaku akan terlaksana (Ajzen, 1991).

TPB menyatakan tiga faktor penentu niat yang secara konseptual independen. Pertama adalah sikap terhadap perilaku, mengacu pada sejauh mana seseorang mempunyai evaluasi atau penilaian yang disukai atau tidak disukai terhadap perilaku tersebut. Kedua adalah faktor sosial yang disebut norma subjektif, yang mengacu pada tekanan sosial yang dirasakan untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku tersebut. Ketiga adalah kontrol perilaku yang dipersepsikan, yang mengacu pada kemudahan atau kesulitan yang dirasakan dalam melakukan perilaku dan diasumsikan mencerminkan pengalaman masa lalu serta hambatan dan hambatan yang diantisipasi (Ajzen, 2005).

2.2.2 Sikap Terhadap Perilaku (*Attitudes Toward the Behaviour*)

Sikap terhadap perilaku ditentukan oleh keyakinan mengenai konsekuensi dari suatu perilaku atau secara singkat disebut keyakinan-keyakinan perilaku (*Behaviour*

beliefs). Keyakinan berkaitan dengan penilaian subjektif individu terhadap sekitar dan pemahaman individu mengenai diri dan lingkungan. Sikap menghubungkan antara perilaku tertentu dengan berbagai manfaat atau kerugian yang mungkin diperoleh apabila individu melakukan atau tidak. Keyakinan ini dapat memperkuat sikap terhadap perilaku apabila berdasarkan evaluasi yang dilakukan individu perilaku dapat memberikan keuntungan (Ajzen, 2005).

2.2.3 Norma Subyektif (*Subjective Norms*)

Norma subjektif merupakan dukungan dari orang disekeliling kita untuk dapat menentukan suatu tindakan yang akan dilakukan (Purbawijaya & Hidayah, 2021). Norma subjektif adalah persepsi individu terhadap harapan dari orang-orang yang berpengaruh dalam kehidupannya (*significant others*) mengenai dilakukan atau tidak dilakukannya perilaku tertentu. Persepsi ini sifatnya subjektif sehingga dimensi ini disebut norma subjektif. Sebagaimana sikap terhadap perilaku, norma subjektif juga dipengaruhi oleh keyakinan. Bedanya adalah apabila sikap terhadap perilaku merupakan fungsi dari keyakinan individu terhadap perilaku yang akan dilakukan (*behavioural belief*) maka norma subjektif adalah fungsi dari keyakinan individu yang diperoleh atas pandangan orang-orang lain terhadap objek sikap yang berhubungan dengan individu (*normative belief*) (Ajzen, 2005).

2.2.4 Kontrol Perilaku yang Dipersepsikan (*Perceived Behaviour Control*)

Kontrol perilaku yang dipersepsikan penting dalam TPB. Kontrol perilaku yang dipersepsikan mengacu pada persepsi masyarakat terhadap kemudahan atau kesulitan dalam melakukan perilaku yang diinginkan. TPB menempatkan kontrol perilaku yang dirasakan melalui kerangka hubungan yang lebih umum antara keyakinan, sikap, niat, dan perilaku. Menurut TPB, kontrol perilaku yang dipersepsikan bersama dengan niat berperilaku dapat digunakan secara langsung untuk memprediksi pencapaian perilaku. Sebagai contoh, meskipun dua individu mempunyai niat sama kuatnya untuk belajar bermain ski dan keduanya mencoba melakukannya. Seseorang yang yakin bahwa ia merasakan memiliki kemampuan bermain ski, kemungkinan besar akan bertahan dibandingkan orang yang meragukan kemampuannya (Ajzen, 2005).

Kontrol perilaku yang dipersepsikan mungkin tidak realistis jika seseorang relatif memiliki sedikit informasi mengenai perilaku, ketika persyaratan atau sumber daya yang tersedia telah berubah, atau ketika unsur-unsur baru dan asing telah memasuki situasi tersebut. Dalam kondisi tersebut, ukuran kontrol perilaku yang dipersepsikan mungkin hanya menambah sedikit keakuratan prediksi perilaku. Namun, sejauh kendali yang dipersepsikan bersifat realistis, kendali tersebut dapat digunakan untuk memprediksi kemungkinan keberhasilan upaya perilaku (Ajzen, 2005).

Semakin baik sikap dan norma subjektif dengan suatu perilaku dan semakin besar kontrol perilaku yang dipersepsikan, semakin kuat niat individu untuk melakukan perilaku yang sedang dipertimbangkan. Sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dipersepsikan dalam prediksi niat diperkirakan bervariasi antar perilaku dan situasi. Dalam beberapa aplikasi atau situasi, mungkin ditemukan hanya sikap yang memiliki dampak signifikan terhadap niat. Beberapa situasi, sikap dan kontrol perilaku yang dipersepsikan cukup untuk memperhitungkan niat. Pada situasi lain sikap, norma subjektif berdiri masing-masing (Ajzen, 2005).

2.2.5 Faktor Latar Belakang (*Background Factors*)

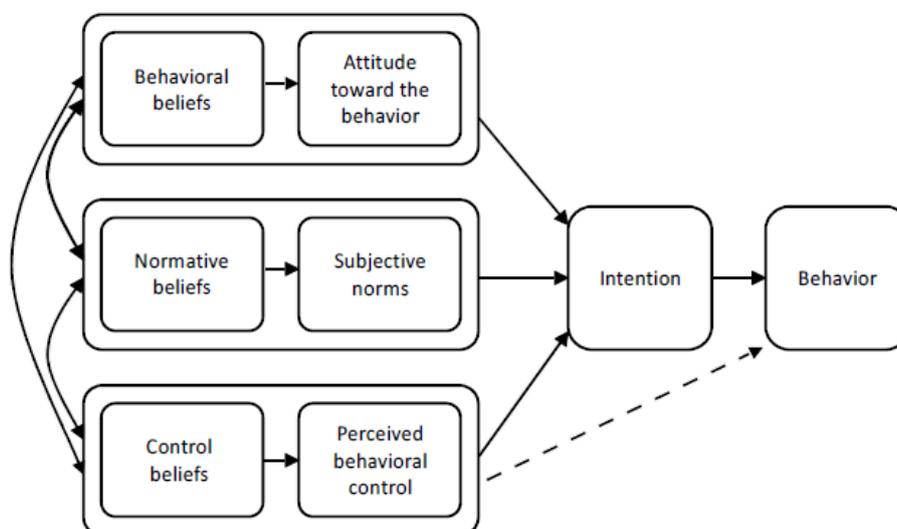
Ajzen (2005) menyatakan terdapat faktor latar belakang yang mempengaruhi kepercayaan (*beliefs*) yang akhirnya mempengaruhi niat dan perilaku.

Faktor latar belakang terdiri dari:

- a) *Individual personality* (kepribadian individu), seperti *mood* (suasana hati), *emotion* (emosi); *intelligence* (kecerdasan); *values* (nilai), *stereotypes* (stereotip); *general attitudes* (sikap secara umum); dan *experience* (pengalaman).
- b) *Social* (sosial), seperti *education* (pendidikan); *age* (usia), *gender* (jenis kelamin); *income* (penghasilan); *religion* (agama); *race* ras), *ethnicity* (etnis); dan *culture* (budaya).
- c) *Information* (informasi), seperti *knowledge* (pengetahuan); *media* (media); dan *intervention* (intervensi).

2.2.6 Peran Keyakinan (*Beliefs*) dalam Perilaku Manusia

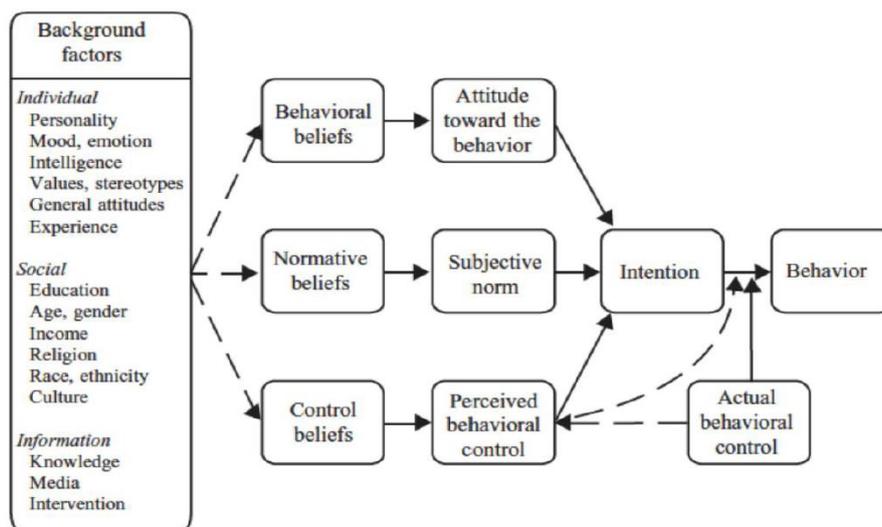
Keyakinan dianggap sebagai penentu utama niat dan tindakan seseorang. Ada tiga jenis keyakinan penting dalam TPB antara lain keyakinan perilaku (*behaviour beliefs*), yang diasumsikan mempengaruhi sikap terhadap sesuatu perilaku. Keyakinan normatif (*normatif beliefs*), yang merupakan faktor penentu norma subjektif. Keyakinan kontrol (*control beliefs*) yang menjadi dasar untuk persepsi kontrol perilaku. Keyakinan perilaku menghubungkan sikap dengan hasil tertentu, atau hal lain seperti biaya yang dikeluarkan untuk melakukan perilaku. Keyakinan normatif berhubungan dengan kemungkinan individu atau kelompok menyetujui atau menolak melakukan perilaku tertentu. Keyakinan kontrol mungkin sebagian berdasar pada pengalaman masa lalu, namun biasanya juga dipengaruhi oleh informasi langsung tentang perilaku, pengalaman kenalan dan teman, dan faktor lain yang meningkatkan atau mengurangi persepsi tersebut. Semakin banyak sumber daya dan peluang yang dimiliki individu dan semakin sedikit hambatan, semakin besar kontrol terhadap perilaku (Ajzen, 2005). Kerangka model peran keyakinan dalam perilaku manusia dapat dilihat pada gambar 2.6.



Gambar 2.6. Peran Keyakinan (*Beliefs*) dalam Perilaku Manusia (Ajzen, 2005)

2.2.7 Kecukupan TPB

TPB membedakan tiga jenis keyakinan, yaitu keyakinan perilaku, normatif, dan kontrol. Keyakinan mempengaruhi sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dipersepsikan. Perlunya pembedaan antara keyakinan perilaku dan normatif (dan antara sikap dan norma subjektif) kadang menjadi pertanyaan. Secara logis semua keyakinan mengasosiasikan perilaku yang diminati dengan atribut tertentu, baik itu hasil, ekspektasi normatif, atau sumber daya yang dibutuhkan untuk melakukan perilaku tersebut. Secara teoritis, evaluasi pribadi terhadap suatu perilaku (sikap), cara berperilaku yang diharapkan secara sosial (norma subjektif), dan efikasi diri berhubungan dengan perilaku tersebut (kontrol perilaku yang dipersepsikan) merupakan konsep yang sangat berbeda dimana masing-masing memiliki peran penting dalam sosial dan perilaku (Ajzen, 1991). *Theory of Planned Behaviour* dapat dilihat pada gambar 2.7.



Gambar 2.7. Theory of Planned Behaviour (Ajzen, 2005)

Dengan asumsi determinan yang stabil, ukuran perilaku di masa lalu dapat digunakan untuk menguji kecukupan rancangan model dalam memprediksi perilaku di masa depan. Perilaku di masa lalu diperlakukan bukan sebagai kebiasaan, namun faktor penentu perilaku yang diinginkan. Hubungan antara perilaku masa lalu dan perilaku selanjutnya merupakan indikasi stabilitas atau keandalan perilaku dan menentukan validitas prediktif suatu teori. Jika ada faktor penting yang hilang dalam teori yang diuji,

hal ini menunjukkan adanya pengaruh sisa yang signifikan dari masa lalu terhadap perilaku di kemudian hari (Ajzen, 2005).

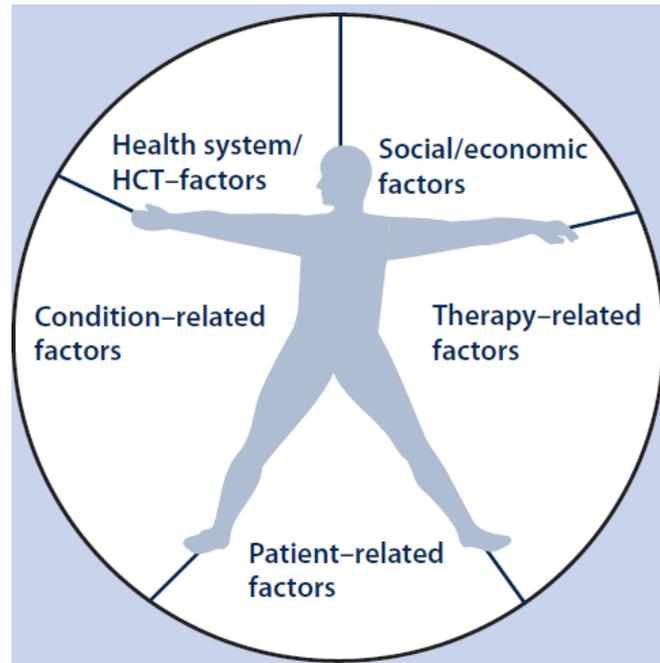
2.3 Model *The Five Dimensions of Adherence* (Lima Dimensi Kepatuhan) *World Health Organization* (WHO)

2.3.1 Pengertian Kepatuhan

World Health Organization (WHO) dalam buku panduan mengenai “*Adherence to Long-Term Therapies, Evidence for Action*” mendefinisikan kepatuhan sebagai sejauh mana perilaku seseorang (minum obat, mengikuti diet, dan/atau melakukan perubahan gaya hidup) sesuai dengan rekomendasi penyedia layanan kesehatan (WHO, 2003). Modifikasi faktor perilaku direkomendasikan untuk mengurangi risiko stroke berulang berupa kepatuhan pengobatan, menjaga pola makan sehat, aktif secara fisik, berhenti merokok, dan membatasi atau menghindari alkohol (Smith et al., 2023).

2.3.2 Model *The Five Dimensions of Adherence* (Lima Dimensi Kepatuhan) WHO

Kepatuhan ditentukan oleh interaksi lima faktor, disini disebut "dimensi". Model *The Five Dimensions of Adherence* (Lima Dimensi Kepatuhan) menurut WHO dapat dilihat pada gambar 2.8 (WHO, 2003). Sejumlah pendekatan teoritis termasuk *Health Belief Model* (Rosenstock, 1974), *Theory of Planned Behaviour* (Ajzen, 1991), *Theory of Self Care Deficit* (Orem, 2001), *The Transtheoretical Model* (Prochaska & DiClemente, 1984), dan *Social Learning Theory* (Bandura, 1977) diusulkan untuk menggambarkan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seperti kepatuhan pengobatan. Mengingat perilaku juga dipengaruhi oleh faktor-faktor dari sistem di mana pasien tinggal dan menerima layanan kesehatan, teori yang mengintegrasikan faktor sistem dalam mempromosikan perubahan perilaku tidak dapat diabaikan (Berben et al., 2012).



Gambar 2.8. Model *The Five Dimensions of Adherence* (Lima Dimensi Kepatuhan) WHO (WHO, 2003)

Berdasarkan gambar 2.8 dapat dilihat model lima dimensi kepatuhan WHO (2003) terdiri dari:

1) *Social and economic factors* (Faktor sosial dan ekonomi)

Beberapa faktor yang dilaporkan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan adalah status sosial ekonomi yang buruk, kemiskinan, buta huruf, tingkat pendidikan yang rendah, pengangguran, kurangnya dukungan sosial yang efektif, kondisi tempat tinggal yang tidak stabil, jarak yang jauh dari pusat pengobatan, biaya transportasi yang tinggi, biaya pengobatan yang tinggi, perubahan situasi lingkungan, budaya dan kepercayaan masyarakat tentang penyakit dan pengobatan, disfungsi keluarga, dan sosiodemografi. Variabel sosiodemografi yang berpengaruh yaitu ras, perang, dan usia. Kepatuhan terhadap pengobatan oleh anak-anak dan remaja berkisar antara 43% hingga 100%, dengan rata-rata 58%. di negara maju (WHO, 2003).

Salah satu penelitian menggunakan model kepatuhan WHO pada pasien stroke yang mengkonsumsi warfarin (salah satu obat antikoagulan oral), faktor sosial dan ekonomi pasien mempengaruhi persepsi dan kepatuhan pasien terhadap terapi warfarin. Pasien terbebani secara finansial oleh biaya tambahan (tes INR, biaya yang

diperlukan untuk bepergian ke klinik) yang terkait dengan pengelolaan terapi. Faktor sosial, seperti dukungan keluarga, kondisi tempat tinggal, dan jadwal kerja yang padat, cenderung mempengaruhi kepatuhan pasien terhadap warfarin. Sebuah studi kualitatif yang dilakukan di sebuah klinik praktik keluarga di Kanada ($n = 21$) melaporkan bahwa pasien yang secara aktif didukung oleh pasangannya dalam pengelolaan warfarin sehari-hari sebagian besar puas dengan terapi tersebut. Sebuah studi deskriptif yang dilakukan di Amerika Serikat menemukan bahwa kurangnya dukungan sosial (misalnya belum menikah) merupakan prediktor independen ketidakpatuhan terhadap pengisian ulang resep warfarin. Terkait dengan dampak komitmen kerja terhadap kepatuhan warfarin, *prospective cohort study* yang dilakukan di dua klinik antikoagulan khusus di Amerika Serikat menemukan bahwa pasien yang bekerja memiliki kepatuhan yang lebih rendah terhadap warfarin dibandingkan pasien yang tidak bekerja (OR = 0,6, 95% CI 0,3-1,2) (Pandya & Bajorek, 2017).

2) *Health care team (HCT) and system-related factors* (Faktor-faktor yang berhubungan dengan tim dan sistem layanan kesehatan)

Hubungan yang baik antara pasien dan penyedia layanan kesehatan dapat meningkatkan kepatuhan. Layanan kesehatan yang kurang memadai atau tidak ada penggantian biaya asuransi kesehatan, sistem distribusi obat yang buruk, kurangnya pengetahuan dan pelatihan bagi penyedia layanan kesehatan dalam mengelola penyakit kronis, penyedia layanan kesehatan yang terlalu banyak bekerja, kurangnya insentif dan umpan balik atas kinerja, konsultasi yang singkat, lemahnya kapasitas sistem untuk mengedukasi pasien dan memberikan tindak lanjut, ketidakmampuan untuk membangun dukungan masyarakat dan kapasitas manajemen diri, kurangnya pengetahuan tentang kepatuhan dan intervensi yang efektif untuk memperbaikinya dapat menimbulkan dampak negatif bagi pasien (WHO, 2003).

Penelitian menunjukkan harapan pasien terhadap sistem layanan kesehatan terkait manajemen warfarin berpengaruh terhadap kepuasan pengobatan, kualitas hidup, dan kepatuhan pasien. *Cross sectional survey* yang dilakukan di pusat rujukan antikoagulan di Argentina ($n = 905$) melaporkan bahwa pasien yang melakukan

kontak telepon secara teratur dengan dokter mereka sebagian besar memiliki perspektif yang positif tentang warfarin. Terkait dengan dampak dukungan emosional dari tenaga kesehatan profesional, *case control study* yang dilakukan di unit terapi antikoagulan di Amerika Serikat ($n = 132$) menunjukkan bahwa dibandingkan dengan pasien yang patuh, pasien yang tidak patuh sering merasa bahwa dokter mereka tidak benar-benar peduli dengan mereka ($OR = 3,1, 95\% CI 1,2-7,8$) [36]. *Descriptive cross sectional study* yang dilakukan di empat pusat layanan kesehatan di Finlandia ($n = 139$ pasien, usia rata-rata 70 tahun) juga menemukan bahwa pasien yang merasa puas dengan dukungan layanan kesehatan memiliki kepatuhan yang lebih baik dibandingkan yang menerima dukungan layanan kesehatan di bawah harapan mereka ($55\% vs 39\%; P = 0,09$) (Pandya & Bajorek, 2017).

3) *Condition-related factors* (Faktor yang berhubungan dengan kondisi)

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kondisi merupakan tuntutan terkait penyakit tertentu yang dihadapi oleh pasien. Beberapa faktor penentu kepatuhan yang kuat adalah yang terkait dengan tingkat keparahan gejala, tingkat kecacatan (fisik, psikologis, sosial dan vokasional), tingkat perkembangan dan keparahan penyakit, dan ketersediaan perawatan yang efektif. Dampaknya tergantung bagaimana pengaruh terhadap persepsi risiko pasien, pentingnya mengikuti pengobatan, dan prioritas terhadap kepatuhan (WHO, 2003).

Dalam beberapa kasus, stroke menyebabkan pasien mengalami gangguan fisik dan kognitif. Hal ini dapat mengurangi kemampuan pasien untuk mengelola pengobatan dan mengurangi kepatuhan terhadap terapi. *Prospective cohort study* yang dilakukan di dua klinik antikoagulan khusus di Amerika Serikat ($n = 111$) menemukan bahwa skor yang lebih rendah pada kesehatan mental (skor komponen mental SF-36 yang lebih rendah, $OR 1,4 [95\% CI 1,1-1,6]$ untuk setiap penurunan 10 poin) dan fungsi kognitif (< 19 pada Pemeriksaan Skrining Kapasitas Kognitif, $OR 2,9 [95\% CI 1,7-4,8]$) merupakan faktor independen yang meningkatkan kemungkinan ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Dengan demikian, pasien yang kurang informasi dan salah persepsi tentang Atrial Fibrilasi, serta pasien dengan penurunan fungsional (fisik atau kognitif), dapat menjadi tidak patuh terhadap

pengobatan, baik sedang mengonsumsi warfarin atau *direct oral anticoagulants* (DOACs) atau tidak (Pandya & Bajorek, 2017).

4) *Therapy-related factors* (Faktor yang berhubungan dengan terapi)

Ada banyak faktor terkait terapi yang mempengaruhi kepatuhan. Faktor yang paling menonjol adalah yang terkait dengan kompleksitas rejimen medis, durasi pengobatan, kegagalan pengobatan sebelumnya, sering berubah dalam pengobatan, kesegeraan efek yang menguntungkan, efek samping, dan ketersediaan dukungan medis untuk menanganinya. Intervensi kepatuhan harus disesuaikan dengan kebutuhan pasien untuk mencapai dampak yang maksimal (WHO, 2003).

Penelitian menunjukkan bahwa di antara lima dimensi kepatuhan, faktor yang berhubungan dengan terapi memiliki pengaruh terbesar terhadap perspektif dan kepatuhan pasien terhadap warfarin. Faktor ketidaknyamanan yang terkait dengan manajemen terapi warfarin sehari-hari, kehidupan sosial, dan aspek manajemen terapi merupakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan. Pasien yang mengonsumsi warfarin sebanyak dua pertiga pasien (11-67%) mengalami pembatasan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari karena menjalani terapi warfarin. Hal ini yang menyebabkan ketidakpatuhan terapi (Pandya & Bajorek, 2017).

Penelitian lain memperlihatkan efek samping pengobatan stroke merupakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan. Penelitian kuantitatif *cross sectional* terhadap 100 pasien stroke iskemik menunjukkan pasien yang khawatir tentang efek samping pengobatan cenderung tidak mematuhi pengobatan. Hal ini konsisten dengan penelitian lain yang dilakukan Shani et al pada 240 penderita stroke menunjukkan bahwa pasien yang mengalami efek samping akibat pengobatan stroke lebih cenderung mengalami ketidakpatuhan terhadap resep dibandingkan mereka yang tidak mengalami efek samping (Ruksakulpiwat et al., 2023).

5) *Patient-related factors* (Faktor yang berhubungan dengan pasien)

Faktor-faktor yang berhubungan dengan pasien mempengaruhi kepatuhan terdiri dari sumber daya, pengetahuan dan keterampilan yang tidak memadai dalam mengelola gejala penyakit dan pengobatan, kesalahpahaman dan ketidaktahuan tentang penyakit, sikap (kurangnya penerimaan terhadap pemantauan), keyakinan

negatif mengenai kemanjuran pengobatan, kurangnya persepsi tentang risiko kesehatan yang terkait dengan penyakit, harapan pengobatan yang rendah, motivasi yang rendah, kecemasan tentang kemungkinan efek samping, perilaku (kehadiran yang rendah pada tindak lanjut atau pada kelas konseling) (WHO, 2003).

Penelitian menunjukkan berbagai faktor yang berhubungan dengan pasien mempengaruhi kepatuhan terhadap terapi warfarin, mencakup faktor fungsi kognitif (misalnya memori, “kelupaan”), pemahaman dan persepsi tentang pengobatan, serta sikap terhadap risiko (manfaat terapi) (Pandya & Bajorek, 2017). Gangguan kognitif merupakan hambatan kepatuhan pengobatan pada pasien stroke. Penelitian Shani et al pasien stroke dengan masalah memori lebih cenderung tidak patuh terhadap pengobatan (OR = 0,34; 95% CI, 0,16-0,71). Kelupaan merupakan faktor yang menghalangi pasien stroke untuk mematuhi pengobatan pencegahan stroke berulang (Ruksakulpiwat et al., 2023).

Persepsi pasien mengenai rasio risiko (perdarahan) dan manfaat (pencegahan stroke) dalam terapi warfarin berdampak pada penerimaan pasien terhadap warfarin, kualitas hidup, dan kepatuhan. Kepatuhan pasien terhadap terapi warfarin sebagian dipengaruhi oleh persepsi pasien tentang risiko perdarahan, terutama karena manfaat pencegahan stroke tidak begitu nyata dibandingkan dengan pengalaman perdarahan. Persepsi ini didukung oleh pengetahuan dan pemahaman pasien tentang hubungan antara stroke dan Atrial Fibrilasi, serta peran warfarin dalam pencegahan stroke. Hanya pasien dengan riwayat stroke sebelumnya yang sepenuhnya memahami peran warfarin dalam pencegahan stroke berulang (Pandya & Bajorek, 2017). Persepsi kesehatan, yang didefinisikan sebagai keyakinan dan pemahaman pribadi seseorang mengenai status kesehatan, dikaitkan dengan kepatuhan pengobatan. Sebuah studi kualitatif menunjukkan kepatuhan terhadap pengobatan pascastroke disebabkan karena kurangnya pemahaman tentang penyakit stroke (Ruksakulpiwat et al., 2023).

2.3.3 Intervensi Dalam Lima Dimensi Kepatuhan WHO

Dalam model Lima Dimensi Kepatuhan WHO (2003), pendekatan yang paling efektif telah terbukti bersifat multi-level, dimana menargetkan lebih dari satu faktor

dengan lebih dari satu intervensi. Upaya-upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan melalui intervensi dalam lima dimensi sebagai berikut:

1) *Social and economic factors* (Faktor sosial dan ekonomi)

Masalah ekonomi dan sosial utama yang harus ditangani terkait dengan kepatuhan adalah kemiskinan, akses terhadap pelayanan kesehatan dan obat-obatan, buta huruf, penyediaan jaringan dukungan sosial yang efektif, dan pemberian layanan kesehatan yang peka terhadap kepercayaan dan budaya tentang penyakit dan pengobatan. Upaya berikut dilaporkan sebagai intervensi sosial yang efektif untuk meningkatkan kepatuhan yaitu:

- a) Meningkatkan akses terhadap obat-obatan dan perawatan di seluruh dunia
- b) Organisasi berbasis masyarakat
- c) Pendidikan pasien yang buta huruf
- d) Penilaian kebutuhan sosial
- e) Kesiapan keluarga
- f) Dukungan sosial

Dukungan sosial yaitu dukungan informal atau formal yang diterima oleh pasien dari anggota komunitas, secara konsisten dilaporkan sebagai faktor penting yang mempengaruhi hasil dan perilaku kesehatan. Hal ini juga telah dilaporkan dapat meningkatkan kepatuhan terhadap rekomendasi yang diresepkan untuk mengobati kondisi kronis, seperti diabetes, hipertensi, epilepsi, asma, dan HIV/AIDS, dan beberapa intervensi pencegahan seperti pedoman skrining kanker payudara serta tindak lanjut untuk pemeriksaan Pap smear yang tidak normal.

2) *Health care team (HCT) and system-related factors* (Faktor-faktor yang berhubungan dengan tim dan sistem layanan kesehatan)

Para pembuat kebijakan memiliki tanggung jawab utama untuk merancang dan mengelola lingkungan layanan kesehatan. Pimpinan kesehatan di berbagai tingkatan berkontribusi dalam membentuk sistem kesehatan untuk memenuhi kebutuhan dalam hal bagaimana sistem kesehatan beroperasi, jenis layanan dan sumber daya yang tersedia dan dapat diakses oleh masyarakat, dan bagaimana penyedia layanan kesehatan menjadi perhatian utama. Lima hambatan utama faktor

tim dan sistem kesehatan yaitu:

- a) Kurangnya kesadaran dan pengetahuan tentang kepatuhan
- b) Kurangnya alat klinis untuk membantu tenaga kesehatan dalam mengevaluasi dan mengintervensi masalah kepatuhan
- c) Kurangnya alat perilaku untuk membantu pasien mengembangkan perilaku kesehatan yang adaptif atau mengubah perilaku yang maladaptif
- d) Kesenjangan dalam penyediaan perawatan untuk kondisi kronis
- e) Komunikasi yang tidak optimal antara pasien dan tenaga kesehatan

Penyedia layanan kesehatan memiliki peran penting dalam mempromosikan kepatuhan, merancang, dan mengimplementasikan intervensi. Sistem kesehatan dan penyedia layanan kesehatan perlu mengembangkan cara untuk menilai secara akurat tidak hanya kepatuhan, tetapi juga faktor-faktor yang berkontribusi terhadapnya. Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan melalui "perangkat konseling kepatuhan", yaitu sebuah pelatihan khusus yang membahas tiga topik utama secara bersamaan sebagai berikut:

- a) Informasi tentang kepatuhan.

Informasi ini berisi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan, intervensi efektif yang tersedia, epidemiologi dan ekonomi dari kepatuhan, dan perilaku yang mendorong kepatuhan pasien.

- b) Cara yang bermanfaat secara klinis untuk menggunakan informasi dan berpikir tentang kepatuhan.

Hal ini harus mencakup alat penilaian dan strategi untuk mendorong perubahan. Intervensi edukasi apapun harus menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut: Bagaimana seharusnya pasien diwawancarai untuk menilai kepatuhan? Bagaimana seseorang dapat belajar dari faktor dan intervensi setempat? Bagaimana prioritas harus diurutkan dan intervensi terbaik yang tersedia untuk dipilih? Bagaimana kemajuan pasien ditindaklanjuti dan dinilai?

- c) Alat-alat perilaku untuk menciptakan atau mempertahankan kebiasaan.

Komponen ini harus diajarkan melalui "bermain peran" dan strategi pendidikan lainnya, memastikan bahwa tenaga kesehatan menggunakan alat perilaku untuk

meningkatkan kepatuhan ke dalam praktik sehari-hari. Intervensi komprehensif yang menggabungkan komponen kognitif, perilaku, dan afektif lebih efektif daripada intervensi dengan fokus tunggal. Informasi saja tidak cukup untuk menciptakan atau mempertahankan kebiasaan kepatuhan yang baik.

3) *Condition-related factors* (Faktor yang berhubungan dengan kondisi)

Tuntutan, gejala, dan gangguan spesifik penyakit merupakan target para profesional kesehatan. Perawatan optimal dapat diberikan dengan mengidentifikasi dan mengobati masalah-masalah tersebut, serta mengidentifikasi dan mengobati penyakit penyerta yang mempengaruhi kepatuhan.

4) *Therapy-related factors* (Faktor yang berhubungan dengan terapi)

Dalam penelitian intervensi terapi, hambatan utama terhadap kepatuhan adalah jumlah dosis dan efek samping. Perusahaan farmasi bekerja sama dengan para profesional kesehatan dan peneliti sedang mengatasi masalah ini. Sistem kesehatan memiliki peran penting dalam meminimalkan dampak efek samping pada pasien.

5) *Patient-related factors* (Faktor yang berhubungan dengan pasien)

Intervensi yang berhubungan dengan pasien berupa (a) mengubah kebiasaan dan/atau gaya hidup dan (b) mendukung upaya pasien dalam manajemen diri. Perubahan global dalam penyediaan layanan kesehatan dan penyusutan anggaran perawatan kesehatan juga berkontribusi agar pasien menjadi lebih mampu mengelola perawatan mereka sendiri. Intervensi manajemen diri akan meningkatkan motivasi dan kepatuhan pasien. Intervensi tersebut berupa:

a) Meningkatkan pengetahuan pasien.

Pasien perlu diberikan informasi, dimotivasi, dan terampil dalam strategi manajemen diri, baik secara kognitif dan perilaku.

b) Mengaktifkan pasien dan komunitas yang mendukungnya.

Program pendidikan berbasis masyarakat bertujuan untuk penciptaan dan pemeliharaan kebiasaan sehat, termasuk kepatuhan terhadap rekomendasi kesehatan.

Sebuah penelitian mengenai kepatuhan pengobatan di antara 250 pasien stroke iskemik akut dan mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

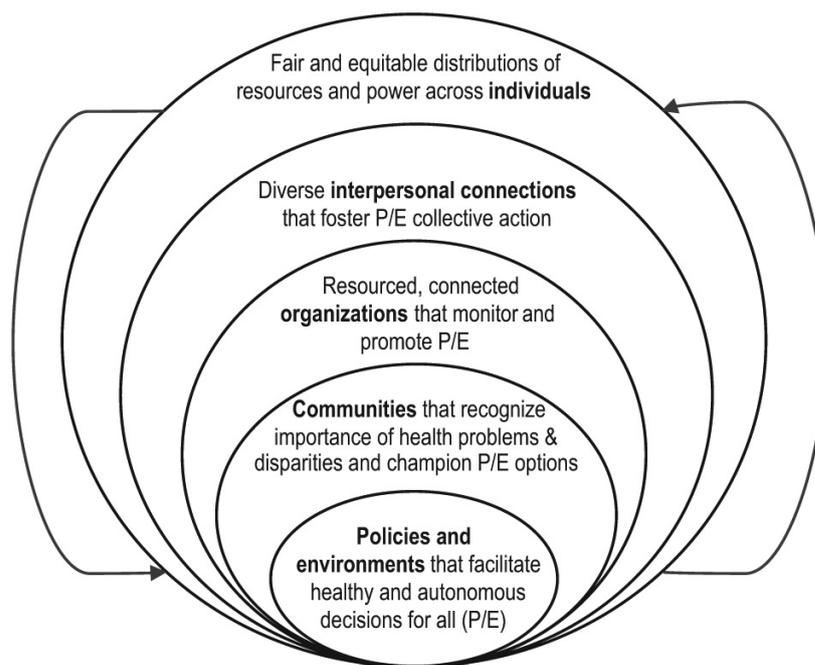
pengobatan menunjukkan bahwa orang yang bukan perokok lebih cenderung mematuhi pengobatan dibandingkan pasien yang merokok. Penelitian ini menyarankan perawatan pascastroke harus difokuskan pada mendorong modifikasi gaya hidup, seperti berhenti merokok dan meningkatkan kepatuhan pengobatan pasien stroke (Ruksakulpiwat et al., 2023).

2.4 Model Ekologi Sosial McLeroy untuk Promosi Kesehatan

Pada tahun 1988, McLeroy mengembangkan model ekologi sosial untuk promosi kesehatan. Model ekologi sosial adalah penggambaran visual dari hubungan dinamis antara individu, kelompok, dan lingkungan. Dalam bidang promosi kesehatan, model ekologi telah digunakan untuk memahami dan mengidentifikasi target intervensi perilaku kesehatan secara umum dan spesifik (Golden et al., 2015). Model ekologi sosial McLeroy untuk promosi kesehatan dapat dilihat pada gambar 2.9.

Dalam model ini, perilaku ditentukan oleh faktor-faktor sebagai berikut:

- 1) *Distributions of Resources and Power Across Individuals* (Faktor intrapersonal/individu). Karakteristik individu seperti usia, ras, agama, status sosioekonomi, pengetahuan, sikap, perilaku, konsep diri, keterampilan, dll. Ini termasuk perkembangan sejarah individu.
- 2) *Interpersonal Connections* (Proses interpersonal dan kelompok primer). Jaringan sosial formal dan informal dan sistem dukungan sosial, termasuk keluarga, kelompok kerja, dan jaringan pertemanan.
- 3) *Organizations* (Faktor institusional/organisasi). Lembaga-lembaga sosial dengan karakteristik organisasi, dan aturan formal (dan informal) dan peraturan untuk beroperasi.
- 4) *Communities* (Faktor komunitas). Hubungan antar organisasi, institusi, dan jaringan informal dalam batas-batas yang ditentukan.
- 5) *Health-Related Policies and Environments* (Kebijakan dan Lingkungan Terkait Kesehatan/Kebijakan publik). Hukum dan kebijakan lokal, negara bagian, dan nasional (McLeroy et al., 1988; Golden et al., 2015).



Gambar 2.9. Model Ekologi Sosial McLeroy untuk Promosi Kesehatan (McLeroy et al., 1988; Golden et al., 2015)

2.4.1 Faktor Intrapersonal/Individu

Faktor intrapersonal atau individu adalah sejauh mana seseorang dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari, mengontrol kehidupan dan sumber daya mereka, dan secara bebas berpartisipasi dalam ruang publik (Golden et al., 2015). Intervensi pada tingkat intrapersonal dapat menggunakan berbagai strategi intervensi seperti program pendidikan, media massa, *support groups*, dukungan organisasi, dan *peer counseling*. Target intervensi mencakup karakteristik individu, seperti pengetahuan, sikap, keterampilan, atau niat untuk mematuhi norma. Perbedaan antara tingkat intervensi dan target intervensi ini merupakan hal yang penting dalam memahami strategi ekologi (McLeroy et al., 1988).

Penelitian menunjukkan bahwa kurangnya informasi kesehatan merupakan faktor yang menghalangi pasien stroke untuk mematuhi pengobatan. Sebuah studi kualitatif mengidentifikasi tiga hambatan yang menghalangi pendidikan pasien yang efektif yang menyebabkan kurangnya informasi kesehatan yaitu kurangnya waktu konsultasi, jargon teknis, dan gangguan kognitif pasien. Edukasi kepada pasien

mengenai pengobatan (misalnya penggunaan obat, efek samping) penting untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan dalam mencegah stroke berulang (Ruksakulpiwat et al., 2023).

2.4.2 Proses Interpersonal dan Kelompok Primer

Hubungan interpersonal yang mendorong aksi kolektif merupakan jaringan sosial informal atau kelompok formal, yang dibentuk dengan tujuan pengembangan atau perluasan organisasi advokasi kesehatan. Jaringan sosial memiliki ciri kepercayaan yang tinggi dan norma-norma timbal balik, ikatan individu yang kuat, adanya dukungan sosial, dan kepemimpinan (Golden et al., 2015).

Penelitian memperlihatkan bahwa hubungan interpersonal dengan anggota keluarga, teman, tetangga, tempat kerja, dan kenalan merupakan sumber pengaruh penting perilaku individu yang berhubungan dengan kesehatan. Hubungan sosial adalah aspek penting identitas sosial. Hubungan tersebut menyediakan sumber daya sosial yang penting, termasuk dukungan emosional, informasi, akses ke kontak sosial baru dan peran sosial, serta bantuan dan pertolongan nyata dalam memenuhi kewajiban dan tanggung jawab sosial dan pribadi. Sumber daya sosial ini, yang sering disebut sebagai dukungan sosial, merupakan mediator penting kehidupan dan komponen penting kesejahteraan secara keseluruhan (McLeroy et al., 1988).

2.4.3 Faktor Institusional/Organisasi

Organisasi memantau dan mempromosikan kebijakan dan perubahan lingkungan, terdiri dari orang-orang yang bersatu di sekitar lingkungan tertentu. Organisasi yang memiliki jaringan dan sumber daya yang baik, memiliki pengaruh yang sangat kuat terhadap kebijakan yang mempengaruhi kepentingan mereka (Golden et al., 2015). Proses organisasi dalam promosi kesehatan menunjukkan bahwa perubahan organisasi merupakan bagian yang melekat dalam pendekatan ekologi. Perubahan organisasi diperlukan untuk: (1) mendukung perubahan perilaku jangka panjang individu, (2) komponen penting dalam menciptakan budaya organisasi yang mendukung kesehatan, dan (3) prasyarat dalam adopsi implementasi dan pelebagaan program promosi kesehatan (McLeroy et al., 1988).

2.4.4 Faktor Komunitas

Komunitas mengacu pada infrastruktur langsung yang mengidentifikasi berbagai kebijakan atau pilihan lingkungan yang berbeda. Komponen komunitas yang mendukung kesehatan meliputi: (1) pendukung kebijakan dan lingkungan yang mendukung kesehatan di dalam dan luar kelompok pengambil keputusan, (2) acara-acara yang mengangkat masalah kesehatan tertentu atau gagasan baru dalam debat publik, dan (3) dukungan publik untuk menerapkan kebijakan dan perubahan lingkungan dalam meningkatkan kesehatan (Golden et al., 2015). Secara sederhana komunitas merupakan kumpulan individu yang memiliki karakteristik demografis atau geografis yang sama dan memiliki hubungan. Intervensi menggunakan pendekatan komunitas harus memperhatikan aspek demografi dan geografi sehingga intervensi kesehatan dapat diterima (McLeroy et al., 1988).

2.4.5 Kebijakan dan Lingkungan Terkait Kesehatan/Kebijakan Publik

Kebijakan dan lingkungan terkait kesehatan dihasilkan oleh tindakan manusia yang terorganisir dan disengaja, memungkinkan tindakan otonom, dan memfasilitasi pilihan-pilihan sehat. Ini termasuk kebijakan publik yang memiliki hubungan yang jelas dengan kesehatan (Golden et al., 2015). Kebijakan mempengaruhi perilaku dan akses terhadap sumber daya promosi kesehatan. Kebijakan publik harus dirancang untuk memperkuat kesehatan (McLeroy et al., 1988).

2.4.6 Implikasi dari Pendekatan Ekologi

Tujuan model ekologi adalah memusatkan perhatian pada perilaku yang disebabkan faktor lingkungan dan mengidentifikasi intervensi lingkungan. Aksi sosial, pendidikan teman sebaya, dukungan sosial, media massa, perubahan di tingkat kelembagaan, kebijakan publik, dan masyarakat sebagai sarana untuk mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan interpersonal dan intrapersonal. Penggunaan intervensi lingkungan mendukung perubahan perilaku individu dalam layanan promosi kesehatan. Model ekologi ini juga mengidentifikasi pentingnya mengevaluasi program promosi kesehatan kesehatan di berbagai tingkatan, bagaimana intervensi spesifik dapat mempengaruhi perubahan dalam lingkungan organisasi dan

masyarakat, dan bagaimana perubahan lingkungan ini dapat mempengaruhi inisiasi dan pemeliharaan perilaku. Komponen penting dari strategi ekologi adalah keterlibatan aktif populasi sasaran dalam pendefinisian masalah, pemilihan target perubahan dan intervensi yang tepat, implementasi, dan evaluasi (McLeroy et al., 1988).

2.5 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah tindakan individu yang berdampak pada kesehatan, yang dapat bersifat positif (seperti makan dengan baik dan berolahraga) atau negatif (seperti merokok dan minum minuman keras) (Ruksakulpiwat et al., 2023). Perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor individu, masyarakat, interpersonal, dan teori-teori komunitas/ kelompok perubahan perilaku. Budaya dan sosial ekonomi juga berpengaruh terhadap perilaku kesehatan. Memahami pengaruh budaya, perkembangan, dan pengaruh lingkungan yang membentuk perilaku sangat penting untuk pengembangan dan implementasi program yang disesuaikan dan lebih ampuh untuk pemeliharaan perilaku kesehatan dalam intervensi promosi kesehatan (Glanz et al., 1997).

Model ekologi sosial yang menggambarkan karakteristik interaktif individu dan lingkungan yang mendasari hasil kesehatan telah lama direkomendasikan untuk memandu praktik kesehatan masyarakat. Model ekologi sosial mengenali individu sebagai bagian sistem sosial yang lebih besar dan menggambarkan karakteristik interaktif individu dan lingkungan yang mendasari hasil kesehatan. Model ekologi berasumsi tidak hanya adanya berbagai tingkat pengaruh tetapi juga bahwa tingkat-tingkat ini bersifat interaktif dan saling menguatkan. Aspek sosial, fisik, dan budaya suatu lingkungan mempunyai efek kumulatif terhadap kesehatan (Golden & Earp, 2012).

Teori, penelitian, dan pelatihan pendidikan kesehatan perlu ditingkatkan untuk lebih mendorong keberhasilan upaya mengubah lingkungan sosial dan politik guna meningkatkan kesehatan. Perubahan individu dan lingkungan tertentu yang diinginkan oleh suatu program membantu mengidentifikasi tingkat intervensi. Misalnya, intervensi tingkat intrapersonal bertujuan untuk mengubah pengetahuan, keyakinan, dan keterampilan individu. Sebaliknya, intervensi pada tingkat interpersonal dan institusi

dirancang untuk menciptakan perubahan dalam hubungan sosial dan lingkungan organisasi. Tujuan intervensi yang berfokus pada masyarakat meningkatkan layanan kesehatan atau memberdayakan kelompok yang kurang beruntung. Yang terakhir, penerapan kebijakan publik yang berdampak pada perilaku kesehatan atau memfasilitasi advokasi masyarakat sering menjadi sasaran intervensi di tingkat kebijakan publik (Golden & Earp, 2012).

2.6 Perilaku Pencegahan Stroke Berulang

Kekambuhan stroke dalam lima tahun diperkirakan mencapai 41%. Risiko kematian dan kecacatan meningkat secara signifikan karena stroke berulang. Diperkirakan lebih dari 80% dari stroke dapat dicegah. Pencegahan stroke berulang mengacu pada strategi mengurangi risiko kekambuhan stroke di antara orang-orang yang sebelumnya pernah stroke atau TIA. Praktik terbaik dunia internasional merekomendasikan pencegahan stroke berulang melalui informasi mengenai resep obat, pendidikan mengenai stroke, gaya hidup, faktor risiko perilaku, dan kepatuhan minum obat. Intervensi cepat modifikasi gaya hidup sehat setelah stroke awal melalui pengetahuan tentang faktor risiko dan strategi pencegahan stroke berulang (Smith et al., 2023).

Berdasarkan AHA (2022), perilaku pencegahan stroke berulang sebagai berikut:

- 1) Menurunkan tekanan darah tinggi. Tekanan darah di atas 130/80 mmHg dianggap sebagai tekanan darah tinggi. Sedangkan menurut Direktorat Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM), tekanan darah tinggi jika tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (Kemenkes RI, 2020)
- 2) Mencari tahu apakah ada gangguan *Atrium Fibrilasi* (AFib)/Fibrilasi Atrium. AFib adalah detak jantung yang cepat atau tidak teratur penyebab pembekuan darah sehingga menyebabkan stroke.
- 3) Berhenti merokok jika merokok. Merokok meningkatkan risiko stroke dua kali lipat.
- 4) Berhenti minum minuman beralkohol.

- 5) Menurunkan kadar kolesterol (zat seperti lemak dalam darah). Studi menunjukkan kadar kolesterol total yang ideal adalah sekitar 150 mg/dL, yang setara dengan sekitar 100 mg/dL untuk kolesterol lipoprotein densitas rendah (LDL-C).
- 6) Mengontrol kadar gula darah jika ada diabetes.
- 7) Mengurangi natrium, lemak jenuh, dan lemak trans
- 8) Berolahraga secara teratur. seperti jalan cepat, berenang, atau bekerja di halaman rumah. Karena tantangan yang terkait dengan kondisi dan gangguan fisik setelah stroke, *American Heart* dan *American Stroke Associations* (Bailey, 2018) telah menetapkan pedoman bagi para profesional perawatan kesehatan yang menguraikan aktivitas fisik dan rekomendasi olahraga setelah stroke sebagai berikut:

Pertimbangan penting

- Seorang profesional perawatan kesehatan harus mengawasi inisiasi program aktivitas fisik
- Individu yang berisiko mengalami kejadian kardiovaskular harus menjalani tes jantung
- Denyut jantung dan aktivitas yang dirasakan harus dipantau secara teratur selama aktivitas fisik

Aktivitas aerobik

- Durasi dan frekuensi: 20 hingga 60 menit per sesi, 3 hingga 5 hari dalam seminggu
- Target: 55% - 80% detak jantung maksimum atau aktivitas yang dirasakan "ringan" hingga "agak berat"
- Beberapa sesi singkat (misalnya 10 menit) dianjurkan untuk membangun toleransi dan daya tahan

Latihan kekuatan

- Jumlah dan frekuensi: 1 - 3 set dengan 10 - 15 repetisi untuk kelompok otot besar, 2-3 hari dalam seminggu
- Target: 50% - 80% dari maksimum 1 pengulangan

Bukan latihan aktivitas fisik

- Kurangi waktu duduk dengan lebih sering berdiri dan berjalan
 - Contoh: berdiri selama mengerjakan tugas yang dapat diselesaikan dengan duduk, kurangi waktu menonton televisi, lebih sering berjalan, gunakan tangga
-

Sementara Kemenkes RI mengenalkan slogan untuk perilaku pencegahan stroke melalui peningkatan gaya hidup sehat dengan perilaku “CERDIK”, yang merupakan singkatan dari Cek Kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktivitas fisik, Diet sehat dan seimbang, Istirahat cukup, dan Kelola stress (Kemenkes RI, 2017).

- 1) Cek Kesehatan secara berkala.

Pemeriksaan kesehatan teratur dan taat anjuran dokter perihal diet dan obat.

- a) Faktor-faktor risiko, seperti penyakit jantung, hipertensi, dislipidemia, diabetes melitus (DM), harus dipantau secara teratur.
 - b) Faktor-faktor risiko ini dapat dikoreksi dengan pengobatan teratur, diet, dan gaya hidup sehat.
 - c) Pengendalian hipertensi dilakukan dengan target tekanan darah $< 140/90$ mmHg. Jika menderita diabetes melitus atau penyakit ginjal kronik, target tekanan darah $< 130/80$ mmHg.
 - d) Pengendalian kadar gula darah pada pasien diabetes melitus dengan target HbA1C $< 7\%$.
 - e) Pengendalian kadar kolesterol pada pasien dislipidemia dengan diet dan obat penurun lemak. Target kadar kolesterol LDL < 100 mg/dL. Pasien yang berisiko tinggi stroke sebaiknya target kadar kolesterol LDL < 70 mg/dL. Penggunaan obat-obat penurun kolesterol jenis statin, dapat berisiko meningkatkan kadar gula darah dan menimbulkan rabdomiolisis pada mereka yang sensitif. Karenanya diperlukan pemeriksaan monitoring terhadap gula darah maupun *creatin kinase* (CK). Apabila didapatkan peningkatan CK yang minimal, maka pemberian statin dapat digabungkan dengan pemberian *co-enzim Q10*.
 - f) Terdapat bukti-bukti tentang faktor risiko yang bersifat infeksi/inflamasi misalnya, infeksi gigi. Kesehatan gigi dan mulut sebaiknya diperhatikan secara teratur.
- 2) Enyahkan asap rokok.

Strategi penghentian merokok yang dapat dilakukan diantaranya konseling, penggunaan pengganti nikotin atau pemakaian obat oral untuk berhenti merokok. Beberapa hal yang perlu diketahui terkait rokok, yaitu (1) merokok menyebabkan peningkatan koagulabilitas darah, viskositas darah, kadar fibrinogen, mendorong agregasi platelet, meningkatkan tekanan darah, meningkatkan hematokrit, menurunkan kolesterol HDL dan meningkatkan kolesterol LDL; (2) berhenti

merokok dapat memperbaiki fungsi endotel; dan (3) perokok pasif berisiko sama dengan perokok aktif.

3) Rajin aktivitas fisik.

Peningkatan aktivitas fisik direkomendasikan karena dapat menurunkan risiko stroke. Pada orang dewasa, direkomendasikan untuk melakukan aktivitas fisik aerobik minimal selama 150 menit (2 jam 30 menit) setiap minggu dengan intensitas sedang, atau 75 menit (1 jam 15 menit) setiap minggu dengan intensitas lebih berat. Melakukan aktivitas fisik aerobik (jalan cepat, bersepeda, berenang dan lain-lain) secara teratur akan dapat menurunkan tekanan darah, memperbaiki kontrol diabetes, memperbaiki kebiasaan makan, menurunkan berat badan dan meningkatkan kadar kolesterol HDL. Pola makan sehat dan olahraga teratur adalah pengobatan utama bagi pasien obesitas dan mencegah stroke. Penurunan berat badan sebaiknya dilakukan dengan target indeks massa tubuh (IMT) $< 25 \text{ kg/m}^2$, garis lingkaran pinggang $< 80 \text{ cm}$ untuk wanita dan $< 90 \text{ cm}$ untuk laki-laki (Menteri Kesehatan RI, 2019).

4) Diet sehat dan seimbang.

Pola makan sangatlah berpengaruh terhadap viskositas darah maupun koagulasitas darah serta terhadap risiko *injury* pembuluh darah. Pemilihan makanan haruslah sesuai dengan kondisi tiap-tiap individu dan risiko yang dimiliki (Menteri Kesehatan RI, 2019).

Beberapa jenis makanan yang dianjurkan Menteri Kesehatan RI (2019) untuk pencegahan stroke sebagai berikut:

- a) Makanan biji-bijian yang membantu menurunkan kadar kolesterol, yaitu (1) serat larut yang banyak terdapat dalam biji-bijian seperti beras merah, jagung dan gandum; (2) oat (*beta glucan*) akan menurunkan kadar kolesterol total dan *low density lipoprotein* (LDL), menurunkan tekanan darah, dan menekan nafsu makan bila dimakan di pagi hari (memperlambat pengosongan usus); (3) kacang kedelai serta produk olahannya dapat menurunkan lipid serum, menurunkan kolesterol total, kolesterol LDL, dan trigliserida tetapi tidak mempengaruhi kadar kolesterol *high density lipoprotein* (HDL); dan (4) kacang-kacangan,

termasuk biji kenari dan kacang almond, menurunkan kolesterol LDL dan mencegah aterosklerosis.

- b) Penurunan asupan natrium (< 6 gr/hari) dan peningkatan asupan kalium direkomendasikan untuk menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi. Metode *dietary approach to stop hypertension* (DASH) yang menekankan pada konsumsi buah, sayur dan produk susu rendah lemak merupakan diet yang direkomendasikan dan menurunkan tekanan darah. Bahan-bahan yang mengandung natrium, seperti monosodium glutamat dan sodium nitrat, sebaiknya dikurangi. Makanan sebaiknya harus segar. Pada pasien hipertensi, asupan natrium yang dianjurkan adalah $< 2,3$ gr/hari dan asupan kalium $> 4,7$ gr/hari. Sumber kalium yang merupakan prediktor kuat untuk mencegah mortalitas akibat stroke, terutama buah kurma dan pisang.
- c) Makanan lain yang membantu mencegah stroke, yaitu (1) susu yang mengandung protein, kalsium, dan seng (Zn) mempunyai efek proteksi terhadap stroke; (2) beberapa jenis ikan seperti ikan tuna dan ikan salmon mengandung omega-3, *eicosapentaenoic acid* (EPA), dan *docosahexaenoic acid* (DHA) yang merupakan pelindung jantung. Hal ini dapat mencegah risiko kematian mendadak, mengurangi risiko aritmia, menurunkan kadar trigliserida, menurunkan kecenderungan adhesi platelet, sebagai prekursor prostaglandin, inhibisi sitokin, anti-inflamasi dan stimulasi *nitric oxide* (NO) *endothelial*. Makanan jenis ini sebaiknya dikonsumsi dua kali seminggu; (3) buah-buahan dan sayur-sayuran; (4) kebiasaan diet kaya buah-buahan dan sayuran bervariasi minimal 5 porsi setiap hari; (5) sayuran hijau dan jeruk yang menurunkan risiko stroke; (6) Apel yang mengandung quercetin dan phytonutrient dapat menurunkan risiko stroke; (7) teh, terutama teh hijau yang mengandung antioksidan *catechins* dan *theanine* terbukti mengurangi risiko stroke.

5) Istirahat cukup.

Tidur teratur antara 6-8 jam sehari.

6) Kelola stress.

Menghindari stress, berpikir positif, mampu mengukur kemampuan diri, hindari sikap terburu-buru, mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, suka menolong, menggunakan keluarga sebagai tempat untuk mencurahkan isi hati, bersikap ramah, menghindari perbuatan yang melanggar agama dan peraturan, selalu mendekati diri pada Tuhan Yang Maha Esa, dan mensyukuri hidup. Stress kronis dapat meningkatkan tekanan darah. Penanganan stress menghasilkan respon relaksasi yang menurunkan denyut jantung dan tekanan darah.

Terdapat peluang besar untuk mencegah stroke berulang pada penderita stroke dan TIA melalui pengobatan yang tersedia. Namun, dalam praktiknya hal ini sulit dicapai karena beberapa penelitian melaporkan pengendalian faktor risiko yang kurang optimal (Dawson et al., 2022). Rekomendasi pencegahan stroke berdasarkan faktor risiko dalam penelitian Siket & Cadena (2021) sebagai berikut:

Faktor Risiko	Pencegahan
Kurang aktivitas fisik	Aktivitas fisik aerobik intensitas sedang 3–4 kali/minggu selama 40 menit/hari.
Dislipidemia	Pengobatan dengan obat statin pada pasien dengan target LDL ≤ 70 atau risiko tinggi terjadinya kejadian kardiovaskular dalam 10 tahun.
Pola makan dan nutrisi	1. Mengurangi asupan natrium dan lemak jenuh. 2. Peningkatan asupan kalium, buah-buahan, sayuran, dan produk susu rendah lemak.
Hipertensi	Pemeriksaan tekanan darah rutin, modifikasi pola makan untuk pasien pre hipertensi (120–139/80–89 mmHg), dan perawatan medis pada pasien hipertensi untuk mencapai sasaran tekanan darah $< 140/90$ mmHg.
Obesitas/kegemukan	Penurunan berat badan untuk pasien kelebihan berat badan (BMI = 25–29 kg/m ²) dan obesitas (BMI > 30 kg/m ²).
Diabetes	Selain mengendalikan diabetes, pasien dengan diabetes tipe I atau tipe II harus mengontrol hipertensi hingga $< 140/90$ mmHg dan diobati dengan obat statin untuk mencapai target LDL ≤ 70 .
Merokok	Berhenti merokok dengan penggunaan terapi obat atau penggantian nikotin.
Fibrilasi atrium	Antikoagulasi jangka panjang pada pasien tanpa faktor risiko hemoragik untuk pasien dengan risiko tinggi terkena stroke, didefinisikan sebagai skor CHA ₂ DS ₂ -VASc ≥ 2 .
Kondisi jantung lainnya	
Penyakit katup	Terapi aspirin jangka panjang untuk pasien dengan katup bioprostetik dan antikoagulasi jangka panjang pada pasien dengan stenosis mitral, trombus atrium kiri, dan setelah terapi penggantian katup mekanis.
CHF	Aspirin atau antikoagulasi dapat digunakan jika sebelumnya tidak ada kejadian tromboemboli.

Faktor Risiko	Pencegahan
Kondisi jantung lainnya	
MI	Antikoagulasi dapat dipertimbangkan pada pasien dengan trombus mural ventrikel kiri tanpa gejala dan pada pasien dengan STEMI dan akinesis atau diskinesis apikal anterior jika tidak ada kontraindikasi.
PFO	Pengobatan antitrombotik dan penutupan berbasis kateter tidak dianjurkan pada pasien dengan PFO jika tidak ada riwayat kejadian tromboemboli.

Singkatan: BMI: *body mass index* (indeks massa tubuh); BP: *blood pressure* (tekanan darah); CHF: *congestive heart failure* (gagal jantung kongestif); LDL: *low-density lipoprotein cholesterol* (kolesterol lipoprotein densitas rendah); MI: *myocardial infarction* (infark miokard); PFO: *patent foramen ovale* (foramen ovale paten); STEMI: *ST-elevation myocardial infarction* (infark miokard dengan elevasi ST).

2.7 Determinan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang

2.7.1 Sosiodemografi

2.7.1.1 Usia

Secara global, sebanyak 22% kasus stroke berulang pada usia 15-49 tahun dan 67% pada usia dibawah 70 tahun (Feigin et al., 2022). Penelitian di Australia menemukan stroke berulang secara signifikan lebih tinggi pada pria, orang tua, dan riwayat stroke iskemik sebelumnya dibandingkan pada wanita, usia lebih muda, dan tidak ada riwayat stroke (Lee et al., 2018). Penelitian yang dilakukan di rumah sakit Muhammadiyah Malang, stroke berulang terjadi terbanyak usia 56-65 tahun (41,5%) (Prabawati & Pitaloka, 2021). Penelitian lain di rumah sakit Margono Purwokerto, sebanyak 73 pasien stroke berulang pada kelompok usia 39-60 tahun (97,5%) (Ramdani, 2018). Penelitian di RSPON menunjukkan kelompok usia < 60 tahun sebanyak 38% mengalami stroke berulang. Sementara usia \geq 60 tahun angka kejadian stroke berulang lebih tinggi yaitu sebesar 52,8% (Trisetiawati et al., 2018).

Pada tahun 2019 sebanyak 63% stroke terjadi pada orang yang berusia kurang dari 70 tahun, hal ini menunjukkan stroke bukan lagi penyakit usia tua. Faktor perilaku, seperti merokok, pola makan tidak sehat, dan rendahnya aktivitas fisik merupakan penyebab pada 47% kasus stroke (WSO, 2022). Faktor risiko lainnya terkait perilaku yaitu penggunaan tembakau, kurangnya aktivitas fisik, pola makan yang tidak sehat, penggunaan alkohol, obesitas, stress, dan depresi. (WHO, 2022). Penelitian yang dilakukan di rumah sakit rehabilitasi lokal dan klinik stroke Universitas St. Louis, Missouri, Amerika menunjukkan pasien stroke usia antara 30

sampai 80 tahun tidak melakukan perilaku pencegahan stroke berulang berupa aktivitas fisik (Bailey et al., 2022). Perilaku pencegahan stroke berulang dipengaruhi oleh faktor sosioekonomi, usia, dan jenis kelamin (Slark & Sharma, 2014).

2.7.1.2 Jenis Kelamin

Secara global jika dilihat dari jenis kelamin, sebanyak 44% kasus stroke berulang adalah laki-laki dan 56% perempuan (Feigin et al., 2022). Di Indonesia proporsi stroke laki-laki dan perempuan sama, sebesar 1,2%. Proporsi terbanyak pada usia 45 tahun keatas, urutan kedua pada usia 35 sampai 44 tahun, urutan ketiga kelompok usia 15 sampai 24 tahun, dan terakhir kelompok usia muda sebesar 0,3% (Ghani dkk., 2015). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan di rumah sakit Muhammadiyah Malang, stroke berulang terjadi terbanyak pada laki-laki sebanyak 54,26% (Prabawati & Pitaloka, 2021). Penelitian lain di rumah sakit Margono Purwokerto, sebanyak 73 pasien stroke berulang (56%) berjenis kelamin perempuan (Ramdani, 2018).

Pasien stroke sebagian besar adalah laki-laki yang tidak melakukan perilaku pencegahan stroke berulang berupa aktivitas fisik (Bailey et al., 2022). Penelitian yang dilakukan Departemen Neurologi, Institut Sains dan Teknologi Medis Sree Chitra Tirunal, Trivandrum, India pada 179 pasien stroke menunjukkan perilaku pencegahan stroke berulang. Perilaku pencegahan stroke berulang dipengaruhi oleh usia dan jenis kelamin. Usia rata-rata adalah 58,03 tahun dengan jumlah lebih banyak pada laki-laki ($n = 120$) (Lotlikar et al., 2022).

Penelitian di Jambi, Indonesia memperlihatkan responden yang memiliki jenis kelamin laki-laki memiliki perilaku pencegahan stroke berulang yang baik sebanyak 46 orang (75,4%). Responden wanita yang memiliki perilaku pencegahan stroke berulang kurang baik sebanyak 15 orang (24,6%). Hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* 0,020, dapat disimpulkan ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan perilaku pencegahan stroke berulang (Anggraini, 2022). Penelitian yang dilakukan oleh Cahyati dan Ida Rosdiana (2017) menjelaskan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke berulang adalah jenis kelamin, kadar kolesterol darah, kadar gula darah, dan kebiasaan minum kopi.

2.7.1.3 Pendidikan Terakhir

Penelitian yang dilakukan di rumah sakit Muhammadiyah Malang, stroke berulang terjadi pada tingkat pendidikan perguruan tinggi sebanyak 30% (Prabawati & Pitaloka, 2021). Penelitian lain di rumah sakit Margono Purwokerto, sebanyak 73 pasien stroke berulang berpendidikan rendah di bawah SMA sebanyak 60,3% (Ramdani, 2018). Pendidikan rendah meningkatkan risiko terjadinya stroke berulang. Pengetahuan mengenai faktor risiko spesifik stroke dan praktik pencegahan stroke berulang yang rendah menyebabkan terjadinya stroke berulang (Ellis, 2014).

Penelitian pada pasien stroke di daerah Cipayung, Jakarta Timur, Indonesia menunjukkan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan memudahkan dalam menerima informasi. Informasi ini akan meningkatkan pengetahuan dan pada akhirnya akan meningkatkan perilaku pencegahan stroke berulang (Yardas et al., 2022).

2.7.1.4 Status Pekerjaan

Proporsi stroke pada kelompok tidak bekerja lebih tinggi dibanding yang bekerja (Ghani dkk., 2015). Hal ini berbeda dengan penelitian di rumah sakit Margono Purwokerto, sebanyak 64,7% pasien stroke berulang bekerja sebagai pegawai negeri dan swasta (Ramdani, 2018). Stres kerja berhubungan dengan insiden stroke berulang dan tingkat keparahannya (Morsy et al., 2013).

2.7.1.5 Pendapatan

Penelitian menunjukkan stroke berulang terjadi pada pasien dengan pendapatan rendah sebanyak 53,4% (Ramdani, 2018). Pasien stroke yang tidak bekerja sulit untuk memenuhi kebutuhan biaya hidup sehingga dapat menimbulkan stress akibat tuntutan keluarga. Stress menyebabkan pengentalan darah sehingga akan meningkatkan tekanan darah dan kolesterol dalam darah. Kondisi ini memicu terjadinya sumbatan pembuluh darah yang akhirnya menyebabkan stroke. Ada hubungan stress dengan kejadian stroke berulang yaitu $p = 0,039$ atau nilai $p < 0,05$ (Yardas et al., 2022).

2.7.1.6 Status Pernikahan

Hasil penelitian menggambarkan pasien stroke yang sudah menikah dapat berbagi keluh kesah dan bertukar pikiran. Hal ini melancarkan sirkulasi pembuluh darah

sehingga dapat mencegah penyakit jantung dan stroke berulang (Yardes et al., 2022). Pasien stroke menikah atau tinggal bersama tidak melakukan perilaku pencegahan stroke berulang berupa aktivitas fisik (Bailey et al., 2022).

2.7.2 Pengetahuan

Pengetahuan dan pemahaman yang harus dimiliki pasien dan keluarga untuk mencegah stroke berulang adalah pengetahuan tentang faktor risiko dan cara-cara pencegahan stroke berulang. Pengetahuan ini meliputi cara perawatan pasien di rumah, cara melakukan pengontrolan, cara pengendalian penyakit yang menjadi faktor risiko, cara pengendalian emosi dan lain-lain yang berhubungan dengan penyakit stroke. Pengetahuan ini bisa diperoleh oleh pasien terutama dari tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan secara langsung ketika pasien berada di rumah sakit. Pengetahuan juga dapat diperoleh secara tidak langsung melalui media sosial yang terpercaya. Rendahnya pengetahuan pasien dan keluarga dalam penanganan pasien stroke di rumah merupakan faktor penyebab terjadinya stroke berulang (Tunik, 2022).

Pengetahuan dan kesadaran tentang faktor gaya hidup berpengaruh terhadap perilaku pencegahan stroke berulang. Jika pasien stroke tidak merasakan adanya kebutuhan untuk mengubah perilaku terkait gaya hidup, perilaku pencegahan stroke berulang tidak mungkin dilakukan (Bailey, 2018). Pengetahuan yang dibutuhkan oleh pasien stroke adalah informasi mengenai aktivitas fisik, seperti informasi tentang cara berolahraga yang aman untuk pasien stroke, pendidikan tentang peralatan olahraga yang disesuaikan, dan instruksi latihan di rumah. Pengetahuan mengenai aktivitas fisik sehari-hari dan mengurangi perilaku *sedentary* dibutuhkan mencegah stroke berulang (Bailey et al., 2022).

Pengetahuan pasien stroke mengenai strategi perilaku makan yang disarankan mencakup informasi tentang peralatan dapur yang disesuaikan, teknik penyiapan makanan, pemesanan bahan makanan secara *online*, layanan pengantaran ke rumah bagi yang mengalami kesulitan dalam berbelanja bahan makanan, mobilitas penyandang kecacatan pascastroke untuk mengatasi hambatan di dapur dibutuhkan untuk mencegah stroke berulang. Pasien stroke juga mengharapkan pendidikan terkait stroke yang berkaitan dengan diabetes, pusat kebugaran dengan peralatan yang mudah diakses,

program aktivitas fisik untuk lansia, kelompok pendukung stroke berbasis wilayah, dan komunitas stroke lainnya (seperti klinik gratis dan acara sosial) untuk mencegah terjadinya stroke berulang. Defisit fisik, pengetahuan, sensorik, dan psikososial pada pasien stroke berdampak negatif terhadap perilaku pencegahan stroke berulang berupa aktivitas fisik dan perilaku diet (Bailey et al., 2022).

Penelitian Yarden et al. (2022) menunjukkan adanya perubahan bermakna perilaku antar kelompok intervensi dan kontrol dengan $p = 0,043$. Hal ini menunjukkan terjadi perubahan perilaku pencegahan stroke berulang setelah diberi pendidikan kesehatan tentang pencegahan stroke berulang. Perubahan perilaku yang terjadi pada responden akibat adanya stimulus yang diberikan berupa pendidikan kesehatan tentang stroke dan pengelolaannya secara bertahap dan berulang. Responden terstimulasi untuk berubah dalam berperilaku mencegah stroke berulang.

Sejalan dengan penelitian di atas, penelitian yang dilakukan di Poli Neurologi RSUD Solok menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan stroke berulang dengan $p\text{-value } 0,0001 < 0,05$. Tingkat pengetahuan merupakan segala informasi atau wawasan yang dimiliki oleh pasien stroke terkait dengan upaya pencegahan stroke berulang di rumah. Tingkat pengetahuan bisa ditingkatkan dengan banyak membaca buku yang membahas tentang stroke, mengikuti penyuluhan kesehatan tentang stroke dan lainnya. Tingkat pengetahuan merupakan dasar pemikiran yang dimiliki oleh seseorang untuk pembentukan perilaku baik atau buruk. Dengan tingkat pengetahuan yang tinggi akan membentuk sikap positif dan menimbulkan tindakan positif juga. Sebaliknya jika tingkat pengetahuan seseorang rendah maka akan menimbulkan sikap negatif dan tindakan yang kurang baik. Pentingnya upaya pencegahan stroke berulang yang benar dan tepat pada pasien stroke dan keluarga dirumah, seperti berhenti merokok, melakukan aktivitas fisik secara mandiri maupun dibantu keluarga, menjaga pola makan dan berat badan, membatasi konsumsi asupan garam, dan tidak mengkonsumsi alkohol. Dibutuhkan pendidikan kesehatan pada pasien stroke dan keluarga yang mendampingi tentang upaya pencegahan stroke berulang (Gumanti, 2022).

Penelitian berdasarkan model TPB menunjukkan pengetahuan mengenai tanda, gejala, komplikasi, faktor risiko, dan strategi pencegahan stroke mempengaruhi sikap terhadap pencegahan stroke ($p = 0,006 < 0,05$), kontrol perilaku yang dirasakan ($p = 0,0001 < 0,05$), niat ($p = 0,007 < 0,05$) dan perilaku ($p = 0,000 < 0,05$). Pengetahuan tersebut tidak berpengaruh terhadap norma subyektif ($p = 0,057 > 0,05$). Pemberian pengetahuan yang berkesinambungan sangat penting dalam meningkatkan perilaku untuk mengidentifikasi dan merespon stroke dengan cepat (Tambi et al., 2019). Hasil penelitian oleh Departemen Psikologi University of Massachusetts–Amherst, Amerika menggunakan TPB, menunjukkan informasi merupakan prasyarat melakukan tindakan efektif untuk mendapatkan hasil yang diinginkan. Diperoleh korelasi positif antara pengetahuan dan perilaku, pengetahuan mencerminkan sikap yang mendasarinya. Pengetahuan menunjukkan hubungan sedang dengan sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dipersepsikan (Ajzen et al., 2011).

Seseorang yang memiliki pengetahuan mengenai tanda dan gejala stroke akan segera mencari pengobatan dan melakukan upaya pencegahan stroke (AHA, 2022). Meningkatkan pengetahuan mengenai stroke sangat penting dalam meningkatkan perilaku pencegahan stroke berulang, namun pengetahuan saja tidak cukup. Pengetahuan merupakan salah satu komponen penting program manajemen stroke berulang yang harus ditambah dengan sikap dalam pencegahan stroke berulang (Ellis, 2014).

2.7.3 Keyakinan

Keyakinan mempengaruhi perilaku. Keyakinan berkaitan dengan penilaian subjektif individu terhadap sekitar dan pemahaman individu mengenai diri dan lingkungan. Sikap menghubungkan antara perilaku tertentu dengan berbagai manfaat atau kerugian yang mungkin diperoleh apabila individu melakukan atau tidak. Keyakinan ini dapat memperkuat sikap terhadap perilaku apabila berdasarkan evaluasi yang dilakukan individu, perilaku dapat memberikan keuntungan (Ajzen, 2005).

Penelitian berdasarkan model TPB menunjukkan sikap terhadap subjek berasal dari keyakinan seseorang tentang subjek tersebut. Artinya, manfaat menguntungkan dari suatu perilaku akan meningkatkan sikap individu terhadap perilaku tersebut (Tambi

et al., 2019). Dalam penelitian menggunakan TPB di Amerika, keyakinan mempengaruhi sikap. Keyakinan dapat mencakup tentang potensi manfaat atau partisipasi (Frady, 2015). Penelitian yang dilakukan di Universitas Airlangga pada pasien stroke berdasarkan TPB, didapatkan hasil ada hubungan antara keyakinan terhadap perilaku pencegahan stroke berulang. Perilaku dipengaruhi oleh keyakinan terhadap petugas kesehatan dan merealisasikan keyakinan tersebut (Eldiningtyas, 2018).

Penelitian menggunakan model kepatuhan pada pasien stroke yang menggunakan warfarin menunjukkan kepatuhan pasien terhadap terapi warfarin didasarkan pada keyakinan mereka tentang efektivitas dan manfaat penggunaan antikoagulan, baik untuk pencegahan stroke primer atau pencegahan stroke sekunder/berulang. *Case control study* yang dilakukan di rumah sakit di Amerika Serikat menunjukkan bahwa pasien dengan riwayat stroke atau TIA memiliki penurunan 80% kemungkinan untuk tidak patuh (OR = 0,2, 95% CI 0,1-0,7; p = 0,006) dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki pengalaman stroke sebelumnya. Pasien yang patuh dalam penelitian ini memahami dan mengakui perlindungan jangka panjang yang diberikan oleh terapi warfarin. Sebaliknya, *cross sectional study* di Swedia (n = 578) menunjukkan bahwa pasien dengan riwayat stroke lebih cenderung tidak patuh, dimana pasien yang tidak patuh sebagian besar mengalami gangguan kognitif, bergantung pada orang lain untuk mengelola pengobatan mereka, dan mendapat skor lebih tinggi pada keyakinan negatif (kekhawatiran, bahaya, dan penggunaan yang berlebihan) tentang terapi warfarin (Pandya & Bajorek, 2017).

2.7.4 Sikap

Sebuah penelitian sikap responden tentang pencegahan stroke berulang di Ruang L RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya menunjukkan mayoritas responden (67,3%) memiliki sikap yang tidak mendukung mengenai pencegahan stroke berulang. Dalam pencegahan stroke berulang keluarga harus tahu bagaimana penyebab stroke yang paling sering, yaitu hipertensi, stress, dan kadar kolesterol yang tinggi. Berdasarkan hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa yang memiliki sikap mendukung

mengenai pencegahan stroke berulang masih sedikit yaitu sebanyak 17 responden (32,7%) dan responden yang memiliki sikap tidak mendukung mengenai pencegahan stroke berulang lebih banyak sebesar 35 responden (67,3%). Hal ini menunjukkan masih sedikitnya informasi atau pengetahuan yang mereka miliki dalam mencegah faktor-faktor yang berisiko menyebabkan stroke berulang (Robby, 2019).

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan kepada 59 orang keluarga pasien stroke yang berkunjung ke poli saraf RS Al-Islam Bandung, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar keluarga pasien stroke memiliki sikap yang cenderung tidak mendukung dalam melakukan perawatan di rumah untuk pasien stroke yaitu sebesar 55,93% dari jumlah responden. Kondisi seperti ini dapat menimbulkan konsekuensi berupa kecenderungan berperilaku negatif dalam perilaku pencegahan terjadinya serangan ulang pada pasien stroke (Safitri et al., 2012).

Penelitian Gumanti (2022) menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan perilaku pencegahan stroke berulang dengan *p value* $0,0001 < 0,05$. Sikap terbuka dan positif harus dimiliki oleh pasien stroke untuk mendukung tindakan yang baik tentang pencegahan stroke berulang, seperti mengetahui dampak buruk dari penyakit yang dialami supaya tidak cemas. Sikap merupakan respon tertutup seseorang yang dipengaruhi oleh adanya tingkat pengetahuan terlebih dahulu. Diharapkan selain memberikan pendidikan kesehatan, sebaiknya memberikan motivasi dan pendekatan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan langkah-langkah perilaku pencegahan stroke berulang (Gumanti, 2022).

Penelitian berdasarkan model TPB menunjukkan pengetahuan mengenai tanda, gejala, komplikasi, faktor risiko, dan strategi pencegahan stroke mempengaruhi sikap terhadap pencegahan stroke ($p = 0,006 < 0,05$) (Tambi et al., 2019). Penelitian yang dilakukan di Universitas Airlangga pada pasien stroke berdasarkan TPB, didapatkan hasil ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap terhadap perilaku pencegahan stroke berulang dengan korelasi sangat kuat ($p = 0,0001$, $r = 0,827$). Hubungan antara sikap dengan intensi berkorelasi sedang ($p = 0,0001$, $r = 0,587$). TPB menjelaskan perilaku merawat pasien stroke oleh keluarga muncul karena adanya niat untuk berperilaku merawat pasien pascastroke. Niat tersebut muncul karena ada faktor utama,

yaitu *attitude toward behaviour* (sikap), *subjective norms* (norma subjektif) dan *perceived behavioural control* (kontrol perilaku yang dipersepsikan) (Eldiningtyas, 2018).

2.7.5 Norma Subjektif

Penelitian berdasarkan model *Theory of Planned Behaviour* (TPB) menunjukkan pengetahuan tidak berpengaruh terhadap norma subjektif ($p = 0,057 > 0,05$). (Tambi et al., 2019). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan di Universitas Airlangga pada pasien stroke berdasarkan TPB, didapatkan hubungan antara norma subjektif dengan niat berkorelasi tinggi ($p = 0,0001$, $r = 0,634$). Penelitian menyatakan perilaku merawat pasien stroke oleh keluarga muncul karena adanya niat untuk berperilaku merawat pasien pascastroke. Niat tersebut muncul karena ada faktor utama, yaitu sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dipersepsikan (Eldiningtyas, 2018).

2.7.6 Kontrol Perilaku yang Dipersepsikan

Rendahnya persepsi pencegahan stroke berulang menyebabkan rendahnya kesadaran perilaku pencegahan stroke berulang. Penelitian terhadap 284 pasien stroke iskemik pertama di daerah pedesaan Provinsi Henan, Tiongkok menunjukkan 46% pasien stroke memiliki kesadaran rendah terhadap risiko stroke berulang. Sebagian besar pasien stroke tidak memiliki pemahaman risiko stroke berulang dengan benar. Pasien yang lebih muda, tidak memiliki kesadaran akan stroke berulang dan memiliki risiko stroke berulang yang rendah, sehingga cenderung memiliki kesadaran yang rendah terhadap risiko stroke berulang. Pasien bekerja memiliki tingkat kemandirian terhadap perilaku pencegahan stroke yang rendah dan tingkat kecemasan yang lebih tinggi sehingga memiliki kesadaran tinggi terhadap risiko stroke berulang (Ren et al., 2023).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Universitas Airlangga pada pasien stroke berdasarkan TPB, didapatkan ada hubungan pengetahuan dengan kontrol perilaku berkorelasi sangat kuat ($p = 0,0001$, $r = 0,801$). Hubungan kontrol perilaku dengan niat berkorelasi sedang ($p = 0,0001$, $r = 0,584$). Penelitian menyatakan perilaku merawat pasien stroke oleh keluarga muncul karena adanya niat

untuk berperilaku merawat pasien pascastroke. Niat tersebut muncul karena ada faktor utama, yaitu sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dipersepsikan (Eldiningtyas, 2018).

2.7.7 Niat

Kepatuhan kunjungan pasien stroke karena adanya niat untuk memiliki derajat kesehatan yang lebih baik (Handayani et al., 2020). Tingkat keberhasilan pemulihan pascastroke sangat tergantung dari banyak aspek, mulai dari seberapa luas kerusakan di otak, waktu penanganan yang sedini mungkin, professional yang menangani (dokter, fisioterapis, dan lain-lain), peran serta keluarga dan teman, dan yang terpenting adalah niat pasien sendiri (Prasetia & Susanto, 2022). Niat terbukti menjadi ukuran valid untuk mengukur perilaku petugas layanan kesehatan (Gillespie et al., 2020).

Penelitian berdasarkan model TPB menunjukkan pengetahuan mengenai tanda, gejala, komplikasi, faktor risiko, dan strategi pencegahan stroke mempengaruhi niat ($p = 0,007 < 0,05$) dan perilaku ($p = 0,0001 < 0,05$) (Tambi et al., 2019). Penelitian yang dilakukan di Universitas Airlangga pada pasien stroke berdasarkan TPB menunjukkan pengetahuan mengenai tanda, gejala, komplikasi, faktor risiko, dan strategi pencegahan stroke mempengaruhi niat ($p = 0,007 < 0,05$) untuk melakukan perilaku pencegahan stroke (Tambi et al., 2019). Penelitian menunjukkan hubungan antara sikap dengan niat berkorelasi sedang ($p = 0,0001$, $r = 0,587$). Hubungan antara *subjective norm* dengan niat berkorelasi tinggi ($p = 0,0001$, $r = 0,634$). Hubungan PBC dengan niat berkorelasi sedang ($p = 0,0001$, $r = 0,584$). Hubungan antara niat dengan perilaku pencegahan stroke berulang berkorelasi tinggi ($p = 0,0001$, $r = 0,730$) (Eldiningtyas, 2018).

2.7.8 Dukungan Sosial

Hubungan dan interaksi dengan keluarga, teman, atau anggota komunitas dapat berdampak pada kesehatan dan kesejahteraan. Hubungan baik dengan teman dan keluarga dapat memberikan dampak positif terhadap kesehatan dan mendorong rutinitas pengelolaan pengobatan pasien stroke iskemik secara teratur (Ruksakulpiwat et al., 2023). Penelitian pada pasien stroke di Korea menunjukkan bahwa faktor penting yang berhubungan dengan kepatuhan perilaku kesehatan adalah

dukungan sosial yang dirasakan ($p < 0,001$). Sistem dukungan sosial harus ditingkatkan untuk meningkatkan peluang dukungan sosial yang dirasakan pada pasien stroke (Kang & Lee, 2021).

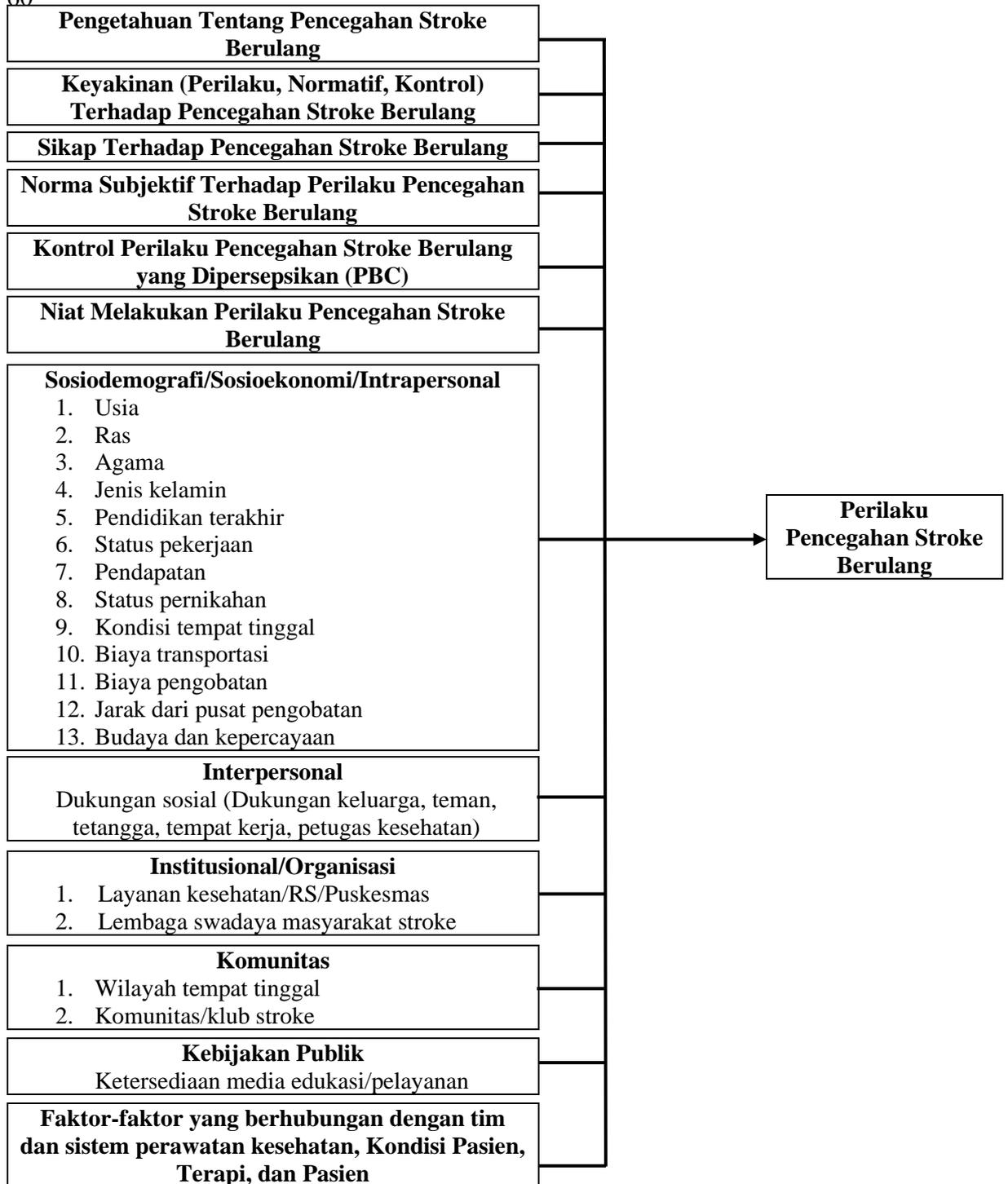
2.7.9 Ketersediaan Media Edukasi

Penelitian menunjukkan terjadi peningkatan perilaku pencegahan stroke pada penderita hipertensi setelah dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan media edukasi berupa leaflet (Christiani, 2018). Penelitian lain menyebutkan bahwa media edukasi audio visual memberi pengaruh yang signifikan pada pengetahuan kelompok risiko stroke (Putri et al., 2023)

2.8 Kerangka Teori

TPB mempelajari sikap, norma subjektif, dan kendali perilaku yang dipersepsikan hingga landasan keyakinan yang mendasari perilaku tersebut. Niat, persepsi pengendalian perilaku, sikap terhadap perilaku, dan norma subjektif masing-masing mengungkapkan aspek perilaku yang berbeda dimana masing-masing menjadi poin perubahan. Pondasi keyakinan yang mendasari memberikan deskripsi rinci yang diperlukan untuk memperoleh informasi substantif tentang faktor-faktor penentu suatu perilaku. Pada tataran keyakinan itulah kita bisa belajar tentang faktor-faktor unik yang mendorong seseorang untuk terlibat dalam perilaku yang diminati dan mendorong orang lain untuk mengikuti tindakan yang berbeda. Variabel eksternal juga turut mempengaruhi terjadinya perilaku (Ajzen, 2005). Model Ekologi McLeroy untuk Promosi Kesehatan menjelaskan pentingnya perspektif ekologi untuk memasukkan intervensi lingkungan yang dapat mendukung proses perubahan perilaku (McLeroy et al., 1988).

Berdasarkan kajian teori diatas, maka dibuat kerangka teori dengan menggabungkan ketiga teori yaitu TPB, model kepatuhan WHO, dan model ekologi McLeroy untuk promosi kesehatan. Kerangka teori penelitian dapat dilihat pada gambar 2.10.



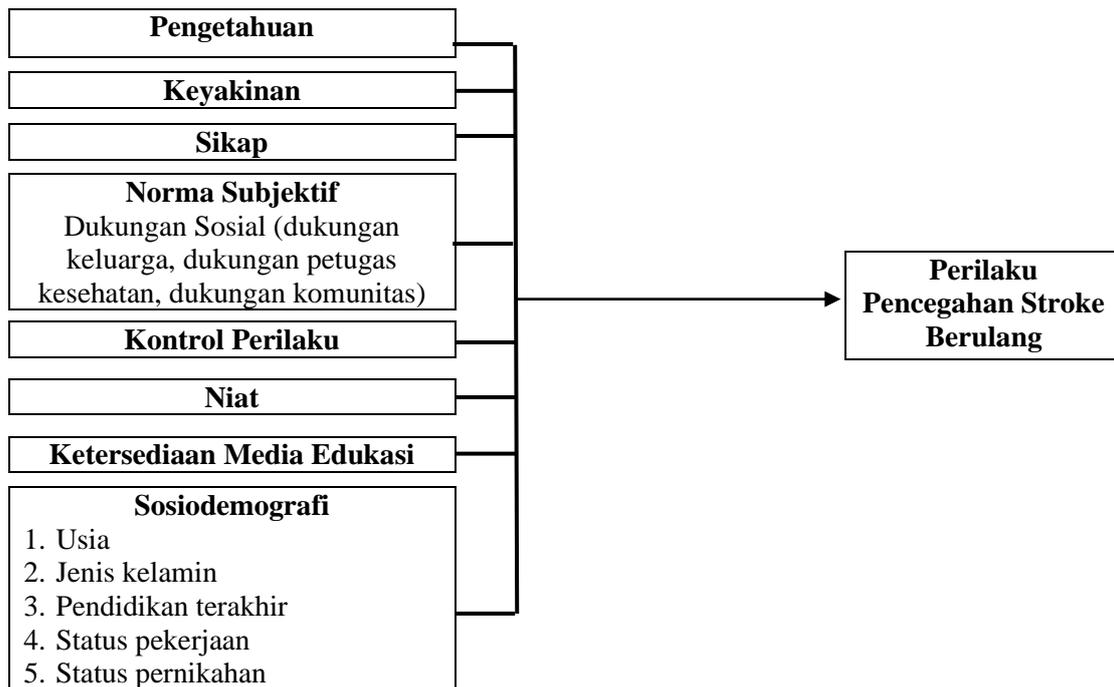
Gambar 2.10. Kerangka Teori Penelitian

Sumber: Modifikasi *Theory of Planned Behaviour* (Ajzen, 2005); Model *The Five Dimensions of Adherence* (Lima Dimensi Kepatuhan) WHO (WHO, 2003); Model Ekologi Sosial McLeroy untuk Promosi Kesehatan (McLeroy et al., 1988; Golden et al., 2015)

BAB 3 KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian diambil berdasarkan kerangka teori penelitian. Dari ketiga teori dalam kerangka teori penelitian, terdapat beberapa variabel yang mempengaruhi variabel terikat (*dependent variable*) penelitian yaitu perilaku pencegahan stroke berulang. Variabel independen (*independent variable*) terdiri dari pengetahuan, keyakinan, sikap, norma subjektif (dukungan keluarga, petugas kesehatan, dan komunitas), kontrol perilaku, niat, ketersediaan media edukasi, dan faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pekerjaan, pendapatan, dan status pernikahan). Kerangka konsep penelitian disajikan pada gambar 3.1.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Definisi Operasional

Definisi operasional penelitian dapat dilihat pada tabel 3.1.

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Mengukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Dependen						
1.	Perilaku pasien stroke dalam pencegahan stroke berulang	Tindakan yang dilakukan responden untuk mencegah stroke berulang meliputi kontrol rutin, aktivitas fisik, diet sehat dan seimbang, istirahat cukup, mengelola stress, tidak merokok, tidak minum minuman beralkohol, minum obat sesuai resep dokter.	Kuesioner	Wawancara dengan Kuesioner	0. Baik (Jika skor \geq mean) 1. Kurang Baik (Jika skor $<$ mean) <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100	Nominal
Variabel Independen Faktor Sociodemografi						
2.	Usia	Ulang tahun terakhir responden.	Kuesioner	Wawancara dengan Kuesioner	0. Usia $<$ 60 tahun 1. Usia \geq 60 tahun	Nominal
3.	Jenis Kelamin	Ciri-ciri fisik yang menunjukkan apakah laki-laki dan perempuan.	Kuesioner	Wawancara dengan Kuesioner	0. Perempuan 1. Laki-laki	Nominal
4.	Pendidikan Terakhir	Pendidikan formal terakhir yang didapat responden.	Kuesioner	Wawancara dengan Kuesioner	0. Pendidikan Tinggi (Perguruan Tinggi (PT)) 1. Pendidikan rendah (\leq SMA)	Ordinal
5.	Status Pekerjaan	Kegiatan sehari-hari yang rutin dilakukan untuk mendapatkan penghasilan.	Kuesioner	Wawancara dengan Kuesioner	0. Bekerja 1. Tidak Bekerja	Nominal
6.	Status Pernikahan	Pernikahan yang dilakukan sesuai dengan ketentuan hukum dan ajaran agama.	Kuesioner	Wawancara dengan Kuesioner	0. Menikah 1. Tidak Menikah/Janda/Duda	Nominal

Tabel 3.1 (lanjutan)

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Mengukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen Pengetahuan						
7.	Pengetahuan Pasien Stroke Tentang Pencegahan Stroke Berulang	Pemahaman responden mengenai pengertian stroke berulang, jenis stroke, tanda dan gejala stroke, faktor risiko stroke, pengobatan stroke, dan perilaku pencegahan stroke berulang.	Kuesioner	Wawancara dengan Kuesioner	0. Tinggi (skor nilai \geq mean) 1. Rendah (skor nilai $<$ mean) <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100	Nominal
Variabel Independen Keyakinan						
8.	Keyakinan Pasien Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang	Pandangan responden mengenai manfaat melakukan perilaku pencegahan stroke berulang.	Kuesioner	Wawancara dengan Kuesioner	0. Tinggi (skor nilai \geq mean) 1. Rendah (skor nilai $<$ mean) <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100	Nominal
Variabel Independen Sikap						
9.	Sikap pasien stroke terhadap pencegahan stroke berulang	Respon atau tanggapan pasien stroke mengenai perilaku pencegahan stroke berulang.	Kuesioner	Wawancara dengan Kuesioner	0. Positif (skor nilai \geq mean) 1. Negatif (skor nilai $<$ mean) <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100	Nominal
Variabel Independen Norma Subjektif						
10.	Norma Subjektif Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang	Pendapat responden mengenai harapan orang atau pihak lain yang penting untuk melakukan perilaku pencegahan stroke berulang.	Kuesioner	Wawancara dengan Kuesioner	0. Dukungan Baik (skor nilai \geq mean) 1. Dukungan Kurang Baik (skor nilai $<$ mean) <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100	Nominal

Tabel 3.1 (lanjutan)

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Mengukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen Kontrol Perilaku						
11.	Kontrol Perilaku Pencegahan Stroke Berulang yang Dipersepsikan	Kemampuan responden melakukan perilaku pencegahan stroke berulang.	Kuesioner	Wawancara dengan Kuesioner	0. Kuat (skor nilai \geq mean) 1. Lemah (skor nilai $<$ mean) <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100	Nominal
Variabel Independen Niat						
12.	Niat Pasien Stroke Untuk Melakukan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang	Keinginan responden untuk melakukan perilaku pencegahan stroke berulang.	Kuesioner	Wawancara dengan Kuesioner	0. Tinggi (skor nilai \geq mean) 1. Rendah (skor nilai $<$ mean) <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100	Nominal
Variabel Independen Ketersediaan Media Edukasi						
13.	Ketersediaan Media Edukasi	Adanya media edukasi berupa leaflet, video edukasi untuk edukasi pasien stroke	Kuesioner	Wawancara dengan Kuesioner	0. Memadai (skor nilai \geq mean) 1. Tidak memadai (skor nilai $<$ mean) <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100	Nominal

3.3 Hipotesis

Hipotesis penelitian ini sebagai berikut:

1. Adanya hubungan antara pengetahuan, keyakinan, sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, niat, ketersediaan media edukasi, dan faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pekerjaan, dan status pernikahan) terhadap perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON.
2. Ada variabel yang paling dominan terhadap perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON.

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif menggunakan desain *cross sectional study*. *Cross sectional study* adalah desain yang paling relevan untuk menilai sikap, pengetahuan, dan perilaku pasien dan tenaga kesehatan. *Cross sectional study* melakukan pengumpulan informasi (data) yang relevan pada waktu tertentu (Kesmodel, 2018).

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di RS Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta pada bulan Mei sampai Juni 2024.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi penelitian adalah seluruh pasien stroke yang berobat ke RS Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta pada bulan Mei sampai Juni 2024.

4.3.2 Sampel

Sampel berasal dari pasien stroke pada ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD), poliklinik reguler lantai 2 (poliklinik neurovaskuler), poliklinik eksekutif lantai 5, rawat inap Unit Neurorestorasi lantai 5, rawat inap Unit *Stroke Ward* lantai 7A dan 7B, rawat inap 8A, 9A, dan 9B. Dalam pemilihan sampel memperhatikan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini sebagai berikut:

- 1) Pasien stroke serangan pertama dan tidak pernah mengalami stroke berulang.
- 2) Pasien stroke dari IGD dan ruang rawat inap dengan skor NIHSS ringan (< 5). Skor NIHSS ringan sampai sedang menunjukkan pasien stroke dapat berkomunikasi dengan baik (Kwah & Diong, 2014). Skor NIHSS dapat dilihat pada status rekam medis pasien. Sesuai Permenkes Nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis dijelaskan bahwa pembukaan isi rekam medis ada dua jenis yaitu atas persetujuan pasien dan tidak atas persetujuan pasien.

Pembukaan isi rekam medis tidak atas persetujuan pasien salah satunya adalah untuk kepentingan pendidikan dan penelitian dengan mengajukan permintaan pembukaan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan (Menteri Kesehatan RI, 2022). Pelepasan informasi medis dapat dilakukan untuk kepentingan penelitian, pendidikan, audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien. Pihak ketiga tersebut harus mengajukan permohonan secara tertulis (*written request*) kepada rumah sakit (Sardjono, 2019).

- 3) Pasien stroke dari ruang rawat jalan yang sedang kontrol ke poli rawat jalan.
- 4) Pasien stroke yang bersedia menjadi responden.

Kriteria eksklusi penelitian ini sebagai berikut:

- 1) Pasien stroke dengan skor NIHSS sedang dan berat.
- 2) Pasien stroke yang tinggal sendiri.
- 3) Pasien stroke dengan keterbatasan fisik sehingga tidak dapat dilakukan wawancara.

4.3.3 Besar Sampel

Perhitungan besar sampel penelitian ini menggunakan rumus uji hipotesis beda dua proporsi Lemeshow (1997).

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{(P_1-P_2)^2}$$

Keterangan:

- n = Besar sampel
- $z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = Nilai Z berdasarkan tingkat kepercayaan 95% (1.96)
- $z_{1-\beta}$ = Nilai Z berdasarkan kekuatan uji 95% (1.64)
- P_1 = Proporsi perilaku pencegahan stroke berulang pada kelompok kategori pertama
- P_2 = Proporsi perilaku pencegahan stroke berulang pada kelompok kategori kedua
- P = Rata-rata P_1 dan P_2 ($\frac{P_1+P_2}{2}$)

Tabel 4.1 Perhitungan Sampel

No.	Variabel	P1	P2	n	n1+n2	Sumber
1.	Jenis Kelamin	52,1	24,6	79	158	(Anggraini, 2022)
2.	Pengetahuan	1,1	78,8	11	22	(Gumanti, 2022)
3.	Sikap	76,3	20,5	18	36	(Gumanti, 2022)
4.	Norma Subjektif	94,8	7,2	85	170	(Putera & Abdullah, 2017)
5.	Perilaku	16,7	52,3	44	88	(Cahyati & Rosdiana, 2017)
6.	Niat	46	11	41	82	(Zemore & Ajzen, 2014)
7.	Kontrol Perilaku	43	16	72	144	(Zemore & Ajzen, 2014)

Berdasarkan hasil perhitungan sampel melalui rumus sampel maka jumlah responden berdasarkan nilai n terbesar adalah 85 responden per-kelompok sehingga besar sampel minimal yang dapat mewakili populasi adalah 170 responden. Jumlah sampel minimal tersebut dikoreksi dengan kemungkinan sampel *drop out* sebesar 10% sehingga diperoleh sampel minimal penelitian yaitu 187 pasien, yang kemudian dibulatkan menjadi 190 orang.

4.3.4 Cara Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel penelitian ini menggunakan teknik *convenience sampling* yaitu metode mengambil sampel sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi, dimana jika memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi maka bisa diambil sebagai responden. Sampel penelitian ini yaitu pasien dari ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD), poliklinik reguler lantai 2 (poliklinik neurovaskuler), poliklinik eksekutif lantai 5, rawat inap Unit Neurorestorasi lantai 5, rawat inap Unit *Stroke Ward* lantai 7A dan 7B, rawat inap 8A, 9A, dan 9B. Saat pengambilan sampel di masing-masing ruangan, peneliti dibantu oleh tujuh orang enumerator dari Penanggung jawab (PJ) Edukasi ruangan. Sebelum mengambil data, peneliti melakukan pertemuan dan memberikan penjelasan untuk menyamakan persepsi.

4.3.5 Jenis Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh dari hasil wawancara melalui pengisian kuesioner online oleh responden. Wawancara dilakukan kepada pasien stroke sesuai kriteria inklusi. Wawancara dilakukan selama kurang lebih 25 sampai 30 menit. Kuesioner penelitian terdiri dari beberapa pertanyaan yang mewakili variabel independen dan variabel dependen. Sebelum melakukan pengisian kuesioner, peneliti memberikan *informed consent* terkait tujuan dan permohonan persetujuan sebagai responden penelitian.

4.3.6 Cara Pengumpulan Data

Sampel diambil menggunakan metode *convenience sampling*. Penelitian dilakukan melalui wawancara menggunakan kuesioner *online* melalui *google form* dalam pengumpulan data untuk analisis perilaku pencegahan stroke berulang. Sebelumnya peneliti menanyakan apakah pasien mengalami kesulitan dalam menggunakan kuesioner *online* ini. Jika ada

kesulitan, peneliti membantu responden untuk membacakan dan menjelaskan maksud pertanyaan. Pengumpulan data dilakukan di lakukan di RSPON melalui koordinasi dengan kepala ruangan. Pengumpulan data dibantu oleh PJ Edukasi yang ada di setiap ruangan. Peneliti dan PJ Edukasi menggunakan laptop atau *handphone* untuk membuka *link google form* saat wawancara. Peneliti dan PJ edukasi hanya membantu membacakan dan menjelaskan jika ada kesulitan. Untuk pengisian kuesioner tetap dilakukan oleh responden.

4.4 Instrumen Penelitian

4.4.1 Jenis Instrumen

Instrumen penelitian menggunakan kuesioner yang diberikan kepada responden. Kuesioner terdiri dari variabel dependen (perilaku pencegahan stroke berulang), variabel independen (pengetahuan, keyakinan, sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, niat, ketersediaan media edukasi, dan faktor sosiodemografi).

Penjelasan mengenai instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian sebagai berikut:

Variabel	Item	Keterangan
Variabel Dependen		
Perilaku pasien stroke dalam pencegahan stroke berulang (Kemenkes RI, 2017) (Ab Malik et al., 2018) (Menteri Kesehatan RI, 2019) (Siket & Cadena, 2021) (<i>American Heart Association Annual Report 2021-22, 2022</i>) (Smith et al., 2023)	7 butir pertanyaan positif (E1-E7)	<ul style="list-style-type: none"> Pertanyaan E1-E10 Setiap jawaban diberikan poin sebagai berikut: Ya = 1 Tidak = 0 Total nilai minimal 0 dan maksimal 7 <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100 Perilaku Pencegahan Stroke Berulang Baik (Jika skor \geq mean) Perilaku Pencegahan Stroke Berulang Rendah (Jika skor < skor mean)
Variabel Independen		
Faktor Sosiodemografi		
Usia (Rahayu, 2020)	1 butir pertanyaan (A3)	-
Jenis Kelamin (Anggraini, 2022)	1 butir pertanyaan (A4)	-
Pendidikan Terakhir (Rahayu, 2020)	1 butir pertanyaan (A5)	-
Status Pekerjaan (Ghani dkk., 2015)	1 butir pertanyaan (A6)	-

Status Pernikahan (Yardes et al., 2022)	1 butir pertanyaan (A7)	-
Pengetahuan Pasien Stroke Tentang Pencegahan Stroke Berulang (Dawson et al., 2022) (<i>American Heart Association Annual Report 2021-22</i> , 2022) (Yeghiazaryan et al., 2023) (Altersberger et al., 2022) (Dawson et al., 2022) (Gumanti, 2022)	21 butir pertanyaan (C1-C4; C5 (C5.1-C5.6); C6 (C6.1-C6.8); C7-C9)	<ul style="list-style-type: none"> • Setiap jawaban diberikan poin sebagai berikut: Benar = 1 Salah = 0 • Total nilai minimal adalah 0 dan maksimal 21 • <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100
Keyakinan Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang (Ramdhani, 2011)	6 butir pertanyaan (D1.1 - D1.9)	<ul style="list-style-type: none"> • Setiap jawaban diberikan poin sebagai berikut: Sangat yakin = 4 Yakin = 3 Tidak yakin = 2 Sangat tidak yakin = 1 • Total nilai minimal adalah 6 dan maksimal 24 • <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100
Sikap pasien stroke terhadap pencegahan stroke berulang (Ab Malik et al., 2018)	6 butir pertanyaan (D2.1-D2.7)	<ul style="list-style-type: none"> • Setiap jawaban diberikan poin sebagai berikut: Sangat setuju = 4 Setuju = 3 Tidak setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1 • Total nilai minimal adalah 6 dan maksimal 24 • <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100
Norma Subjektif Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang (Ab Malik et al., 2018)	3 butir pertanyaan (D3.1-D3.4)	<ul style="list-style-type: none"> • Setiap jawaban diberikan poin sebagai berikut: Sangat mendukung = 4 Mendukung = 3 Tidak mendukung = 2 Sangat tidak mendukung = 1 • Total nilai minimal adalah 3 dan maksimal 12 • <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100
Kontrol Perilaku Pencegahan Stroke Berulang yang Dipersepsikan (Ab Malik et al., 2018)	6 butir pertanyaan (D4.1- D4.7)	<ul style="list-style-type: none"> • Setiap jawaban diberikan poin sebagai berikut: Sangat setuju = 4 Setuju = 3 Tidak setuju = 2

		<p>Sangat tidak setuju = 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total nilai minimal adalah 6 dan maksimal 24 • <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100
Niat Pasien Stroke Untuk Melakukan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang (Ramdhani, 2011) (Ab Malik et al., 2018)	5 butir pertanyaan (D5.1- D5.7)	<ul style="list-style-type: none"> • Setiap jawaban diberikan poin sebagai berikut: Sangat ingin = 4 Ingin = 3 Tidak ingin = 2 Sangat tidak ingin = 1 • Total nilai minimal adalah 5 dan maksimal 20 • <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100
Ketersediaan Media Edukasi (Christiani, 2018) (Putri et al., 2023)	9 butir pertanyaan (D6.1- D6.10)	<ul style="list-style-type: none"> • Setiap jawaban diberikan poin sebagai berikut: Sangat setuju = 4 Setuju = 3 Tidak setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1 • Total nilai minimal adalah 9 dan maksimal 36 • <i>Cut off point</i> mengacu pada mean dengan skala 100

4.4.2 Uji Validitas dan Reliabilitas

Sebelum instrumen penelitian digunakan, dilakukan uji coba instrumen penelitian terlebih dahulu. Uji instrumen penelitian menggunakan uji validitas dan reliabilitas. Instrumen penelitian harus valid (Solimun & Fernandes, 2017). Instrumen dikatakan valid apabila dapat mengukur apa yang akan diukur. Uji instrumen penelitian ini menggunakan *face validity*. *Face validity* mengacu pada proses yang bertujuan untuk memberikan jaminan bahwa suatu instrumen (kuesioner atau skala) mengukur area isi yang diharapkan untuk diukur (Ayre & Scally, 2014).

Uji coba instrumen melalui uji *face validity*. *Face validity* bertujuan untuk mengetahui pemahaman responden terhadap isi kuesioner sehingga dapat mengurangi kesalahan pengukuran. Pada penelitian ini uji *face validity* dilakukan kepada 10 orang pasien stroke sesuai kriteria inklusi dan eksklusi di RSPON.

Tabel 4.2 Responden Validity (n=10)

Nomor Responden	Waktu Pengisian	Hambatan/Komentar
R1	30 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada pernyataan C2, kata “dengan riwayat” mungkin bisa diganti dengan kata “yang pernah mengalami” dan kata “risiko” mungkin bisa diganti dengan kata “kemungkinan mengalami” 2. Pada pernyataan C3, kata “terdapat” mungkin bisa diganti kata “ada”. 3. Pada pernyataan C4, responden mengatakan pernyataan terlalu panjang, mungkin bisa lebih dipersingkat dengan gejala yang sering dialami seperti “gejala Stroke antara lain wajah mencong sebelah, lengan lemah sebelah, dan bicara pelo”. 4. Pada pernyataan D1.1, kata “risiko” mungkin bisa diganti dengan “kemungkinan mengalami”. 5. Pada pernyataan D5.1 sampai D5.10, kata “seberapa ingin” mungkin bisa diganti dengan “apakah saya ingin” agar lebih mudah dipahami. 6. Pada pertanyaan E1 terlalu banyak, cukup kontrol rutin ke rumah sakit/puskesmas saja 7. Pada pernyataan E9, kata “berusaha” mungkin dapat dihilangkan.
R2	25 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada pertanyaan E1 terlalu banyak, cukup kontrol rutin ke rumah sakit/puskesmas saja 2. Pada pernyataan C5.6, D2.9, D4.9, D5.9, dan E9, kata “mengelola” mungkin bisa diganti dengan “mengatasi”. 3. Pada pernyataan C4, mungkin bisa diganti menjadi “gejala Stroke antara lain wajah mencong sebelah, lengan lemah sebelah, dan bicara pelo”. 4. Pada pertanyaan E1 terlalu banyak, cukup kontrol rutin ke rumah sakit/puskesmas saja
R3	27 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada pernyataan C8, kata “pemulihan” mungkin bisa diganti dengan kata “penyembuhan”. 2. Pada pernyataan E10, kata “setiap minggu/bulan/sesuai jadwal dari petugas fisioterapi” mungkin dihilangkan saja karena sudah dijelaskan pada pernyataan sebelumnya.
R4	25 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada pernyataan C3, kata “terdapat” mungkin bisa diganti kata “ada”. 2. Pada pernyataan C4, mungkin bisa diganti menjadi “gejala Stroke antara lain wajah mencong sebelah, lengan lemah sebelah, dan bicara pelo”.
R5	30 menit	Pada pernyataan D5.1 sampai D5.10, kata “seberapa ingin” mungkin bisa diganti dengan “apakah saya ingin” agar lebih mudah dipahami.
R6	28 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada pernyataan C4, mungkin bisa diganti menjadi “gejala Stroke antara lain wajah mencong sebelah, lengan lemah sebelah, dan bicara pelo”. 2. Pada pernyataan C7, kata “kecacatan” mungkin bisa diganti dengan “cacat” dan kata “bahkan” diganti dengan kata “hingga”.

Tabel 4.2 (lanjutan)

Nomor Responden	Waktu Pengisian	Hambatan/Komentar
R6	28 menit	3. Pada pertanyaan E1 terlalu banyak, cukup kontrol rutin ke rumah sakit/puskesmas saja.
R7	23 menit	Pada pernyataan C4, mungkin bisa diganti menjadi “gejala Stroke antara lain wajah mencong sebelah, lengan lemah sebelah, dan bicara pelo”.
R7	23 menit	1. Pada pernyataan C4, mungkin bisa diganti menjadi “gejala Stroke antara lain wajah mencong sebelah, lengan lemah sebelah, dan bicara pelo”. 2. Pada pernyataan D1.5, kata “mengkonsumsi” mungkin bisa diganti dengan kata “makan”.
R8	25 menit	1. Pada pernyataan C4, mungkin bisa diganti menjadi “gejala Stroke antara lain wajah mencong sebelah, lengan lemah sebelah, dan bicara pelo”. 2. Pada pernyataan C5.6, D2.9, D4.9, D5.9, dan E9, kata “mengelola” mungkin bisa diganti dengan “mengatasi”.
R9	27 menit	1. Pada pernyataan C1, kata “setelah terkena” mungkin dapat diganti “dari” agar mudah dipahami. 2. Pada pernyataan C2, kata “risiko” mungkin bisa diganti dengan kata “kemungkinan mengalami”. 3. Pada pernyataan C5.3, D2.5, D4.5, D5.5, dan E5, kalimat “melakukan aktivitas fisik (seperti jalan cepat, berenang, dan lainnya) 3–4 kali/minggu selama 40 menit/hari” mungkin bisa diganti dengan kalimat “berolahraga secara teratur, seperti jalan cepat, berenang, atau bekerja di halaman rumah”.
R10	30 menit	1. Pada pernyataan C2, kata “risiko” mungkin bisa diganti dengan kata “kemungkinan mengalami”. 2. Pada pernyataan C4, mungkin bisa diganti menjadi “gejala Stroke antara lain wajah mencong sebelah, lengan lemah sebelah, dan bicara pelo”. 3. Pada pernyataan C7, kata “kecacatan” mungkin bisa diganti dengan “cacat” dan kata “bahkan” diganti dengan kata “hingga”. 4. Pada pernyataan C8, kata “pemulihan” mungkin bisa diganti dengan “penyembuhan”.

Berdasarkan tabel 4.2 terdapat beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Untuk pengisian kuesioner melalui wawancara diberikan waktu 30 menit.
2. Pernyataan C1, kata “setelah terkena” diganti “dari” agar mudah dipahami.
3. Pernyataan C2, kata “risiko” diganti dengan kata “kemungkinan mengalami”.
4. Pernyataan C3, kata “terdapat” diganti kata “ada”.
5. Pernyataan C4, dipersingkat menjadi “gejala stroke antara lain wajah mencong sebelah, lengan lemah sebelah, dan bicara pelo”.

6. Pernyataan C5.3, D2.5, D4.5, D5.5, dan E5, kalimat “melakukan aktivitas fisik (seperti jalan cepat, berenang, dan lainnya) 3–4 kali/minggu selama 40 menit/hari” diganti dengan kalimat “berolahraga secara teratur, seperti jalan cepat, berenang, atau bekerja di halaman rumah”.
7. Pernyataan C5.6, D2.9, D4.9, D5.9, dan E9, kata “mengelola” mungkin bisa diganti dengan “mengatasi”.
8. Pernyataan C7, kata “kecacatan” diganti dengan “cacat” dan kata “bahkan” diganti dengan kata “hingga”.
9. Pernyataan C8, kata “pemulihan” diganti dengan “penyembuhan”.
10. Pernyataan D1.1, kata “risiko” mungkin bisa diganti dengan “kemungkinan mengalami”.
11. Pernyataan D1.5, kata “mengkonsumsi” mungkin bisa diganti dengan kata “makan”.
12. Pernyataan D5.1 sampai D5.10, kata “seberapa ingin” mungkin bisa diganti dengan “apakah saya ingin” agar lebih mudah dipahami.
13. Pada pernyataan E1, menjadi “kontrol rutin ke rumah sakit/puskesmas” saja
14. Pernyataan E.10, kata “setiap minggu/bulan/sesuai jadwal dari petugas fisioterapi” mungkin dihilangkan saja karena sudah dijelaskan pada pernyataan sebelumnya.

Perbaiki instrumen penelitian yang digunakan pada kuesioner berdasarkan kesimpulan *face validity* diatas. Sebelum kuesioner yang sudah diperbaiki tersebut diberikan kepada responden, dilakukan uji reliabilitas terlebih dahulu.

Uji Reliabilitas adalah pengujian indeks yang menunjukkan sejauh mana alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan. Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan dua kali atau lebih terhadap perilaku yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama. Alat ukur dikatakan reliabel jika menghasilkan hasil yang sama meskipun dilakukan pengukuran berkali-kali. Kuesioner sebagai alat ukur harus mempunyai reliabilitas yang tinggi. Uji reliabilitas diukur dengan menggunakan formula *Cronbach's Alpha*. Kriteria suatu data dikatakan reliabel bila nilai *Cronbach's Alpha* $\geq 0,6$ (Hastono, 2016). Uji reliabilitas pada penelitian ini dilakukan pada 30 orang pasien stroke sesuai kriteria inklusi dan eksklusi di RSPON. Hasil perhitungan *Cronbach's Alpha* masing-masing variabel penelitian dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Hasil *Cronbach's Alpha* Kuesioner (n=30)

Variabel	Butir Pertanyaan	<i>Cronbach's Alpha</i>
Keyakinan	6	0,915
Sikap	6	0,956
Norma Subjektif	3	0,929
Kontrol Perilaku	6	0,950
Niat	5	0,894
Ketersediaan Media Edukasi	9	0,936

Dari tabel 4.3 terlihat bahwa semua variabel yang diuji memiliki nilai hasil *Cronbach's Alpha* $\geq 0,6$. Hasil uji ini dilakukan setelah melihat nilai *Cronbach's Alpha if Item Deleted* (*Cronbach's Alpha* jika Item Dihapus) masing-masing pertanyaan pada setiap variabel. Jika ada pertanyaan yang akan menaikkan nilai *Cronbach's Alpha* ketika pertanyaan tersebut dihapus, maka pertanyaan tersebut dikeluarkan.

Pada variabel sikap, setelah melihat nilai *Cronbach's Alpha if Item Deleted* pertanyaan nomor satu, jika pertanyaan nomor satu dihapus akan menaikkan nilai *Cronbach's Alpha*, sehingga pertanyaan tersebut dihapus dan dilakukan analisis kembali. Berdasarkan nilai *Cronbach's Alpha if Item Deleted* pada variabel norma subjektif, pertanyaan nomor empat dikeluarkan karena jika dikeluarkan akan meningkatkan nilai *Cronbach's Alpha*. Pada variabel kontrol perilaku, pertanyaan nomor satu dikeluarkan. Pada variabel niat, pertanyaan nomor satu dan dua dikeluarkan. Pada variabel ketersediaan media edukasi, pertanyaan nomor sepuluh dikeluarkan. Hasil analisis nilai *Cronbach's Alpha* menunjukkan semua variabel yang diuji memiliki nilai hasil *Cronbach's Alpha* $\geq 0,6$.

Dengan demikian hasil uji dari 30 responden menunjukkan bahwa pertanyaan variabel keyakinan, sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, niat, dan ketersediaan media edukasi reliabel untuk diberikan kepada responden penelitian yang berjudul “Determinan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta”

4.5 Mekanisme Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat (IGD), poliklinik reguler lantai 2 (poliklinik neurovaskuler), poliklinik eksekutif lantai 5, rawat inap Unit Neurorestorasi lantai 5, rawat inap Unit *Stroke Ward* lantai 7A dan 7B, rawat inap 8A, 9A, dan 9B. Berikut langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini.

- 1) Administrasi perizinan penelitian
 - a) Pengumpulan proposal dan daftar isian protokol kaji etik sebagai syarat memperoleh surat keterangan lolos kaji etik dari Universitas Indonesia.
 - b) Penyerahan surat keterangan lolos kaji etik dari Universitas Indonesia dan isian pembimbing terkait persetujuan turun ke lapangan kepada Wakil Dekan FKM UI untuk memperoleh surat permohonan penelitian dari Wakil Dekan FKM UI.
 - c) Daftar isian protokol kaji etik sebagai syarat memperoleh surat keterangan lolos kaji etik dari RSPON.
 - d) Permohonan pembukaan rekam medis kepada Direktur RSPON.
 - e) Surat izin penelitian dari Direktur RSPON.
- 2) Prosedur Teknis
 - a) Penyerahan surat izin pengambilan data dan pemberitahuan informasi tujuan penelitian kepada Kepala Ruangan yang menjadi lokasi penelitian.
 - b) Berkoordinasi dengan Kepala Ruangan dan PJ Edukasi Ruangan.
 - c) Peneliti melakukan briefing kepada PJ Edukasi Ruangan mengenai tujuan, *informed consent*, *link google form*, kuesioner penelitian, dan hal teknis lainnya.
 - d) PJ Edukasi meminta persetujuan kepada responden untuk berpartisipasi pada penelitian melalui ceklis *informed consent* pada *google form*.
 - e) Pengumpulan data dilakukan melalui pemberian kuesioner melalui *link google form* kepada responden dengan menggunakan instrumen kuesioner. Data yang dikumpulkan kemudian dilakukan proses manajemen data, analisis, dan interpretasi.

4.6 Pengolahan Data

Secara umum proses pengolahan data dimulai dari proses *editing*, *coding*, *entry*, dan diakhiri dengan analisis data.

1) *Editing*

Editing dilakukan dengan melakukan pengecekan ulang terhadap data yang telah terkumpul sehingga terdapat konsistensi dan kelengkapan data.

2) *Coding*

Memberi kode terhadap data-data masing variabel guna mempermudah identifikasi serta analisis data. Pemberian koding mempertimbangkan kesesuaian terhadap tujuan, kategorisasi berdasarkan pengelompokan sesuai dengan sumber rujukan, dan tersedia dalam definisi operasional.

3) *Entry*

Menyiapkan lembar kerja berisi variabel kuesioner secara lengkap menggunakan program SPSS. Proses pengisian data sesuai kode yang ditentukan pada masing - masing variabel untuk selanjutnya dilakukan proses *cleaning*.

4) *Cleaning*

Dilakukan pemrosesan analisis data awal dimana melakukan penggolongan, pengurutan, dan penyederhanaan data sehingga mudah untuk diinterpretasi dan baca. Pada data nominal dan ordinal dilakukan pembuatan tabulasi distribusi frekuensi untuk setiap variabel. Pada tahap selanjutnya data siap dianalisis untuk membuktikan hipotesis penelitian.

4.7 Analisis Data

Analisis data dilakukan setelah data terkumpul melalui aplikasi SPSS. Analisis data dilakukan melalui analisis univariat, analisis bivariat, dan analisis multivariat.

4.7.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan secara deskriptif setiap variabel yang diteliti untuk melihat gambaran distribusi frekuensi variabel dependen dan variabel independen. Variabel dependen berupa distribusi perilaku pencegahan stroke berulang. Variabel independen berupa distribusi faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pekerjaan, dan status pernikahan), pengetahuan, keyakinan, sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, dan niat.

4.7.2 Analisis Bivariat

Selanjutnya dilakukan analisis bivariat yang digunakan untuk mencari kandidat multivariat. Masing-masing variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen. Seleksi bivariat menggunakan uji *Chi square* karena variabel dependen dan independen adalah kategorik dengan derajat kepercayaan 95%. Berdasarkan hasil analisis

bivariat, variabel independen menghasilkan $p \leq 0,25$, maka variabel tersebut langsung masuk tahap multivariat sedangkan variabel independen yang menghasilkan $p > 0,25$ maka variabel tersebut tidak diikutsertakan ke dalam pemodelan multivariat.

4.7.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat regresi logistik ganda digunakan untuk mencari besar risiko dan faktor paling berhubungan dengan 95% *confidence interval*. Variabel dengan $p\text{-value} \leq 0,25$ dapat dipertimbangkan untuk menjadi prediktor dalam model. Tahap pemodelan dilakukan dengan seleksi secara bertahap dalam mencari variabel valid atau $p\text{-value} \leq 0,05$. Proses pengeluaran variabel dengan $p\text{-value} > 0,05$ dalam pemodelan dilakukan secara bertahap dimulai dari $p\text{-value}$ tertinggi. Variabel independen paling berhubungan atau dominan terhadap variabel dependen adalah variabel dengan nilai OR tertinggi pada pemodelan akhir.

4.8 Etika Penelitian

Peneliti berpegang teguh pada prinsip penelitian untuk melindungi responden pada penelitian ini dengan memperhatikan aspek etika. Peneliti mengajukan kaji etik kepada Komisi Etik Penelitian dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat FKM UI dengan nomor surat lolos etik: Ket- 48/UN2.F10.D11/PPM.00.02/2024 dan Komite Etik Penelitian RSPON dengan nomor surat lolos etik: DP.04.03/D.XXIII.9/054/2024. Berikut konsep etika pada penelitian ini:

1) *Self Determination*

Pada tahap awal penelitian, peneliti menjelaskan terkait penelitian yang dilakukan. Peneliti memberikan lembar informasi penting untuk calon responden yang memuat penjelasan lengkap tentang penelitian. Calon responden berhak untuk menentukan keikutsertaan pada penelitian ini. Apabila calon responden menyetujui untuk ikut serta pada penelitian ini, maka responden menandatangani *informed consent*. Peneliti menjamin tidak mengganggu aktivitas responden selama penelitian berlangsung.

2) *Anonymity* dan *Confidentiality*

Nama responden tidak dicantumkan pada kuesioner dan digantikan dengan penggunaan 3 huruf yang menggambarkan inisial nama responden. Dengan demikian, tahap analisis

dan penyajian data penelitian hanya mendeskripsikan karakteristik responden dan tetap merahasiakan identitas nama setiap responden.

3) *Privacy*

Peneliti tidak menanyakan hal-hal di luar topik penelitian. Peneliti menjamin untuk menjaga privasi responden dengan mengedepankan penghormatan dan persetujuan responden.

4) *Protection from discomfort and harm*

Keikutsertaan responden pada penelitian ini tidak menimbulkan bahaya terhadap fisik maupun psikis. Responden memiliki hak untuk tidak melanjutkan pengisian kuesioner karena alasan ketidaknyamanan.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Karakteristik Responden

Karakteristik responden penelitian meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pekerjaan dan status pernikahan. Berdasarkan tabel 5.3 diketahui jumlah responden penelitian sebanyak 190 orang pasien stroke pertama. Usia terendah responden adalah 18 tahun dan tertinggi 74 tahun. Sebagian besar responden berusia < 60 tahun yaitu sebanyak 64%. Berdasarkan jenis kelamin sebagian responden adalah laki-laki yaitu sebesar 58%. Responden dengan tingkat pendidikan SMA/SMK paling banyak yaitu sebesar 38% diikuti tingkat pendidikan tinggi sebesar 25%. Sebagian besar responden yaitu sebesar 61,5% tidak bekerja, yang terdiri dari pensiunan (14%), ibu rumah tangga (27%), pelajar/mahasiswa (0,5%), dokter (sudah tidak praktik (0,5%)), dan tidak memiliki pekerjaan (19.5%). Sebagian besar responden sudah menikah yaitu sebesar 73%.

Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Responden di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase (%)
Usia (Minimal 18 tahun; Maksimal 74 tahun; Mean = 55)		
< 60 tahun	122	64
≥ 60 tahun	68	36
Jenis Kelamin		
Perempuan	79	42
Laki-laki	111	58
Pendidikan Terakhir		
Tidak pernah sekolah	4	2
Tidak lulus SD	3	2
SD	28	15
SMP	23	12
SMA/SMK	73	38
Diploma 1/2/3/4	11	6
Perguruan Tinggi S1/S2/S3	48	25
Status Pekerjaan		
Karyawan swasta	17	9
TNI/POLRI/Pegawai Negeri	6	3
Wiraswasta	32	17
Pekerja di Bidang Jasa (Arsitek, Dosen, Guru, Pengacara, IT, Supir)	9	5

Tabel 5.1 (lanjutan)

Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase (%)
Pensiunan	27	14
Ibu Rumah Tangga	51	27
Pelajar/Mahasiswa	1	0,5
Dokter (Sudah Tidak Praktik)	1	0,5
Tidak Memiliki Pekerjaan	37	19,5
Lainnya (Buruh, Imam Masjid, Mandor, Office Boy, Pegawai Non ASN, dan Public Figure)	9	5
Status Pernikahan		
Menikah	139	73
Belum Menikah/Janda/Duda	51	27

5.2 Gambaran Perilaku Pencegahan Stroke Berulang

Perilaku pencegahan stroke berulang penelitian ini terdiri dari kontrol rutin ke rumah sakit/puskesmas, rutin minum obat yang diberikan dokter setiap hari, berolahraga secara teratur, makan makanan sehat, mengurangi makanan yang asin, manis, tinggi lemak, tinggi kolesterol, dan makanan siap saji setiap hari, tidur teratur antara 6-8 jam setiap malam, dan dapat mengatasi stress dengan baik. Distribusi responden berdasarkan butir perilaku dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Butir Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Butir Perilaku	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Kontrol rutin ke rumah sakit/puskesmas	133	70	57	30
Rutin minum obat yang diberikan dokter setiap hari	175	92	15	8
Berolahraga secara teratur, seperti jalan cepat, berenang, atau bekerja di halaman rumah	117	61,5	73	38,5
Makan makanan sehat (seperti sayur, buah, dan susu rendah lemak) tiga kali sehari	132	69	58	31
Mengurangi makanan yang asin, manis, tinggi lemak, tinggi kolesterol, dan makanan siap saji setiap hari	148	78	42	22
Tidur teratur antara 6 sampai 8 jam setiap malam	122	64	68	36
Mengatasi stress dengan baik (seperti berpikir positif, mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, bercerita kepada keluarga, selalu mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa, dan mensyukuri hidup) setiap saat	117	61,5	73	38,5

Berdasarkan Tabel 5.2 sebesar 70% responden melakukan kontrol rutin ke rumah sakit/puskesmas, 92% responden rutin minum obat yang diberikan dokter setiap hari, 61,5% responden berolahraga secara teratur, 69% responden makan makanan sehat, 78% responden mengurangi makanan yang asin, manis, tinggi lemak, tinggi kolesterol, dan makanan siap saji setiap hari, 64% responden tidur teratur antara 6-8 jam setiap malam, dan 61,5% responden dapat mengatasi stress dengan baik.

Tabel 5.3 Deskripsi Nilai Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Ukuran	Nilai (skala 100)
Nilai minimal	0
Nilai maksimal	100
Mean	71,4
Median	86,0
Standar deviasi	28,73

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan nilai minimal perilaku pencegahan stroke berulang yaitu 0 dan nilai maksimal sebesar 100. Nilai rerata (mean) yaitu 71,4 dalam skala 100. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off point* nilai mean, maka perilaku pencegahan stroke berulang baik jika nilai \geq mean dan perilaku pencegahan stroke berulang kurang baik jika $<$ mean.

Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Perilaku Pencegahan Stroke Berulang	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	119	63
Kurang Baik	71	37

Tabel 5.4 menunjukkan sebanyak 63% responden memiliki perilaku pencegahan stroke berulang baik dan 37% responden memiliki perilaku pencegahan stroke kurang baik.

5.3 Gambaran Variabel Pengetahuan

Dari tabel 5.5 dapat dilihat bahwa sebanyak 100% responden menjawab benar atau mengetahui gejala stroke antara lain wajah mencong sebelah, lengan lemah sebelah, dan bicara pelo, 98% responden mengetahui bahwa fisioterapi dapat membantu proses pemulihan setelah stroke, 97% responden mengetahui penyebab stroke/stroke berulang adalah penyakit tekanan

darah tinggi (hipertensi), 96% mengetahui cara mencegah stroke/stroke berulang dengan mengatasi stress dengan baik, 96% mengetahui bahwa stroke berulang dapat dicegah, 95% responden mengetahui penyebab stroke/stroke berulang adalah makanan asin, manis, berlemak, dan tinggi kolesterol, 95% responden mengetahui jika stroke berulang menyebabkan cacat yang lebih parah bahkan kematian, 95% responden mengetahui bahwa cara mencegah stroke/stroke berulang dengan makan makanan sehat, 94% responden mengetahui bahwa cara mencegah stroke/stroke berulang dengan rutin kontrol ke rumah sakit/puskesmas setiap bulan, dan 94% responden menjawab benar cara mencegah stroke/stroke berulang dengan tidur teratur antara 6 sampai 8 jam setiap malam. Sementara sebanyak 25% responden menjawab salah atau tidak mengetahui bahwa stroke berulang adalah kekambuhan dari stroke sebelumnya.

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Butir Pengetahuan Tentang Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Butir Pengetahuan	Benar		Salah	
	n	%	n	%
Stroke berulang adalah kekambuhan dari stroke sebelumnya	143	75	47	25
Seseorang dengan riwayat stroke memiliki kemungkinan mengalami stroke berulang	165	87	25	13
Ada dua jenis stroke yaitu stroke iskemik (sumbatan) dan stroke hemoragik (perdarahan)	161	85	29	15
Gejala stroke antara lain wajah mencong sebelah, lengan lemah sebelah, dan bicara pelo	190	100	0	0
Cara mencegah stroke/stroke berulang dengan rutin kontrol ke rumah sakit/puskesmas setiap bulan	179	94	11	6
Cara mencegah stroke/stroke berulang dengan rutin minum obat stroke yang diberikan dokter	175	92	15	8
Cara mencegah stroke/stroke berulang dengan berolahraga secara teratur, seperti jalan cepat, berenang, atau bekerja di halaman rumah	159	84	31	16
Cara mencegah stroke/stroke berulang dengan makan makanan sehat (seperti sayur, buah, dan susu rendah lemak)	180	95	10	5
Cara mencegah stroke/stroke berulang dengan tidur teratur antara 6 sampai 8 jam setiap malam	178	94	12	6
Cara mencegah stroke/stroke berulang dengan mengatasi stress dengan baik (seperti berpikir positif, mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, bercerita kepada keluarga, selalu mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa, dan mensyukuri hidup)	183	96	7	4
Penyebab stroke/stroke berulang adalah penyakit tekanan darah tinggi (hipertensi)	184	97	6	3
Penyebab stroke/stroke berulang adalah penyakit gula darah tinggi (diabetes melitus)	154	81	36	19

Tabel 5.5 (lanjutan)

Butir Pengetahuan	Benar		Salah	
	n	%	n	%
Penyebab stroke/stroke berulang adalah kolesterol tinggi	174	92	16	8
Penyebab stroke/stroke berulang adalah kegemukan (obesitas)	147	77	43	23
Penyebab stroke/stroke berulang adalah gangguan pada jantung seperti gangguan Atrium Fibrilasi (AFib)/Fibrilasi Atrium	153	80,5	37	19,5
Penyebab stroke/stroke berulang adalah merokok	159	84	31	16
Penyebab stroke/stroke berulang adalah minum minuman beralkohol	154	81	36	19
Penyebab stroke/stroke berulang adalah makanan asin, manis, berlemak, dan tinggi kolesterol	180	95	10	5
Stroke berulang menyebabkan cacat yang lebih parah bahkan kematian	180	95	10	5
Fisioterapi dapat membantu proses pemulihan setelah stroke	186	98	4	2
Stroke berulang dapat dicegah	183	96	7	4

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui nilai minimal pengetahuan yaitu 19 dan nilai maksimal sebesar 100. Nilai rerata (mean) pengetahuan adalah 89,3 dalam skala 100. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off point* nilai mean, maka pengetahuan tinggi jika nilai \geq mean dan pengetahuan rendah jika $<$ mean.

Tabel 5.6 Deskripsi Nilai Pengetahuan Tentang Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Ukuran	Nilai (skala 100)
Nilai minimal	19
Nilai maksimal	100
Mean	89,3
Median	95,0
Standar deviasi	12,95

Dari tabel 5.7 dapat dilihat sebanyak 66% responden memiliki pengetahuan tinggi dan 34% responden memiliki pengetahuan rendah.

Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Tinggi	126	66
Rendah	64	34

5.4 Gambaran Variabel Keyakinan

Dari tabel 5.8 dapat dilihat bahwa sebesar 30% responden sangat yakin keluarga mendukung untuk melakukan pencegahan stroke berulang, 69% responden yakin terhadap perintah dokter untuk mencegah stroke berulang, 67% responden yakin pencegahan stroke berulang akan memberikan manfaat untuk saya seperti mengurangi biaya berobat, 66% responden yakin pencegahan stroke berulang dapat mengurangi kemungkinan mengalami kematian dan kecacatan yang lebih parah, 48% responden yakin bisa melakukan kontrol rutin setiap bulan karena saya memiliki waktu untuk kontrol agar tidak terkena stroke berulang, dan 46% yakin bisa makan makanan sehat setiap hari untuk mencegah stroke berulang.

Tabel 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Butir Keyakinan Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Butir Keyakinan	SY		Y		TY		STY	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yakin pencegahan stroke berulang dapat mengurangi kemungkinan mengalami kematian dan kecacatan yang lebih parah	48	25	125	66	15	8	2	1
Yakin pencegahan stroke berulang akan memberikan manfaat untuk saya seperti mengurangi biaya berobat	48	25	127	67	14	7	1	1
Yakin terhadap perintah dokter untuk mencegah stroke berulang	49	26	131	69	9	5	1	1
Yakin keluarga mendukung saya untuk melakukan pencegahan stroke berulang	57	30	83	44	49	26	1	1
Yakin bisa makan makanan sehat setiap hari untuk mencegah stroke berulang	49	26	88	46	53	28	0	0
Yakin bisa melakukan kontrol rutin setiap bulan karena saya memiliki waktu untuk kontrol agar tidak terkena stroke berulang	47	25	91	48	52	27	0	0

Keterangan: SY (Sangat Yakin), Y (Yakin), TY (Tidak Yakin), STY (Sangat Tidak Yakin)

Tabel 5.9 Deskripsi Nilai Keyakinan Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Ukuran	Nilai (skala 100)
Nilai minimal	50
Nilai maksimal	100
Mean	77,2
Median	75,0
Standar deviasi	13,86

Berdasarkan tabel 5.9 diketahui nilai minimal keyakinan yaitu 50 dan nilai maksimal sebesar 100. Nilai rerata (mean) keyakinan adalah 77,2 dalam skala 100. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off point* nilai mean, maka keyakinan tinggi jika nilai \geq mean dan keyakinan rendah jika $<$ mean.

Tabel 5.10 Distribusi Responden Berdasarkan Keyakinan Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Keyakinan	Frekuensi	Persentase (%)
Tinggi	65	34
Rendah	125	66

Keyakinan responden terhadap perilaku pencegahan stroke berulang dapat terlihat pada tabel 5.10. Sebanyak 34% responden memiliki keyakinan tinggi dan 66% responden memiliki keyakinan rendah.

5.5 Gambaran Variabel Sikap

Tabel 5.11 Distribusi Responden Berdasarkan Butir Sikap Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Butir Sikap	SS		S		TS		STS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Harus minum obat yang diberikan dokter secara rutin agar tidak terkena stroke berulang	50	26	99	52	41	22	0	0
Perlu berolahraga secara teratur, seperti jalan cepat, berenang, atau bekerja di halaman rumah	40	21	94	49	54	25	2	1
Rutin makan makanan sehat (seperti sayur, buah, dan susu rendah lemak) dapat mencegah stroke berulang	50	26	93	49	46	24	1	1
Harus mengurangi makanan asin, manis, tinggi lemak, tinggi kolesterol, dan makanan siap saji agar tidak terkena stroke berulang	52	27	86	45	51	27	1	1
Perlu tidur 6 sampai 8 jam setiap malam hari agar tidak terkena stroke berulang	49	26	88	46	53	28	0	0
Harus mengatasi stress dengan baik (seperti berpikir positif, mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, bercerita kepada keluarga, selalu mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa, dan mensyukuri hidup) agar tidak terkena stroke berulang	52	27	85	45	53	28	0	0

Keterangan: SS (Sangat Setuju), S (Setuju), TS (Tidak Setuju), STS (Sangat Tidak Setuju)

Berdasarkan tabel 5.11 dapat dilihat bahwa 52% responden memiliki sikap positif setuju harus minum obat yang diberikan dokter secara rutin dan harus kontrol ke rumah

sakit/puskesmas agar tidak terkena stroke berulang, 49% responden memiliki sikap positif setuju perlu berolahraga secara teratur, 49% responden memiliki sikap positif rutin makan makanan sehat dapat mencegah stroke berulang, 46% responden memiliki sikap positif setuju tidur 6 sampai 8 jam setiap malam hari dan bersikap tidak harus mengatasi stress dengan baik agar tidak terkena stroke berulang, 45% responden memiliki sikap positif setuju harus mengurangi makanan asin, manis, tinggi lemak, tinggi kolesterol, dan makanan siap saji, dan 45% responden setuju harus mengatasi stress dengan baik agar tidak terkena stroke berulang.

Tabel 5.12 Deskripsi Nilai Sikap Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Ukuran	Nilai (skala 100)
Nilai minimal	38
Nilai maksimal	100
Mean	74,7
Median	75,0
Standar deviasi	17,25

Berdasarkan tabel 5.12 diketahui nilai minimal sikap yaitu 38 dan nilai maksimal sebesar 100. Nilai rerata (mean) sikap adalah 74,7 dalam skala 100. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off point* nilai mean, maka sikap positif jika nilai \geq mean dan sikap negatif jika $<$ mean.

Tabel 5.13 Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Sikap	Frekuensi	Persentase (%)
Positif	129	68
Negatif	61	32

Dari tabel 5.13 dapat dilihat bahwa sebanyak 68% responden memiliki sikap positif dan 32% responden memiliki sikap negatif.

5.6 Gambaran Variabel Norma Subjektif

Tabel 5.14 menunjukkan bahwa sebesar 55% responden harus kontrol rutin karena dokter dan perawat meminta untuk kontrol rutin, hal ini dijadikan dukungan responden untuk kontrol rutin. Sementara sebanyak 21% responden merasa tidak ada dukungan dari dokter dan perawat untuk kontrol rutin. Sebanyak 50% tetangga responden mendukung melalui sering memberikan motivasi agar sembuh sehingga responden merasa harus sembuh dan tidak terjadi

stroke berulang, dan 48% responden mendapat dukungan dari keluarga dengan menyiapkan makan makanan sehat setiap hari sehingga responden merasa harus memakannya.

Tabel 5.14 Distribusi Responden Berdasarkan Butir Norma Subjektif Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Butir Norma Subjektif	SM		M		TM		STM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Keluarga menyiapkan makan makanan sehat setiap hari sehingga saya merasa harus memakannya	46	24	91	48	53	28	0	0
Dokter dan perawat meminta kontrol rutin sehingga saya merasa harus kontrol rutin	46	24	104	55	40	21	0	0
Tetangga sering memberikan motivasi agar saya sembuh sehingga saya merasa harus sembuh dan tidak terjadi stroke berulang	43	23	95	50	52	27	0	0

Keterangan: SM (Sangat Mendukung), M (Mendukung), TM (Tidak Mendukung), STM (Sangat Tidak Mendukung)

Berdasarkan tabel 5.15 diketahui nilai minimal norma subjektif yaitu 50 dan nilai maksimal sebesar 100. Nilai rerata (mean) norma subjektif adalah 74,6 dalam skala 100. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off point* nilai mean, maka norma subjektif dukungan baik jika nilai \geq mean dan norma subjektif dukungan kurang baik jika $<$ mean.

Tabel 5.15 Deskripsi Nilai Norma Subjektif Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Ukuran	Nilai (skala 100)
Nilai minimal	50
Nilai maksimal	100
Mean	74,6
Median	75,0
Standar deviasi	16,68

Tabel 5.16 merupakan distribusi norma subjektif responden. Sebanyak 70% responden memiliki dukungan baik dan 30% responden memiliki dukungan kurang baik.

Tabel 5.16 Distribusi Responden Berdasarkan Norma Subjektif Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Norma Subjektif	Frekuensi	Persentase (%)
Dukungan Baik	133	70
Dukungan Kurang Baik	57	30

5.7 Gambaran Variabel Kontrol Perilaku

Tabel 5.17 Distribusi Responden Berdasarkan Butir Kontrol Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Butir Kontrol Perilaku	SS		S		TS		STS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rutin minum obat yang diberikan dokter pasti bisa dilakukan	52	27	95	50	42	22	0	0
Berolahraga secara teratur, seperti jalan cepat, berenang, atau bekerja di halaman rumah pasti bisa jika memiliki kemauan kuat	43	23	91	48	55	29	1	1
Makan makanan sehat (seperti sayur, buah, dan susu rendah lemak) adalah hal mudah	47	25	91	48	52	27	0	0
Mengurangi makanan yang asin, manis, tinggi lemak, tinggi kolesterol, dan makanan siap saji mudah untuk dilakukan	44	23	92	48	54	28	0	0
Tidur teratur antara 6 sampai 8 jam setiap malam pasti bisa dilakukan	46	24	88	46	55	29	1	1
Mengatasi stress dengan baik (seperti berpikir positif, mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, bercerita kepada keluarga, selalu mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa, dan bersyukur hidup) adalah hal mudah	44	23	86	45	60	32	0	0

Keterangan: SS (Sangat Setuju), S (Setuju), TS (Tidak Setuju), STS (Sangat Tidak Setuju)

Dari tabel 5.17 dapat dilihat bahwa 50% responden setuju rutin minum obat yang diberikan dokter pasti bisa dilakukan, 48% responden setuju berolahraga secara teratur pasti bisa jika memiliki kemauan kuat, 48% responden setuju makan makanan sehat adalah hal mudah, serta mengurangi makanan yang asin, manis, tinggi lemak, tinggi kolesterol, dan makanan siap saji mudah untuk dilakukan, 46% responden setuju tidur teratur antara 6 sampai 8 jam setiap malam pasti bisa dilakukan, dan 45% responden setuju mengatasi stress dengan baik adalah hal mudah.

Tabel 5.18 Deskripsi Nilai Kontrol Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Ukuran	Nilai (skala 100)
Nilai minimal	55
Nilai maksimal	100
Mean	74,1
Median	75,0
Standar deviasi	16,73

Berdasarkan tabel 5.18 diketahui nilai minimal kontrol perilaku yaitu 55 dan nilai maksimal sebesar 100. Nilai rerata (mean) kontrol perilaku adalah 74,1 dalam skala 100. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off point* nilai mean, maka kontrol perilaku kuat jika nilai \geq mean dan kontrol perilaku lemah jika $<$ mean.

Tabel 5.19 Distribusi Responden Berdasarkan Kontrol Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON (n=190)

Kontrol Perilaku	Frekuensi	Persentase (%)
Kuat	118	62
Lemah	72	38

Kontrol perilaku pencegahan stroke berulang responden dapat dilihat pada tabel 5.19. Sebanyak 62% responden memiliki kontrol perilaku kuat dan 38% responden memiliki kontrol perilaku lemah.

5.8 Gambaran Variabel Niat

Tabel 5.20 Distribusi Responden Berdasarkan Butir Niat Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Butir Niat	SI		I		TI		STI	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ingin berolahraga secara teratur, seperti jalan cepat, berenang, atau bekerja di halaman rumah	68	36	109	57	12	6	1	1
Ingin makan makanan sehat (seperti sayur, buah, dan susu rendah lemak) tiga kali sehari dalam sebulan ke depan	90	47	97	51	3	2	0	0
Ingin mengurangi makanan yang asin, manis, tinggi lemak, tinggi kolesterol, dan makanan siap saji dalam sebulan ke depan	82	43	106	56	2	1	0	0
Ingin tidur teratur antara 6 sampai 8 jam setiap malam dalam sebulan ke depan	80	42	110	58	0	0	0	0
Ingin mengatasi stress dengan baik (seperti berpikir positif, mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, bercerita kepada keluarga, selalu mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa, dan mensyukuri hidup) dalam sebulan ke depan	81	43	106	56	3	2	0	0

Keterangan: SI (Sangat Ingin), I (Ingin), TI (Tidak Ingin), STI (Sangat Tidak Ingin)

Dari tabel 5.20 dapat dilihat bahwa sebesar 58% responden ingin tidur teratur antara 6 sampai 8 jam setiap malam dalam sebulan ke depan, 57% responden ingin berolahraga secara teratur, 56% responden ingin mengurangi makanan yang asin, manis, tinggi lemak, tinggi

kolesterol, dan makanan siap saji dalam sebulan ke depan, 56% responden ingin mengatasi stress dengan baik, dan 51% responden ingin makan makanan sehat (seperti sayur, buah, dan susu rendah lemak) tiga kali sehari dalam sebulan ke depan.

Tabel 5.21 Deskripsi Nilai Niat Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Ukuran	Nilai (skala 100)
Nilai minimal	60
Nilai maksimal	100
Mean	84,9
Median	80,0
Standar deviasi	8,43

Berdasarkan tabel 5.21 diketahui nilai minimal niat yaitu 60 dan nilai maksimal sebesar 100. Nilai rerata (mean) niat adalah 84,9 dalam skala 100. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off point* nilai mean, maka niat tinggi jika nilai \geq mean dan niat rendah jika $<$ mean.

Tabel 5.22 Distribusi Responden Berdasarkan Niat Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Niat	Frekuensi	Persentase (%)
Tinggi	90	47
Rendah	100	53

Sebanyak 47% responden memiliki niat tinggi dan 53% responden memiliki niat rendah. Niat responden terhadap perilaku pencegahan stroke berulang dapat dilihat pada tabel 5.22.

5.9 Gambaran Variabel Ketersediaan Media Edukasi

Dari tabel 5.23 dapat dilihat bahwa sebanyak 65% responden setuju media edukasi yang sudah ada sekarang sudah cukup untuk meningkatkan perilaku pencegahan stroke berulang, 64% responden setuju media edukasi stroke seperti leaflet, poster, video atau lainnya sangat membantu memahami apa itu stroke, 63% responden setuju melalui media edukasi stroke ini, pasien tidak mengalami stroke berulang, 63% responden setuju media edukasi video tentang stroke paling mudah dipahami, 62% responden setuju video edukasi stroke di TV RSPON membantu memberikan pengetahuan tentang stroke agar pasien stroke agar tidak terjadi stroke berulang, 62% responden setuju edukasi stroke oleh tenaga medis memberikan

motivasi untuk berperilaku sehat agar tidak terjadi stroke berulang, 61% responden setuju kegiatan penyuluhan kesehatan tentang stroke yang dilakukan di RSPON sangat membantu pasien dan keluarga dalam memahami stroke agar tidak terjadi stroke berulang, 59% responden setuju melalui media edukasi stroke ini, dapat mengetahui bagaimana mencegah stroke berulang, dan 55% responden setuju kegiatan edukasi pada klub stroke RSPON memberikan motivasi untuk berperilaku sehat agar tidak terjadi stroke berulang.

Tabel 5.23 Distribusi Responden Berdasarkan Butir Ketersediaan Media Edukasi Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Butir Ketersediaan Media Edukasi	SS		S		TS		STS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Media edukasi stroke seperti leaflet, poster, video atau lainnya sangat membantu memahami apa itu stroke	45	24	121	64	23	11,5	1	0,5
Melalui media edukasi stroke ini, dapat mengetahui bagaimana mencegah stroke berulang	53	28	113	59	23	11,5	1	0,5
Melalui media edukasi stroke ini, pasien tidak mengalami stroke berulang	44	23	119	63	25	13	2	1
Media edukasi yang sudah ada sekarang sudah cukup untuk meningkatkan perilaku pencegahan stroke berulang	28	15	123	65	27	14	2	1
Media edukasi video tentang stroke paling mudah dipahami	41	22	120	63	29	15	0	0
Video edukasi stroke di TV RSPON membantu memberikan pengetahuan tentang stroke agar pasien stroke agar tidak terjadi stroke berulang	44	23	117	62	29	15	0	0
Kegiatan penyuluhan kesehatan tentang stroke yang dilakukan di RSPON sangat membantu pasien dan keluarga dalam memahami stroke agar tidak terjadi stroke berulang	47	25	115	61	27	13,5	1	0,5
Edukasi stroke oleh tenaga medis memberikan motivasi untuk berperilaku sehat agar tidak terjadi stroke berulang	52	27	117	62	21	11	0	0
Kegiatan edukasi pada klub stroke RSPON memberikan motivasi untuk berperilaku sehat agar tidak terjadi stroke berulang	47	25	104	55	39	21	0	0

Keterangan: SS (Sangat Setuju), S (Setuju), TS (Tidak Setuju), STS (Sangat Tidak Setuju)

Berdasarkan tabel 5.24 diketahui nilai minimal ketersediaan media edukasi yaitu 47 dan nilai maksimal sebesar 100. Nilai rerata (mean) ketersediaan media edukasi adalah 77,2 dalam skala 100. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off point* nilai mean, maka

ketersediaan media edukasi memadai jika nilai \geq mean dan ketersediaan media edukasi tidak memadai jika $<$ mean.

Tabel 5.24 Deskripsi Nilai Ketersediaan Media Edukasi Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Ukuran	Nilai (skala 100)
Nilai minimal	47
Nilai maksimal	100
Mean	77,2
Median	75,0
Standar deviasi	13,98

Dari tabel 5.25 dapat diketahui bahwa sebanyak 30,5% ketersediaan media edukasi stroke di RSPON memadai dan 69,5% ketersediaan media edukasi tidak memadai.

Tabel 5.25 Distribusi Responden Berdasarkan Ketersediaan Media Edukasi Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Ketersediaan Media Edukasi	Frekuensi	Persentase (%)
Memadai	58	30,5
Tidak Memadai	132	69,5

5.10 Seleksi Variabel Kandidat Multivariat

Seleksi variabel kandidat multivariat menggunakan analisis bivariat untuk menyeleksi variabel kandidat berdasarkan variabel independen penelitian (usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pekerjaan, status pernikahan, pengetahuan, keyakinan, sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, niat, dan ketersediaan media edukasi). Variabel independen yang akan diikutsertakan pada analisis multivariat adalah variabel yang memiliki $p\text{-value} \leq 0,25$. Variabel yang memenuhi syarat nilai $p\text{-value} \leq 0,25$ adalah usia, pendidikan terakhir, status pekerjaan, status pernikahan, keyakinan, sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, niat, dan ketersediaan media edukasi. Hasil analisis bivariat masing-masing variabel independen dapat dilihat pada tabel 5.26.

Tabel 5.26 Hasil Analisis Uji Bivariat Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Tahun 2024 (n=190)

Variabel	Perilaku Pencegahan Stroke Berulang				Total		OR (95% CI)	P-Value
	Baik		Kurang Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Sosiodemografi								
Usia								
< 60 tahun	85	70	37	30	115	100	2,297	0,01
≥ 60 tahun	34	50	34	50	75	100	(1,245 - 4,238)	
Jenis Kelamin								
Perempuan	52	65,8	27	34,2	79	100	1,265	0,54
Laki-laki	67	60,4	44	39,6	111	100	(0,694 - 2,306)	
Pendidikan Terakhir								
Tinggi (PT)	54	91,5	5	8,5	59	100	10,966	0,01
Rendah (≤ SMA)	65	49,6	66	50,4	131	100	(4,123 - 29,164)	
Status Pekerjaan								
Bekerja	54	74	19	26	73	100	2,274	0,02
Tidak Bekerja	65	55,6	52	44,4	117	100	(1,202 - 4,301)	
Status Pernikahan								
Menikah	94	67,6	45	32,4	139	100	2,172	0,03
Tidak Menikah/Janda/Duda	25	49	26	51	51	100		
Pengetahuan								
Tinggi	83	65,9	43	34,1	126	100	1,501	0,26
Rendah	36	56,3	28	43,8	64	100	(0,811 - 2,780)	
Keyakinan								
Tinggi	57	87,7	8	12,3	65	100	7,240	0,01
Rendah	62	49,6	63	50,4	125	100	(3,192 - 16,419)	
Sikap								
Positif	109	84,5	20	15,5	129	100	27,795	0,01
Negatif	10	16,4	51	83,6	61	100	(12,135 - 63,662)	
Norma Subjektif								
Dukungan Baik	114	85,7	19	14,3	133	100	62,400	0,001
Dukungan Kurang Baik	5	8,8	52	91,2	57	100	(22,093 - 176,241)	
Kontrol Perilaku								
Kuat	104	68,9	28	31,1	132	100	28,229	0,01
Lemah	15	57	43	43	58	100	(12,725 - 62,620)	
Niat								
Tinggi	62	68,9	28	31,1	90	100	1,670	0,12
Rendah	57	57	43	43	100	100	(0,920 - 3,033)	
Ketersediaan Media Edukasi								
Memadai	47	81	11	19	58	100	3,561	0,01
Tidak Memadai	72	54,5	60	45,5	132	100	(1,698 - 7,467)	

Hasil analisis uji bivariat yang akan menjadi kandidat analisis multivariat dapat dilihat pada tabel 5.27.

Tabel 5.27 Hasil Seleksi Uji Bivariat

No	Variabel	P-Value	Keterangan
1.	Usia	0,01	Kandidat Multivariat
2.	Jenis Kelamin	0,54	Bukan kandidat multivariat
3.	Pendidikan Terakhir	0,01	Kandidat Multivariat
4.	Status Pekerjaan	0,02	Kandidat Multivariat
5.	Status Pernikahan	0,03	Kandidat Multivariat
6.	Pengetahuan	0,26	Bukan kandidat multivariat
7.	Keyakinan	0,01	Kandidat Multivariat
8.	Sikap	0,01	Kandidat Multivariat
9.	Norma Subjektif	0,001	Kandidat Multivariat
10.	Kontrol Perilaku	0,01	Kandidat Multivariat
11.	Niat	0,12	Kandidat Multivariat
12.	Ketersediaan Media Edukasi	0,01	Kandidat Multivariat

5.11 Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen secara simultan dengan menggunakan regresi logistik ganda. Proses pemodelan dilakukan dengan menyeleksi variabel dengan nilai $p\text{-value} > 0,05$ secara berurutan hingga menemukan model dengan nilai $p\text{-value} \leq 0,05$ pada seluruh variabel independen.

5.11.1 Pemodelan Lengkap Analisis Multivariat

Proses pemodelan dilakukan dengan memasukan semua variabel independen yang sesuai dengan seleksi bivariat untuk mendapatkan model lengkap (*full model*) atau tahap I. Pemodelan lengkap (*full model*) multivariat dapat dilihat pada tabel 5.28

Tabel 5.28 Pemodelan Lengkap (*Full Model*) Analisis Multivariat

Variabel	P-value	OR	95% CI	
			Lower	Upper
Usia	0,86	1,094	0,394	3,032
Pendidikan Terakhir	0,08	2,998	0,875	10,273
Status Pekerjaan	0,14	2,262	0,758	6,748
Status Pernikahan	0,54	0,676	0,196	2,332
Keyakinan	0,48	1,652	0,413	6,619
Sikap	0,49	1,919	0,307	12,003

Tabel 5.28 (lanjutan)

Variabel	P-value	OR	95% CI	
			Lower	Upper
Norma Subjektif	0,002	13,930	2,572	75,436
Kontrol Perilaku	0,10	2,848	0,809	10,018
Niat	0,05	0,293	0,087	0,993
Ketersediaan Media Edukasi	0,32	2,170	0,467	10,090

Tahap berikutnya mengeluarkan variabel independen yang memiliki $p\text{-value} > 0,05$ secara berurutan yaitu usia, status pernikahan, sikap, keyakinan, status pekerjaan, ketersediaan media edukasi, dan niat. Proses pemodelan analisis multivariat dapat dilihat pada tabel 5.29.

Tabel 5.29 Pemodelan Analisis Multivariat

Model	Variabel	P-Value
Tahap II (Eliminasi Variabel Usia)	Pendidikan Terakhir	0,08
	Status Pekerjaan	0,12
	Status Pernikahan	0,54
	Keyakinan	0,48
	Sikap	0,48
	Norma Subjektif	0,002
	Kontrol Perilaku	0,10
	Niat	0,04
	Ketersediaan Media Edukasi	0,31
Tahap III (Eliminasi Variabel Status Pernikahan)	Pendidikan Terakhir	0,08
	Status Pekerjaan	0,15
	Keyakinan	0,53
	Sikap	0,55
	Norma Subjektif	0,002
	Kontrol Perilaku	0,10
	Niat	0,05
	Ketersediaan Media Edukasi	0,25
Tahap IV (Eliminasi Variabel Sikap)	Pendidikan Terakhir	0,07
	Status Pekerjaan	0,15
	Keyakinan	0,46
	Norma Subjektif	0,001
	Kontrol Perilaku	0,05
	Niat	0,06
	Ketersediaan Media Edukasi	0,30
Tahap V (Eliminasi Variabel Keyakinan)	Pendidikan Terakhir	0,06
	Status Pekerjaan	0,14
	Norma Subjektif	0,001
	Kontrol Perilaku	0,05
	Niat	0,08
	Ketersediaan Media Edukasi	0,13

Tabel 5.29 (lanjutan)

Model	Variabel	P-Value
Tahap VI (Eliminasi Variabel Status Pekerjaan)	Pendidikan Terakhir	0,04
	Norma Subjektif	0,001
	Kontrol Perilaku	0,04
	Niat	0,08
	Ketersediaan Media Edukasi	0,12
Tahap VII (Eliminasi Variabel Ketersediaan Media Edukasi)	Pendidikan Terakhir	0,04
	Norma Subjektif	0,001
	Kontrol Perilaku	0,01
	Niat	0,28
Tahap VIII (Eliminasi Variabel Niat)	Pendidikan Terakhir	0,05
	Norma Subjektif	0,001
	Kontrol Perilaku	0,01

Tabel 5.29 menunjukkan proses pemodelan analisis multivariat terdiri dari 8 tahap. Setiap tahap mengeliminasi variabel dengan *p-value* terbesar dan $> 0,05$. Tahap 1 merupakan tahap awal sesuai seleksi uji bivariat. Tahap II mengeliminasi variabel usia, tahap III mengeliminasi variabel status pernikahan, tahap IV mengeliminasi variabel sikap, tahap V mengeliminasi variabel keyakinan, tahap VI mengeliminasi variabel status pekerjaan, tahap VII mengeliminasi variabel ketersediaan media edukasi, dan tahap VIII mengeliminasi variabel niat. Tahap akhir pemodelan semua variabel memiliki $p\text{-value} \leq 0,05$. Variabel pendidikan terakhir, norma subjektif, dan kontrol perilaku merupakan variabel pada model akhir analisis multivariat.

5.11.2 Pemodelan Akhir Analisis Multivariat

Hasil akhir pemodelan analisis multivariat didapatkan tiga variabel dengan nilai $p\text{-value} \leq 0,05$ yaitu variabel pendidikan terakhir, norma subjektif, dan kontrol perilaku. Pemodelan akhir analisis multivariat dapat dilihat pada tabel 5.30.

Tabel 5.30 Pemodelan Akhir Analisis Multivariat

Variabel	P-value	OR	95% CI		R-square
			<i>Lower</i>	<i>Upper</i>	
Pendidikan Terakhir	0,05	3,130	0,995	9,842	0,639
Norma Subjektif	0,001	16,838	4,673	60,659	
Kontrol Perilaku	0,01	3,975	3,975	12,013	

Tabel 5.30 memperlihatkan hasil pemodelan akhir analisis multivariat. Dari hasil *output* didapatkan bahwa variabel pendidikan terakhir memiliki hubungan yang signifikan secara statistik dengan perilaku pencegahan stroke berulang dengan $p\text{-value} = 0,05$ ($p\text{-value} \leq 0,05$) dengan *odd ratio* (OR) sebesar 3,130 (95% CI: 0,995– 9,842), artinya responden dengan pendidikan tinggi memiliki peluang sebesar 3,1 kali untuk terjadi perilaku pencegahan baik dibandingkan dengan responden dengan pendidikan rendah setelah dikontrol variabel usia, status pekerjaan, status pernikahan, keyakinan, sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, niat, dan ketersediaan media edukasi.

Hasil akhir analisis multivariat juga menunjukkan variabel kontrol perilaku memiliki hubungan yang signifikan secara statistik dengan perilaku pencegahan stroke berulang dengan $p\text{-value} = 0,01$ ($p\text{-value} \leq 0,05$) dengan OR sebesar 3,979 (95% CI: 3,975 – 12,013), artinya responden yang memiliki kontrol perilaku kuat memiliki peluang sebesar 3,9 kali untuk terjadi perilaku pencegahan baik dibandingkan dengan responden yang memiliki kontrol perilaku lemah setelah dikontrol variabel usia, pendidikan terakhir, status pekerjaan, status pernikahan, keyakinan, sikap, norma subjektif, niat, dan ketersediaan media edukasi.

Norma subjektif merupakan variabel paling dominan dan paling signifikan yang mempengaruhi perilaku pencegahan stroke berulang dengan $p\text{-value} = 0,001$ ($p\text{-value} \leq 0,05$) dengan OR sebesar 16,838 (95% CI: 4,673 – 60,659). Hal ini berarti responden yang memiliki dukungan baik memiliki peluang sebesar 16,8 kali untuk terjadi perilaku pencegahan stroke berulang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki dukungan kurang baik setelah dikontrol variabel usia, pendidikan terakhir, status pekerjaan, status pernikahan, keyakinan, sikap, kontrol perilaku, niat, dan ketersediaan media edukasi.

Hasil analisis menunjukkan *R-square* sebesar 0,639 atau 63,9%, artinya kemampuan variabel usia, pendidikan terakhir, status pekerjaan, status pernikahan, keyakinan, sikap, kontrol perilaku, norma subjektif, niat, dan ketersediaan media edukasi mampu menjelaskan perilaku atau berpengaruh terhadap perilaku pencegahan stroke berulang sebesar 63,9%, sisanya dipengaruhi atau dijelaskan oleh variabel lain diluar model atau variabel lain yang tidak diteliti.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan antara lain:

- 1) Penelitian ini tidak menggunakan instrumen penelitian yang sudah terstandar/baku, namun merancang instrumen berdasarkan penelitian sebelumnya sehingga tidak menjamin apakah valid atau tidak. Hal ini dapat diatasi dengan melakukan uji validitas dan reliabilitas sebelum pengambilan data. Hasil uji reliabilitas menunjukkan variabel dalam penelitian reliabel.
- 2) Instrumen penelitian ini memiliki keterbatasan dalam mengukur perilaku pencegahan stroke dimana pengukuran menggunakan nuansa positif dengan pilihan jawaban hanya “ya” dan “tidak” sehingga pasien stroke cenderung menjawab “ya”. Untuk mengatasinya, saat wawancara peneliti menanyakan pertanyaan yang sama lebih dari satu kali untuk meyakinkan apakah perilaku tersebut dilakukan atau tidak.
- 3) Struktur kuesioner yang digunakan dalam penelitian tidak untuk wawancara melainkan untuk *self administered survey*. Hal ini dapat menjadi bias pengukuran karena kemungkinan adanya ketidakseragaman dalam mengajukan pertanyaan kepada responden. Hal ini dapat diatasi dengan membaca dengan baik terlebih dahulu apa yang akan ditanyakan dan juga dengan menyamakan persepsi antara peneliti dengan enumerator.
- 4) Sampel penelitian kurang mewakili populasi pasien stroke di RSPON. Namun sesuai perhitungan jumlah sampel berdasarkan rumus uji hipotesis beda dua proporsi Lemeshow (1997) dimana sampel minimal penelitian adalah 187 orang, yang kemudian dibulatkan menjadi 190 orang.

6.2 Gambaran Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON

Stroke menjadi penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia (Ren et al., 2023; Govori et al., 2024). Stroke merupakan penyebab kematian tersering ketiga di negara-negara maju dan penyebab utama kecacatan orang dewasa di seluruh dunia. Publikasi terbaru dari studi *Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors* memperkirakan bahwa stroke

akan terus menjadi salah satu dari tiga penyebab kematian teratas di seluruh dunia pada tahun 2040 (Chohan & Venkatesh, 2019). Stroke berisiko berulang. Dari hampir 800.000 stroke yang terjadi setiap tahunnya, 23% merupakan stroke berulang. Setelah stroke pertama, risiko stroke berulang sebesar 13% hingga 16% dalam tahun pertama, 4% setiap tahun setelahnya (Bailey, 2018), dan 25% dalam waktu lima tahun (Lawrence et al., 2012). Satu dari empat pasien pascastroke bersifat berulang. Risiko stroke berulang bervariasi yaitu 7,4% dalam tiga bulan, 5,1% dalam enam bulan dan 11,1% dalam 1 tahun (Shani et al., 2021). Penelitian menunjukkan stroke iskemik berulang sebesar 5,4% dalam 1 tahun dan 11,3% dalam 5 tahun (Ren et al., 2023). Hal ini meningkatkan risiko sebesar 30% dalam 5 tahun dan 43% dalam 10 tahun. Dampak stroke berulang lebih parah. Risiko kematian dalam 30 hari setelah stroke berulang berkisar antara 23% hingga 41% dan risiko kecacatan baru berkisar antara 39% hingga 53% (Bailey, 2018; Govori et al., 2024).

Stroke berulang meningkatkan angka kematian dan tingkat kecacatan. Pencegahan stroke berulang sangat penting karena risiko kekambuhan stroke 6 hingga 15 kali lipat (Govori et al., 2024). Hingga 80% stroke berulang dapat dicegah dengan kombinasi pengobatan dan kebiasaan sehat (Ambarika et al., 2023). 80% stroke berulang dapat dicegah dengan memodifikasi faktor risiko (Ren et al., 2023). Faktor risiko stroke dan stroke berulang yaitu merokok, konsumsi alkohol, pola makan yang buruk, dan kurangnya aktivitas fisik. Intervensi gaya hidup pencegahan stroke berulang efektif mempengaruhi perilaku gaya hidup dan berkaitan dengan *outcome* fisiologis pasien stroke. Tidak ada cukup bukti pengaruh intervensi terhadap kejadian stroke berulang. (Lawrence et al., 2012). Masalah terbesar dalam mencegah stroke adalah kepatuhan pasien itu sendiri. Perilaku patuh membutuhkan niat yang kuat dan konsisten (Ambarika et al., 2023). Oleh karena itu, sangat penting untuk fokus pada perilaku pencegahan stroke berulang (Ren et al., 2023).

Terdapat beberapa perilaku pencegahan stroke berulang yang harus dilakukan. Penelitian ini menggunakan penilaian perilaku pencegahan stroke berulang sesuai standar AHA (2022), Kemenkes RI (2017), dan penelitian terdahulu Siket & Cadena (2021). Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 70% pasien stroke di RSPON melakukan perilaku pencegahan stroke berulang berupa kontrol rutin ke rumah sakit/puskesmas, 92% pasien stroke rutin minum obat yang diberikan dokter setiap hari, 61,5% pasien stroke berolahraga

secara teratur (seperti jalan cepat, berenang, atau bekerja di halaman rumah), 69% pasien stroke makan makanan sehat (seperti sayur, buah, dan susu rendah lemak) tiga kali sehari, 78% pasien stroke mengurangi makanan yang asin, manis, tinggi lemak, tinggi kolesterol, dan makanan siap saji setiap hari, 64% pasien stroke tidur teratur antara 6 sampai 8 jam setiap malam, dan 61,5% pasien stroke mengatasi stress dengan baik (seperti berpikir positif, mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, bercerita kepada keluarga, selalu mendekati diri pada Tuhan Yang Maha Esa, dan mensyukuri hidup) setiap saat.

Sesuai model lima dimensi kepatuhan WHO (2003), perilaku pencegahan stroke berulang dalam penelitian ini pada poin kontrol rutin ke rumah sakit/puskesmas merupakan dimensi kedua kepatuhan WHO yaitu *health care team (HCT) and system-related factors* (faktor-faktor yang berhubungan dengan tim dan sistem layanan kesehatan). Rutin minum obat yang diberikan dokter, merupakan dimensi keempat kepatuhan WHO yaitu *therapy-related factors* (faktor yang berhubungan dengan terapi). Berolahraga secara teratur, makan makanan sehat, mengurangi makanan yang asin, manis, tinggi lemak, tinggi kolesterol, dan makanan siap saji, tidur teratur antara 6 sampai 8 jam setiap malam, dan mengatasi stress dengan baik merupakan dimensi kelima kepatuhan WHO yaitu *patient-related factors* (faktor yang berhubungan dengan pasien).

Penelitian ini menunjukkan nilai mean perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON sebesar 71,4. Nilai ini menunjukkan perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON sudah baik. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off point* nilai mean, maka perilaku pencegahan stroke berulang baik jika nilai \geq mean dan perilaku pencegahan stroke berulang kurang baik jika $<$ mean. Hasil menunjukkan sebanyak 63% pasien stroke di RSPON memiliki perilaku pencegahan stroke berulang baik dan 37% memiliki perilaku pencegahan stroke kurang baik.

Hasil akhir analisis multivariat penelitian ini menunjukkan pendidikan terakhir dan kontrol perilaku memiliki hubungan yang signifikan secara statistik dengan perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON. Norma subjektif merupakan variabel paling dominan dan paling signifikan yang mempengaruhi perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON. Variabel kontrol perilaku dan norma subjektif merupakan salah satu konstruk TPB. Ajzen (1991) menjelaskan dalam *Theory of Planned Behaviour (TPB)* perilaku dipengaruhi oleh

niat, sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, keyakinan, dan faktor latar belakang. Dari nilai *R-square* sebesar 0,639 atau 63,9%, terlihat bahwa kemampuan variabel usia, pendidikan terakhir, status pekerjaan, status pernikahan, keyakinan, sikap, kontrol perilaku, norma subjektif, niat, dan ketersediaan media edukasi mampu menjelaskan perilaku atau berpengaruh terhadap perilaku pencegahan stroke berulang sebesar 63,9%.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa perilaku sadar stroke dapat dijelaskan dengan baik oleh konstruk dari *Theory of Planned Behaviour* (TPB), yaitu faktor sikap, faktor norma subyektif, faktor perilaku yang dipersepsikan, dan niat untuk melakukan perilaku. Hasil evaluasi *outer model* menunjukkan bahwa variabel perilaku sadar stroke memiliki beberapa indikator yang kuat, antara lain pola hidup sehat, berolahraga secara teratur, membatasi konsumsi kolesterol, tidak merokok, dan menjaga berat badan ideal. Semua variabel konstruk dalam TPB dapat menjadi prediktor yang kuat untuk perilaku sadar stroke (Ambarika et al., 2023).

TPB mampu menjelaskan perilaku kepatuhan pasien penyakit kronis dengan baik. Penelitian menunjukkan konseling perilaku berbasis TPB dapat membantu individu untuk tetap berpegang pada kebiasaan baik dengan berfokus pada niat. Menurut TPB, sikap seseorang terhadap perilaku, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan merupakan faktor dalam pembentukan niat individu. Penelitian lain mengatakan bahwa konstruk utama dari TPB (sikap, norma subyektif, dan kontrol perilaku) mampu menjelaskan lebih dari 96% perilaku kepatuhan pasien penyakit kronis. TPB adalah cara yang baik untuk memprediksi bagaimana orang akan bertindak ketika mereka menyadari adanya stroke. Berdasarkan temuan tersebut, pedoman teoritis tentang pengaturan kesadaran diri terhadap stroke, seperti faktor-faktor yang digunakan dalam TPB, dapat memberikan pemahaman tentang pentingnya kesadaran akan risiko stroke sehingga masyarakat dapat mengubah gaya hidup yang berisiko tinggi menjadi gaya hidup yang sehat. Disarankan juga untuk melakukan penelitian mengenai desain intervensi edukasi berbasis TPB untuk meningkatkan kesadaran seseorang terhadap stroke (Ambarika et al., 2023).

Masalah terbesar dalam pencegahan stroke iskemik berulang adalah kepatuhan penderita. Perilaku patuh hanya akan muncul jika mereka konsisten dan memiliki niat yang kuat. Penelitian pada pasien pascastroke berdasarkan *Theory of Planned Behaviour* (TPB)

menunjukkan bahwa konseling perilaku berbasis TPB dapat diimplementasikan sebagai salah satu cara alternatif dalam meningkatkan niat penderita untuk mencegah stroke iskemik berulang (Adiutama et al., 2021).

Dalam model lima dimensi kepatuhan WHO (2003), salah satu hambatan dalam kepatuhan adalah kurangnya kesadaran dan pengetahuan tentang kepatuhan. Beberapa intervensi dapat dilakukan. Intervensi yang berhubungan dengan pasien berupa (a) mengubah kebiasaan dan/atau gaya hidup dan (b) mendukung upaya pasien dalam manajemen diri. Intervensi manajemen diri yang dapat dilakukan berupa a) meningkatkan pengetahuan pasien. Pasien perlu diberikan informasi, dimotivasi, dan terampil dalam strategi manajemen diri, baik secara kognitif dan perilaku. b) mengaktifkan pasien dan komunitas yang mendukungnya. Program pendidikan berbasis masyarakat bertujuan untuk penciptaan dan pemeliharaan kebiasaan sehat, termasuk kepatuhan terhadap rekomendasi kesehatan.

Pencegahan stroke berulang penting melalui modifikasi gaya hidup. Modifikasi gaya hidup merupakan intervensi perilaku yang dapat berdampak pada faktor risiko stroke lainnya yang dapat dimodifikasi, seperti hipertensi, hiperlipidemia, obesitas, diabetes, dan fibrilasi atrium. Modifikasi gaya hidup tidak hanya mengatasi satu faktor saja, namun beberapa faktor risiko kardiovaskular agar dapat mengurangi risiko stroke secara efektif. Modifikasi gaya hidup pada tingkat individu harus mencakup aktivitas fisik yang cukup, pola makan yang sehat, berhenti merokok dan konsumsi alkohol, serta mengurangi stres. Menurut penelitian terbaru, hingga 90% stroke dapat dicegah dengan mengatasi dan mengobati sepuluh faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi, setengahnya terkait dengan perubahan gaya hidup. Angka kematian pada pasien stroke dalam sepuluh tahun berikutnya dapat diturunkan hingga 92% dengan mengubah perilaku gaya hidup (pola makan sehat, aktivitas fisik, menjaga indeks massa tubuh normal, konsumsi alkohol dalam jumlah sedang, dan tidak merokok). Langkah gaya hidup utama dalam mengurangi angka kematian pada pasien stroke adalah (1) pola makan sehat dan olahraga teratur dan (2) pengurangan atau penghentian kebiasaan tidak sehat (seperti merokok dan konsumsi alkohol) (Govori et al., 2024).

Intervensi gaya hidup untuk pencegahan stroke berulang dapat memberikan perubahan positif mengenai (1) perilaku gaya hidup, (2) hasil fisiologis, dan (3) hasil sekunder. Intervensi perilaku terbukti efektif dalam meningkatkan aktivitas fisik dan meningkatkan asupan

makanan. Mengenai hasil fisiologis, intervensi cukup efektif, terutama yang bertujuan untuk menurunkan tekanan darah, kadar kolesterol, dan indeks massa tubuh. Mengenai hasil sekunder, intervensi ini terlihat memberikan efek menguntungkan yang sangat signifikan dalam meningkatkan kualitas hidup dan pengetahuan mengenai stroke. Perubahan perilaku sulit dicapai karena faktor pribadi, lingkungan, dan sosial yang kompleks. Hambatan umum terhadap perubahan perilaku adalah terbatasnya wawasan, pengetahuan, dan kesadaran tentang bagaimana faktor gaya hidup berkontribusi terhadap risiko stroke sekunder. Jika pasien tidak merasakan adanya kebutuhan untuk mengubah perilaku gaya hidup, maka modifikasi perilaku tidak mungkin dilakukan. Bahkan ketika pasien memahami perlunya mengubah perilaku mereka, pengetahuan tersebut jarang diterjemahkan ke dalam perilaku dengan kebiasaan gaya hidup sehat. Modifikasi gaya hidup jangka panjang sulit untuk dipertahankan dan memerlukan intervensi yang komprehensif dan individual (Govori et al., 2024).

Beberapa penelitian telah menunjukkan manfaat perubahan kebiasaan hidup untuk pencegahan stroke berulang. Prediktor terpenting untuk mematuhi dan mengikuti rekomendasi adalah konsumsi buah dan sayur yang tinggi, tidak merokok, dan olahraga. Ditemukan bahwa penerapan modifikasi gaya hidup ini dapat menurunkan risiko stroke sebesar 80%. Kunci pencegahan jangka panjang adalah kebiasaan sehat. Namun keberhasilan tergantung pada partisipasi dan kolaborasi penyedia layanan kesehatan, keluarga, dan perawat (Govori et al., 2024).

Gaya hidup sehat adalah landasan pencegahan. Promosi ini merupakan tugas besar bagi semua penyedia layanan kesehatan, bekerja sama dengan keluarga dan perawat. Ini mencakup intervensi pada perilaku pribadi dan faktor risiko (seperti kurangnya aktivitas fisik, penggunaan tembakau, kebiasaan makan yang tidak sehat, dan kelebihan berat badan) dan semua intervensi yang ditujukan untuk mengubah gaya hidup harus dilakukan seumur hidup. Yang penting, menerapkan perilaku gaya hidup sehat melindungi semua penyebab dan kematian akibat penyakit kardiovaskular pada orang dewasa yang menderita stroke (Govori et al., 2024).

Modifikasi gaya hidup jangka panjang sulit untuk dipertahankan dan diperlukan intervensi individu yang komprehensif berdasarkan intervensi perilaku dan medis. Para

profesional harus fokus pada modifikasi medis dan gaya hidup untuk mengurangi risiko stroke dan penyakit pembuluh darah lainnya. Kepatuhan jangka panjang merupakan suatu tantangan. Hambatan paling umum dalam pencegahan stroke berulang yang efektif adalah gangguan motorik, gangguan kognitif pascastroke, depresi pascastroke, dan jenis stroke. Modifikasi gaya hidup jangka panjang sulit untuk dipertahankan dan memerlukan intervensi yang komprehensif dan individual (Govori et al., 2024).

Pengurangan risiko pada tingkat individu dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup (aktivitas fisik teratur, pola makan sehat, manajemen stres, berhenti merokok, dan berhenti konsumsi alkohol). Modifikasi gaya hidup harus mengatasi tidak hanya satu tapi beberapa faktor risiko kardiovaskular untuk mengurangi risiko stroke secara efektif. Modifikasi gaya hidup mungkin sulit dilakukan oleh penderita stroke, hal ini sebagian disebabkan oleh defisit fisik dan kognitif yang berhubungan dengan stroke. Modifikasi kebiasaan hidup jangka panjang tidak mudah untuk dipertahankan, intervensi harus komprehensif dan individual. Meskipun terdapat tantangan-tantangan ini, pengelolaan faktor risiko melalui modifikasi gaya hidup sangatlah penting (Bailey, 2018).

Ada banyak peluang di masa depan dari penelitian tentang pencegahan stroke berulang melalui modifikasi gaya hidup. Perubahan perilaku permanen sangat penting untuk pencegahan stroke berulang. Memperbaiki pola makan, meningkatkan aktivitas fisik, berhenti merokok, dan mengurangi konsumsi alkohol adalah perilaku kesehatan spesifik yang harus ditargetkan. Teori perilaku kesehatan dan gaya hidup menunjukkan bahwa modifikasi perilaku kesehatan adalah mungkin melalui intervensi jangka panjang yang intensif intensif yang memperoleh dukungan sosial dan menyediakan individu dan keluarga dengan berbagai keterampilan. Modifikasi gaya hidup dapat dimulai dalam lingkungan praktik klinis dan ditingkatkan melalui rujukan ke layanan kesehatan terkait atau program intervensi gaya hidup. Meskipun perubahan perilaku adalah sulit, penyedia layanan kesehatan dapat menggunakan teori-teori perilaku kesehatan, penerapan strategi kognitif dan strategi perilaku, dan penyempurnaan keterampilan komunikasi dapat memfasilitasi upaya pasien pada pencegahan stroke berulang melalui gaya hidup modifikasi gaya hidup (Bailey, 2018).

Sementara sesuai dengan model ekologi sosial McLeroy untuk promosi kesehatan (McLeroy et al., 1988; Golden et al., 2015), perilaku ditentukan oleh faktor

intrapersonal/individu; proses interpersonal dan kelompok primer; faktor institusional; faktor komunitas; serta kebijakan dan lingkungan terkait kesehatan/kebijakan publik. Dari hasil penelitian ini menunjukkan norma subjektif merupakan variabel paling dominan dan paling signifikan. Purbawijaya & Hidayah (2021) menjelaskan norma subjektif merupakan dukungan dari orang disekeliling kita untuk dapat menentukan suatu tindakan yang akan dilakukan.

Dukungan dalam penelitian ini yaitu dukungan keluarga, tenaga kesehatan, dan komunitas. McLeroy et al. (1988) menjelaskan hubungan interpersonal dengan anggota keluarga, teman, tetangga, tempat kerja, dan kenalan merupakan sumber pengaruh penting perilaku individu yang berhubungan dengan kesehatan. Sumber daya sosial ini, yang sering disebut sebagai dukungan sosial, merupakan mediator penting kehidupan dan komponen penting kesejahteraan secara keseluruhan.

Intervensi dalam model ekologi McLeroy berupa aksi sosial, pendidikan teman sebaya, dukungan sosial, media massa, perubahan di tingkat kelembagaan, kebijakan publik, dan masyarakat sebagai sarana untuk mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan interpersonal dan intrapersonal. Penggunaan intervensi lingkungan mendukung perubahan perilaku individu dalam layanan promosi kesehatan. Model ekologi ini juga mengidentifikasi pentingnya mengevaluasi program promosi kesehatan kesehatan di berbagai tingkatan, bagaimana intervensi spesifik dapat mempengaruhi perubahan dalam lingkungan organisasi dan masyarakat, dan bagaimana perubahan lingkungan ini dapat mempengaruhi inisiasi dan pemeliharaan perilaku (McLeroy et al., 1988).

6.3 Hubungan Variabel Independen dengan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON

6.3.1 Sosiodemografi

6.3.1.1 Usia

Hasil penelitian ini menunjukkan usia minimal pasien stroke di RSPON adalah 18 tahun dan maksimal 74 tahun. Jumlah pasien stroke di RSPON dengan usia < 60 tahun sebanyak 64% dan \geq 60 tahun 36%. Hal ini menunjukkan sebagian besar pasien stroke di RSPON berusia < 60 tahun. Sebesar 70% pasien stroke yang berusia < 60 tahun memiliki perilaku pencegahan stroke berulang baik. Hasil analisis multivariat menunjukkan usia

memiliki $p\text{-value} = 0,86$ ($p\text{-value} > 0,05$), yang berarti usia tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.

Hal ini sejalan dengan penelitian Ren et al. (2023) dimana pasien stroke pertama sering kali menunjukkan ketidakpedulian dan kurangnya kesadaran akan risiko stroke berulang. Orang berusia 45-64 tahun lebih cenderung menganggap diri mereka berisiko, sementara pasien yang berusia lebih muda (≤ 65 tahun) tidak khawatir akan stroke berulang. Penelitian menunjukkan usia bukan faktor independen yang dapat memprediksi persepsi terhadap risiko stroke yang lebih tinggi. Penelitian Yaslina et al. (2019) juga menjelaskan hasil bivariat tidak ada hubungan usia dengan perilaku pencegahan stroke ($p\text{-value} = 0,734$ ($p\text{-value} > 0,05$)).

Ajzen (2005) menjelaskan dalam *Theory of Planned Behaviour* (TPB), ada beberapa faktor latar belakang yang mempengaruhi perilaku. Faktor usia merupakan salah satu faktor sosial yang mempengaruhi perilaku. Dalam model lima dimensi kepatuhan WHO (2003), faktor sosial dan ekonomi merupakan dimensi pertama kepatuhan. Variabel sosiodemografi yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan salah satunya adalah usia. Intervensi sosial yang efektif untuk meningkatkan kepatuhan terkait usia yaitu a) meningkatkan akses terhadap obat-obatan dan perawatan di seluruh dunia, b) organisasi berbasis masyarakat, c) penilaian kebutuhan sosial, d) kesiapan keluarga, dan e) dukungan sosial. Dukungan sosial yaitu dukungan informal atau formal yang diterima oleh pasien dari anggota komunitas, secara konsisten dilaporkan sebagai faktor penting yang mempengaruhi hasil dan perilaku kesehatan.

Sementara sesuai model ekologi sosial McLeroy untuk promosi kesehatan (McLeroy et al., 1988; Golden et al., 2015), perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah faktor faktor intrapersonal/individu seperti usia. McLeroy et al. (1988) menjelaskan bahwa intervensi pada tingkat intrapersonal dapat menggunakan berbagai strategi intervensi seperti program pendidikan, media massa, *support groups*, dukungan organisasi, dan *peer counseling*. Target intervensi mencakup karakteristik individu, seperti pengetahuan, sikap, keterampilan, atau niat untuk mematuhi norma. Perbedaan antara tingkat intervensi dan target intervensi ini merupakan hal yang penting dalam memahami strategi ekologi.

6.3.1.2 Jenis Kelamin

Dari penelitian ini dapat dilihat sebanyak 58% pasien stroke di RSPON berjenis kelamin laki-laki dan sisanya adalah perempuan. Hal ini menunjukkan sebagian besar pasien stroke di RSPON adalah laki-laki. Sebesar 57% pasien stroke dengan jenis kelamin perempuan dan 54,4% dengan jenis kelamin laki-laki memiliki perilaku pencegahan stroke berulang baik. Hasil seleksi bivariat, variabel jenis kelamin memiliki $p\text{-value} = 0,54$ ($p\text{-value} > 0,25$) sehingga bukan kandidat multivariat. Hasil analisis bivariat menunjukkan variabel jenis kelamin tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.

Hal ini sesuai dengan penelitian terdahulu yaitu hasil bivariat tidak ada hubungan jenis kelamin dengan perilaku pencegahan stroke ($p\text{-value} = 0,134$ ($p\text{-value} > 0,05$)) (Yaslina et al., 2019). Penderita stroke iskemik ringan dan serangan TIA antara pria dan wanita memiliki risiko stroke iskemik berulang yang sama dalam 90 hari, jenis kelamin tidak mengubah dampak faktor risiko stroke terhadap risiko stroke iskemik berulang (Basu et al., 2021).

Hal ini tidak sesuai dengan penelitian sebelumnya dengan design *cross-sectional* dan metode *convenience sampling* menunjukkan bahwa pria dan wanita memiliki tingkat pengetahuan stroke yang berbeda dan perilaku kesehatan yang berbeda, yang merupakan faktor penting yang mempengaruhi tekanan darah, karena hipertensi merupakan faktor risiko utama terjadinya stroke. Dibandingkan dengan pasien perempuan, pasien laki-laki memiliki pengetahuan stroke yang lebih baik dan perilaku kesehatan sebelum stroke yang lebih buruk. Hasil analisis regresi ganda menunjukkan bahwa perilaku kesehatan pasien stroke di Tiongkok sebelum stroke dipengaruhi secara signifikan oleh jenis kelamin dan pengetahuan stroke. Pria dengan hipertensi harus dianggap mempunyai risiko lebih tinggi terkena stroke pertama atau berulang. Mengembangkan intervensi spesifik jenis kelamin untuk pencegahan stroke primer dan berulang di Tiongkok sangatlah penting (Li et al., 2021). Ajzen (2005) dalam *Theory of Planned Behaviour* (TPB) juga menyatakan terdapat faktor latar belakang yang mempengaruhi perilaku. Salah satu faktor latar belakang tersebut adalah faktor sosial seperti jenis kelamin yang berpengaruh terhadap perilaku.

6.3.1.3 Pendidikan Terakhir

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan pendidikan terakhir pasien stroke di RSPON sebanyak 2% tidak pernah sekolah, 2% tidak lulus SD, 15% lulus SD, 12% lulus SMP, 38% lulusan SMA/SMK, 6% diploma, dan 25% sarjana. Pengkategorian berdasarkan pendidikan tinggi dan pendidikan rendah. Pendidikan tinggi adalah pendidikan diploma dan sarjana, sementara pendidikan rendah jika \leq SMA/SMK. Jumlah pasien stroke di RSPON dengan pendidikan tinggi sebanyak 31% dan sisanya adalah pendidikan rendah. Sebanyak 91,5% pasien stroke di RSPON dengan pendidikan tinggi melakukan perilaku pencegahan stroke berulang baik. Hasil akhir analisis multivariat menunjukkan pendidikan terakhir memiliki $p\text{-value} = 0,05$ ($p\text{-value} \leq 0,05$) yang berarti pendidikan terakhir memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang. Nilai *odd ratio* (OR) variabel pendidikan terakhir sebesar 3,130 (95% CI: 0,995–9,842), artinya responden dengan pendidikan tinggi memiliki peluang sebesar 3,1 kali untuk terjadi perilaku pencegahan baik dibandingkan dengan responden dengan pendidikan rendah setelah dikontrol variabel usia, status pekerjaan, status pernikahan, keyakinan, sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, niat, dan ketersediaan media edukasi. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Shani et al. (2021) faktor sosiodemografi seperti pendidikan tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.

Secara teori tingkat pendidikan yang tinggi pada seseorang akan memudahkan dalam penerimaan informasi yang akhirnya akan meningkatkan pengetahuan. Sebaliknya, tingkat pendidikan rendah pada seseorang dapat menghambat penerimaan informasi dan nilai-nilai baru yang diperkenalkan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan yaitu sebagian besar tingkat pendidikan responden memiliki tingkat pendidikan SD, didapatkan hasil pemahaman tentang stroke dan pengelolaan yang dimiliki sangat minim (Yardes et al., 2022).

Sesuai dengan Ajzen (2005) dalam *Theory of Planned Behaviour* (TPB) dimana terdapat faktor latar belakang yang mempengaruhi perilaku. Salah satu faktor latar belakang tersebut adalah faktor sosial seperti pendidikan yang berpengaruh terhadap perilaku. Sejalan dengan model lima dimensi kepatuhan WHO (2003), faktor sosial dan ekonomi merupakan dimensi pertama. Salah satu faktor yang dilaporkan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan adalah tingkat pendidikan yang rendah. Salah satu masalah ekonomi dan

sosial utama yang harus ditangani terkait dengan kepatuhan adalah buta huruf. Salah satu intervensi sosial yang efektif terkait pendidikan untuk meningkatkan kepatuhan yaitu melalui pendidikan pasien yang buta huruf.

6.3.1.4 Status Pekerjaan

Penelitian ini menunjukkan 9% pasien stroke di RSPON bekerja sebagai karyawan swasta, 3% TNI/POLRI/Pegawai Negeri, 17% wiraswasta, 14% pensiunan, 27% ibu rumah tangga, 0,5% pelajar/mahasiswa, 5% pekerja di bidang jasa (Arsitek, Dokter (Sudah Tidak Praktik), Dosen, Guru, Pengacara, IT, Supir), 5% pekerja lainnya (Buruh, Imam Masjid, Mandor, *Office Boy*, Pegawai Non ASN, dan *Public Figure*), dan 19,5% pasien stroke yang tidak memiliki pekerjaan. Total jumlah pasien stroke bekerja sebesar 38% dan yang tidak bekerja 68%. Sebanyak 74% pasien stroke yang bekerja melakukan perilaku pencegahan stroke berulang baik. Hasil analisis multivariat menunjukkan variabel status pekerjaan memiliki *p-value* 0,14 (*p-value* > 0,05). Hal ini menunjukkan variabel status pekerjaan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.

Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Ren et al. (2023) dimana pasien pascastroke yang bekerja, memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi sehingga cenderung melebih-lebihkan risiko stroke berulang sehingga melakukan pencegahan stroke berulang. Sementara penelitian Shani et al. (2021) bahwa pasien pascastroke dalam kategori berpenghasilan rendah (dibawah UMR) mengalami peningkatan risiko stroke berulang (OR 4 dengan 95% CI 1,33–11,96).

Berbeda dengan Ajzen (2005) dalam *Theory of Planned Behaviour* (TPB) dimana terdapat faktor latar belakang yang mempengaruhi perilaku. Salah satu faktor latar belakang tersebut adalah faktor sosial seperti penghasilan. Dalam model lima dimensi kepatuhan WHO (2003), faktor sosial dan ekonomi merupakan dimensi pertama kepatuhan. Faktor yang dilaporkan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan adalah status sosial ekonomi yang buruk dan pengangguran/tidak bekerja. Intervensi sosial yang efektif untuk meningkatkan kepatuhan yaitu melalui a) meningkatkan akses terhadap obat-obatan dan perawatan di seluruh dunia, b) organisasi berbasis masyarakat, dan c) penilaian kebutuhan sosial.

Sementara dalam model ekologi sosial McLeroy untuk promosi kesehatan (McLeroy et al., 1988; Golden et al., 2015), perilaku ditentukan oleh faktor intrapersonal/individu salah satunya faktor status sosioekonomi. McLeroy et al. (1988) menjelaskan intervensi pada tingkat intrapersonal dapat menggunakan berbagai strategi intervensi seperti program pendidikan, media massa, *support groups*, dukungan organisasi, dan *peer counseling*.

Keterbatasan ekonomi merupakan hambatan dalam kepatuhan pengobatan pada pasien stroke iskemik. *Cross sectional study* yang dilakukan oleh Saade dkk menunjukkan pasien yang khawatir mengenai biaya pengobatan cenderung tidak patuh terhadap pengobatan untuk pencegahan stroke berulang di antara pasien stroke di Lebanon. Penelitian yang dilakukan Shani et al pada 240 pasien stroke menunjukkan bahwa pasien dengan kendala keuangan lebih besar tidak patuh terhadap pengobatan stroke (Ruksakulpiwat et al., 2023)

Kecacatan akibat stroke menyebabkan pasien stroke tidak dapat bekerja. Pada pasien stroke yang tidak bekerja sulit untuk memenuhi kebutuhan biaya hidup dan hal ini dapat menimbulkan stress tersendiri dalam rangka pemenuhan tuntutan keluarga. Stress tersebut memicu meningkatnya tekanan darah. Akibatnya akan terjadinya pengentalan darah akibat stress dan menaikkan kolesterol dalam darah. Kondisi ini terjadi penyempitan pada pembuluh darah yang dapat memicu stroke. Pernyataan di atas sesuai dengan hasil penelitian Indah P (2015) mengemukakan ada hubungan stress dengan kejadian stroke berulang yaitu $p\text{-value} = 0,039$ atau nilai $p\text{-value} < 0,05$, dalam hal ini stress karena tidak bekerja sehingga dapat menyebabkan stroke (Yardes et al., 2022).

Dibutuhkan penekanan pendidikan kesehatan pada perubahan struktur fisik, sosial, politik, dan ekonomi untuk meningkatkan kesehatan. Melalui pendekatan struktural dapat meningkatkan kemampuan menjangkau banyak orang. Meskipun pendekatan ini mungkin memerlukan pengeluaran awal yang besar, akhirnya pendekatan ini cenderung memerlukan lebih sedikit sumber daya untuk mempertahankannya dibandingkan dengan pendekatan individual. Selain itu, banyak orang ingin melakukan perubahan terkait kesehatan dalam hidup, namun menghadapi hambatan struktural dalam melakukan perubahan tersebut. Oleh karena itu, menghilangkan beberapa hambatan tersebut dapat memfasilitasi pengambilan keputusan yang sehat (Lieberman et al., 2013).

Pendekatan struktural secara teoritis didasarkan pada pemahaman tentang kesehatan dan perilaku kesehatan secara sosial. Pendekatan struktural berupa modifikasi lingkungan fisik, sosial, politik, dan ekonomi di mana masyarakat mengambil keputusan terkait kesehatan. Strategi yang dimasukkan ke dalam pendekatan struktural dapat mencakup perubahan kebijakan, modifikasi harga atau produk, desain ulang ruang, perubahan norma sosial, pemberdayaan masyarakat, atau redistribusi sumber daya. Baru-baru ini penerapan dan advokasi terhadap pendekatan struktural untuk mengatasi permasalahan penyebab kematian dan penyakit modern. Pendekatan struktural konsisten dengan faktor penentu sosial kesehatan, termasuk rekomendasi untuk meningkatkan kondisi kehidupan sehari-hari dan mengatasi distribusi kekuasaan, uang, dan sumber daya yang tidak adil. Termasuk upaya untuk mengintegrasikan hasil kesehatan ke dalam semua peran pemerintah melalui pendekatan kesehatan dalam semua kebijakan (Lieberman et al., 2013).

6.3.1.5 Status Pernikahan

Penelitian ini menunjukkan 73% pasien stroke di RSPON dengan status pernikahan menikah dan 27% belum menikah/janda/duda. Sebanyak 67,6% pasien stroke yang menikah melakukan perilaku pencegahan stroke berulang baik. Dari hasil analisis multivariat didapatkan status pernikahan memiliki $p\text{-value} = 0,54$ ($p\text{-value} > 0,05$) yang berarti status pernikahan tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.

Hal ini tidak sejalan dengan Puri & Setyawan (2020) yang menyatakan bahwa pasien yang belum menikah merasa kesepian. Kesepian dapat mempengaruhi kondisi kesehatan. Individu yang kesepian memiliki risiko stroke 36% lebih tinggi daripada yang mendapat dukungan keluarga. Yarden et al. (2022) menjelaskan dengan menikah seseorang dapat berbagi keluh kesah dan bertukar pikiran. Menikah juga merangsang kesehatan tubuh karena menjadi lancarnya sirkulasi pembuluh darah sehingga dapat mencegah penyakit jantung dan stroke.

Berbeda dengan model lima dimensi kepatuhan WHO (2003) dimana faktor sosial dan ekonomi merupakan dimensi pertama kepatuhan. Salah satu faktor yang dilaporkan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan adalah disfungsi keluarga. Pasien stroke yang belum menikah/janda/duda memiliki perubahan fungsi peran keluarga.

intervensi sosial yang efektif untuk meningkatkan kepatuhan berupa a) meningkatkan akses terhadap obat-obatan dan perawatan di seluruh dunia, b) organisasi berbasis masyarakat, c) penilaian kebutuhan sosial, d) kesiapan keluarga, dan e) dukungan sosial.

Sementara model ekologi sosial McLeroy untuk promosi kesehatan (McLeroy et al., 1988; Golden et al., 2015) menjelaskan perilaku ditentukan oleh faktor proses interpersonal dan kelompok primer yaitu sistem dukungan termasuk keluarga. Intervensi dalam proses interpersonal yaitu melalui hubungan interpersonal yang mendorong aksi kolektif. Penelitian McLeroy et al. (1988) menjelaskan hubungan interpersonal dengan anggota keluarga merupakan sumber pengaruh penting perilaku individu yang berhubungan dengan kesehatan.

6.3.2 Pengetahuan

Berdasarkan hasil penelitian ini nilai mean pengetahuan adalah 89,3 dalam skala 100. Nilai ini menunjukkan pengetahuan pasien stroke di RSPON sudah sangat baik. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off poin* nilai mean, maka pengetahuan tinggi jika nilai \geq mean dan pengetahuan rendah jika $<$ mean. Sebanyak 66% pasien stroke di RSPON memiliki pengetahuan tinggi dan 34% memiliki pengetahuan rendah. 100% pasien stroke menjawab benar gejala stroke antara lain wajah mencong sebelah, lengan lemah sebelah, dan bicara pelo. Analisis bivariat menunjukkan variabel pengetahuan tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang dengan $p\text{-value} = 0,26$ ($p\text{-value} > 0,25$). Ternyata pengetahuan tinggi mengenai stroke tidak menjamin seseorang melakukan perilaku pencegahan stroke berulang baik. Ada faktor lain yang lebih berpengaruh terhadap perilaku pencegahan stroke berulang. Atau pendidikan kesehatan yang dilakukan kurang efektif sehingga menyebabkan kurangnya informasi kesehatan.

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa kurangnya informasi kesehatan merupakan faktor yang menghalangi pasien stroke untuk mematuhi pengobatan. Tiga hambatan yang menghalangi pendidikan pasien yang efektif yang menyebabkan kurangnya informasi kesehatan yaitu kurangnya waktu konsultasi, jargon teknis, dan gangguan kognitif pasien. Edukasi kepada pasien mengenai pengobatan (misalnya penggunaan obat, efek samping) penting untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan dalam mencegah stroke berulang (Ruksakulpiwat et al., 2023).

Ajzen (2005) dalam *Theory of Planned Behaviour* (TPB) menjelaskan bahwa terdapat faktor latar belakang yang mempengaruhi perilaku. Salah satu faktor latar belakang tersebut adalah faktor informasi seperti pengetahuan. Dalam model lima dimensi kepatuhan WHO (2003), faktor yang berhubungan dengan pasien merupakan dimensi kelima kepatuhan. Salah satu faktor yang berhubungan dengan pasien yang mempengaruhi kepatuhan yaitu pengetahuan. Intervensi yang berhubungan dengan pasien berupa (a) mengubah kebiasaan dan/atau gaya hidup dan (b) mendukung upaya pasien dalam manajemen diri. Intervensi manajemen diri berupa meningkatkan pengetahuan pasien.

Dalam model ekologi sosial McLeroy untuk promosi kesehatan (McLeroy et al., 1988; Golden et al., 2015) bahwa perilaku ditentukan oleh faktor intrapersonal/individu salah satunya faktor pengetahuan. McLeroy et al. (1988) menjelaskan intervensi pada tingkat intrapersonal dapat menggunakan berbagai strategi intervensi seperti program pendidikan, media massa, *support groups*, dukungan organisasi, dan *peer counseling*. Target intervensi adalah pengetahuan untuk mematuhi norma.

Dalam penelitian sebelumnya terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan pencegahan serangan stroke berulang. Rekomendasi kepada pengambil kebijakan di rumah sakit untuk terus meningkatkan pengetahuan keluarga tentang pencegahan serangan ulang stroke melalui program edukasi berkelanjutan untuk mencegah dan menghindari stroke berulang, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien (Robby, 2024).

Penyintas stroke melaporkan peningkatan pengetahuan tentang gejala stroke setelah 3 dan 12 bulan. Sebagian pasien melakukan perubahan perilaku gaya hidup. Hanya 2 dari 3 pasien yang mengidentifikasi jenis stroke mereka dengan benar. Hal ini menunjukkan adanya ruang untuk perbaikan dalam praktik klinis ketika memberikan edukasi dan berkomunikasi dengan pasien stroke tentang diagnosis mereka (Faiz et al., 2019). Dokter layanan primer dapat memberikan edukasi yang dapat memulihkan kemandirian pasien stroke atau meminimalkan ketergantungan yang diakibatkannya (Chohan & Venkatesh, 2019).

Hasil penelitian yang dilakukan di *Neurology Stroke Unit and Stroke Clinic of Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology* (SCTIMST), Thiruvananthapuram, Kerala, India menunjukkan bahwa edukasi pasien secara individu mengenai stroke, risiko kekambuhan, kepatuhan pengobatan, gaya hidup sehat dan

pengendalian faktor risiko dapat mengurangi risiko stroke berulang. Perilaku positif harus dimasukkan dan dipertahankan sebagai gaya hidup baru untuk menghindari stroke berulang. Penelitian menyoroti pentingnya gaya hidup dan faktor perilaku dalam mencegah stroke berulang yang memiliki implikasi jangka panjang (Shani et al., 2021).

Analisis regresi logistik menunjukkan pasien yang tidak menerima edukasi saat pulang (OR 10,79 dengan 95% CI 2,38–49,02) memiliki peningkatan risiko stroke berulang. Pasien yang menerima edukasi pulang dari rumah sakit lebih sadar akan modifikasi gaya hidup dan kepatuhan pengobatan yang penting untuk mengendalikan faktor risiko dan mencegah kekambuhan. Perawatan stroke harus eksklusif dan komprehensif sehingga pendidikan individual dapat diberikan kepada pasien sesuai dengan kebutuhannya. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa intervensi pendidikan yang diberikan oleh dokter, perawat atau fisioterapis sama efektifnya dalam modifikasi perilaku. Hal ini menunjukkan pentingnya perencanaan dan edukasi pemulangan yang tepat (Shani et al., 2021). Konseling mengenai risiko stroke berulang dan penilaian risiko objektif individu dapat dilakukan untuk membantu pasien lebih memahami risiko stroke berulang. Kegiatan pendidikan kesehatan secara daring juga dapat dilakukan (Ren et al., 2023).

Peningkatan pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya pendidikan, pekerjaan, umur, minat, pengalaman, kebudayaan, dan informasi. Proses pemberian pendidikan kesehatan yang diberikan secara bertahap dapat memberikan kesempatan pada responden untuk melakukan resistensi tentang ilmu yang telah didapat yaitu tentang stroke dan pengelolaannya. Terjadi penurunan stroke berulang setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang persiapan pulang pasien. Adanya perubahan bermakna perilaku antar kelompok intervensi dan kontrol $p\text{-value} = 0,043$. Hasil ini menunjukkan akan terjadi perubahan perilaku terhadap pencegahan stroke berulang setelah diberi pendidikan kesehatan tentang pencegahan stroke berulang. Pernyataan ini sesuai dengan teori Skinner tahun 1983, Perilaku seseorang akan berubah setelah diberi stimulus dalam hal ini adalah pendidikan kesehatan. Harus meningkatkan kesadaran akan pentingnya upaya pencegahan kejadian stroke berulang pada pasien stroke melalui pendidikan kesehatan mengenai faktor-faktor risiko dan cara pencegahan stroke berulang (Yardas et al., 2022). Kepatuhan terhadap terapi warfarin pada pasien stroke dipengaruhi oleh persepsi. Persepsi didukung oleh pengetahuan dan

pemahaman pasien tentang hubungan antara stroke dan Atrial Fibrilasi, serta peran warfarin dalam pencegahan stroke. Hanya pasien dengan riwayat stroke sebelumnya yang sepenuhnya memahami peran warfarin dalam pencegahan stroke berulang (Pandya & Bajorek, 2017).

6.3.3 Keyakinan

Penelitian ini menunjukkan nilai mean keyakinan adalah 77,2 dalam skala 100. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off point* nilai mean, maka keyakinan tinggi jika nilai \geq mean dan keyakinan rendah jika $<$ mean. Sebanyak 34% pasien stroke di RSPON memiliki keyakinan tinggi dan 66% memiliki keyakinan rendah. Sebesar 87,7% pasien stroke di RSPON dengan keyakinan tinggi melakukan perilaku pencegahan stroke berulang baik. Hasil analisis multivariat, keyakinan memiliki *p-value* 0,46 (*p-value* $>$ 0,05) yang berarti keyakinan tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.

Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya dimana penyintas stroke pertama yang pernah mengalami stroke ringan umumnya memiliki keyakinan penuh terhadap prognosis stroke mereka dan tidak memiliki kesadaran akan risiko stroke berulang. Beberapa penyintas mempunyai keyakinan penuh terhadap kemampuan mereka untuk mencegah stroke berulang. Hal ini karena mentalitas yang baik dan kepatuhan yang tinggi sehingga stroke berulang tidak terjadi. Sebagian penyintas kurang memiliki pengetahuan mengenai stroke berulang, sebagian meremehkan kerentanan dan tingkat keparahan stroke berulang, dan sebagian lagi tidak mampu atau tidak mau menghubungkan penyakit mereka dengan kemungkinan stroke berulang sehingga menghindari diskusi mengenai topik stroke berulang (Lin et al., 2021).

Berbeda dengan *Theory of Planned Behaviour* (TPB) dimana menjelaskan keyakinan merupakan pengetahuan yang dimiliki seseorang terhadap suatu objek, dimana keyakinan menghubungkan suatu objek dengan beberapa atribut. Kekuatan hubungan ini diukur dengan metode yang menempatkan seseorang dalam dimensi probabilitas subjektif dengan objek yang memiliki kualitas yang sama (Ambarika et al., 2023). Penelitian sebelumnya menjelaskan pasien dengan riwayat stroke lebih cenderung tidak patuh karena memiliki keyakinan negatif (kekhawatiran, bahaya, dan penggunaan yang berlebihan) tentang terapi warfarin (Pandya & Bajorek, 2017). Penelitian di Universitas Airlangga pada pasien stroke berdasarkan TPB bahwa ada hubungan antara keyakinan terhadap perilaku pencegahan stroke berulang.

Perilaku dipengaruhi oleh keyakinan terhadap petugas kesehatan dan merealisasikan keyakinan tersebut (Eldiningtyas, 2018).

Hasil penelitian lain berbasis TPB yang dilakukan terhadap 680 orang di Barcelona mengkonfirmasi bahwa edukasi berbasis keyakinan (*normative belief* dan *motivation to comply*) efektif dalam membangun norma subjektif yang mendukung perilaku kepatuhan (Ambarika et al., 2023).

6.3.4 Sikap

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa nilai mean sikap adalah 74,7 dalam skala 100. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off point* nilai mean, maka sikap positif jika nilai \geq mean dan sikap negatif jika $<$ mean. Sebanyak 68% pasien stroke di RSPON memiliki sikap positif terhadap perilaku pencegahan stroke berulang dan 32% memiliki sikap negatif. Sebesar 84,5% pasien stroke yang memiliki sikap positif melakukan perilaku pencegahan stroke berulang baik. Hasil analisis multivariat menunjukkan sikap memiliki $p\text{-value} = 0,55$ ($p\text{-value} > 0,05$) yang berarti sikap tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.

Hasil ini tidak sejalan dengan hasil penelitian berbasis *Theory of Planned Behaviour* (TPB) oleh Ambarika et al. (2023) yang menunjukkan bahwa faktor sikap dapat menjadi konstruk yang kuat untuk menjadi prediktor niat untuk melakukan perilaku sadar stroke. Hasil analisis outer model juga menunjukkan bahwa keyakinan merupakan indikator yang kuat dalam memprediksi faktor sikap. Sikap berbasis keyakinan sangat efektif dalam membangun perilaku kepatuhan. Sebuah meta-analisis terhadap intervensi pengobatan penyakit kronis menyimpulkan bahwa intervensi yang berbasis pada pembentukan sikap dan keyakinan memiliki dampak yang lebih positif terhadap perilaku kepatuhan. Penelitian lain yang dilakukan di Rio de Janeiro tentang konseling selama pengobatan menunjukkan bahwa sikap yang didasarkan pada keyakinan bertahan lebih lama dibandingkan dengan sikap yang didasarkan pada anjuran.

TPB menyatakan bahwa faktor sikap dibangun dari kekuatan keyakinan dan hasil evaluasi (*strength belief* dan *outcome evaluation*) terbukti mampu mengarahkan pada sikap positif terkait perilaku sadar stroke. Sikap adalah jumlah perasaan positif terhadap suatu objek

(*favourable*) atau perasaan negatif terhadap suatu objek (*unfavourable*). Sikap didefinisikan sebagai kecenderungan psikologis yang diekspresikan dengan mengevaluasi suatu entitas dalam hal suka dan tidak suka. Sikap dianggap sebagai sesuatu yang bersifat afektif atau evaluatif. Konsep utama yang menentukan sikap adalah keyakinan (Ambarika et al., 2023).

Berbeda dengan model lima dimensi kepatuhan WHO (2003), faktor yang berhubungan dengan pasien merupakan dimensi kelima kepatuhan. Salah satu faktor yang berhubungan dengan pasien yang mempengaruhi kepatuhan yaitu sikap. Intervensi yang berhubungan dengan pasien berupa (a) mengubah kebiasaan dan/atau gaya hidup dan (b) mendukung upaya pasien dalam manajemen diri. Intervensi manajemen diri berupa memberikan motivasi dan terampil dalam strategi manajemen diri, baik secara kognitif dan perilaku.

Dalam model model ekologi sosial McLeroy untuk promosi kesehatan (McLeroy et al., 1988; Golden et al., 2015) bahwa perilaku ditentukan oleh faktor intrapersonal/individu salah satunya faktor sikap. McLeroy et al. (1988) menjelaskan intervensi pada tingkat intrapersonal dapat menggunakan berbagai strategi intervensi seperti program pendidikan, media massa, *support groups*, dukungan organisasi, dan *peer counseling*. Target intervensi adalah sikap untuk mematuhi norma.

Sikap terhadap perilaku dapat terbentuk dengan baik karena seseorang memiliki keyakinan bahwa perilaku sadar stroke merupakan suatu keharusan dan harus dilakukan (*strength belief*) dan juga meyakini bahwa dengan mematuhi perilaku tersebut dapat menjamin dirinya terhindar dari stroke (*evaluation outcomes*). Penelitian sebelumnya menemukan bahwa 68,4% responden dengan niat tinggi atau rendah untuk mencegah stroke dapat diprediksi oleh faktor sikap, faktor norma subyektif, dan faktor perilaku yang dirasakan (Ambarika et al., 2023). Terdapat hubungan yang signifikan antara sikap dengan pencegahan serangan stroke berulang (Robby, 2024).

Sikap pasien meningkatkan perilaku pencegahan stroke berulang di masa depan, namun penelitian lain masih menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap tentang faktor risiko stroke masih rendah pada populasi risiko tinggi (Slark & Sharma, 2014). Hanya 41% orang berisiko tinggi yang menyadari bahwa mereka berisiko lebih besar terkena stroke berulang. Hal ini merupakan faktor penting yang harus dipahami oleh para profesional

kesehatan saat konsultasi dengan pasien. Para profesional harus memastikan pendidikan kesehatan dipahami dan dipertahankan, karena hal ini dapat berdampak pada sikap terhadap perilaku pencegahan stroke berulang di masa depan (Slark & Sharma, 2014).

6.3.5 Norma Subjektif

Norma subjektif merupakan dukungan dari orang disekeliling kita untuk dapat menentukan suatu tindakan yang akan dilakukan (Purbawijaya & Hidayah, 2021). Norma subjektif dalam penelitian ini meliputi dukungan keluarga, tenaga kesehatan, dan komunitas. Hasil penelitian ini menunjukkan nilai mean norma subjektif adalah 74,6 dalam skala 100. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off point* nilai mean, maka norma subjektif dukungan baik jika nilai \geq mean dan norma subjektif dukungan kurang baik jika $<$ mean. Dapat dilihat sebesar 70% pasien stroke di RSPON memiliki dukungan baik dan 30% memiliki dukungan kurang baik. Sebanyak 85,7% pasien stroke dengan dukungan baik memiliki perilaku pencegahan stroke berulang baik.

Norma subjektif adalah variabel paling dominan dan paling signifikan yang mempengaruhi perilaku pencegahan stroke berulang dengan $p\text{-value} = 0,001$ ($p\text{-value} \leq 0,05$) OR 16,838 (95% CI: 4,673 – 60,659). Hal ini berarti pasien stroke yang memiliki dukungan baik memiliki peluang sebesar 16,8 kali untuk terjadi perilaku pencegahan stroke berulang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki dukungan kurang baik setelah dikontrol variabel usia, pendidikan terakhir, status pekerjaan, status pernikahan, keyakinan, sikap, kontrol perilaku, niat, dan ketersediaan media edukasi.

Hal ini sesuai dengan penelitian berdasarkan *Theory of Planned Behaviour* (TPB) oleh Ambarika et al. (2023) bahwa faktor norma subjektif dapat menjadi konstruk yang kuat untuk menjadi prediktor niat untuk melakukan perilaku sadar stroke. Studi serupa tentang kepatuhan menyimpulkan bahwa intervensi berdasarkan norma subjektif, sosial, dan psikologis harus dioptimalkan untuk meningkatkan perilaku kepatuhan seseorang. Hal ini dapat dicapai dengan menggunakan pengaruh sosial untuk mendidik anggota keluarga tentang bagaimana mendorong perilaku kepatuhan itu sendiri.

Dalam penelitian sebelumnya, sebanyak 87,8% responden mendapatkan dukungan keluarga dalam menjalani rehabilitasi. Dukungan keluarga dibutuhkan untuk kesembuhan penderita pascastroke yang menjalani rehabilitasi. Keluarga mempunyai peran penting dalam

memelihara dan meningkatkan kesehatan serta membantu keberhasilan pengobatan. Dukungan keluarga dapat diberikan dalam bentuk memberikan semangat, motivasi, memenuhi kebutuhan sehari-hari dan dorongan kepada penderita agar dapat menerima kondisi dan berusaha dengan kuat untuk sembuh. Adanya dukungan ini membuat rasa percaya diri dan motivasi untuk menghadapi masalah akan meningkat (Puri & Setyawan, 2020). Dokter layanan primer dapat mengidentifikasi dukungan yang memadai sehingga dapat memulihkan kemandirian pasien stroke atau meminimalkan ketergantungan yang diakibatkannya (Chohan & Venkatesh, 2019).

Dukungan keluarga diharapkan membantu pasien dalam fase rehabilitasi secara optimal sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien pascastroke. Pasien stroke yang dirawat di Unit Stroke, ketika dinyatakan sudah diperbolehkan pulang, keluarga akan mengalami kecemasan, hal ini disebabkan oleh ketidaksiapan keluarga untuk merawat pasien di rumah (Ngatini, 2019).

Keluarga memiliki peran penting dalam perawatan pasien stroke agar tidak terjadi stroke berulang. Keluarga tidak hanya berperan sebagai pendukung emosional, tetapi juga sebagai mitra yang aktif dalam membantu pemulihan pasien. Mereka menghadapi berbagai tantangan dalam perjalanan perawatan, namun juga menemukan kepuasan dan makna dalam proses tersebut. Keluarga memainkan peran sentral dalam membangun jaringan dukungan yang kuat, melibatkan anggota keluarga lain, teman, dan jaringan sosial lokal. Dukungan ini membantu dalam mengatasi stres dan beban *caregiving*, serta memfasilitasi proses pemulihan pasien. Oleh karena itu, meningkatkan ketersediaan sumber daya dan dukungan bagi keluarga pasien stroke merupakan hal yang penting dalam meningkatkan kualitas perawatan dan hasil bagi pasien dan keluarganya. Langkah-langkah untuk memperkuat jaringan dukungan keluarga harus menjadi fokus dalam upaya meningkatkan perawatan pasien stroke (Robby, 2024).

Sejalan dengan model lima dimensi kepatuhan WHO (2003), faktor sosial dan ekonomi merupakan dimensi pertama kepatuhan, faktor yang dilaporkan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan adalah kurangnya dukungan sosial yang efektif. Masalah ekonomi dan sosial utama yang harus ditangani terkait dengan kepatuhan adalah penyediaan jaringan dukungan sosial yang efektif. Upaya intervensi sosial yang efektif untuk

meningkatkan kepatuhan yaitu a) penilaian kebutuhan sosial, b) kesiapan keluarga, dan c) dukungan sosial. Dukungan sosial yaitu dukungan informal atau formal yang diterima oleh pasien dari anggota komunitas, secara konsisten dilaporkan sebagai faktor penting yang mempengaruhi hasil dan perilaku kesehatan.

Dalam model lima dimensi kepatuhan WHO (2003) juga terdapat faktor yang berhubungan dengan tim dan sistem layanan kesehatan yang merupakan dimensi kedua kepatuhan. Hubungan yang baik antara pasien dan penyedia layanan kesehatan dapat meningkatkan kepatuhan. Lima hambatan utama faktor tim dan sistem kesehatan yaitu a) kurangnya kesadaran dan pengetahuan tentang kepatuhan, b) kurangnya alat klinis untuk membantu tenaga kesehatan dalam mengevaluasi dan mengintervensi masalah kepatuhan, c) kurangnya alat perilaku untuk membantu pasien mengembangkan perilaku kesehatan yang adaptif atau mengubah perilaku yang maladaptif, d) kesenjangan dalam penyediaan perawatan untuk kondisi kronis, e) komunikasi yang tidak optimal antara pasien dan tenaga kesehatan. Penyedia layanan kesehatan memiliki peran penting dalam mempromosikan kepatuhan, merancang, dan mengimplementasikan intervensi. Sistem kesehatan dan penyedia layanan kesehatan perlu mengembangkan cara untuk menilai secara akurat tidak hanya kepatuhan, tetapi juga faktor-faktor yang berkontribusi terhadapnya. Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan melalui "perangkat konseling kepatuhan".

Sesuai dengan model ekologi sosial McLeroy untuk promosi kesehatan (McLeroy et al., 1988; Golden et al., 2015) bahwa perilaku ditentukan oleh faktor proses interpersonal dan kelompok primer yaitu berupa jaringan sosial formal dan informal dan sistem dukungan sosial, termasuk keluarga, kelompok kerja, dan jaringan pertemanan. Faktor lainnya yang menentukan perilaku sesuai model ini adalah faktor komunitas.

McLeroy et al. (1988) menjelaskan intervensi pada tingkat interpersonal dan kelompok primer berupa meningkatkan hubungan interpersonal dengan anggota keluarga, teman, tetangga, tempat kerja, dan kenalan. Hubungan baik ini akan memberikan dukungan emosional, informasi, akses ke kontak sosial baru dan peran sosial, serta bantuan dan pertolongan nyata dalam memenuhi kewajiban dan tanggung jawab sosial dan pribadi. Sementara intervensi menggunakan pendekatan komunitas harus memperhatikan aspek

demografi dan geografi sehingga intervensi kesehatan dapat diterima.

Penelitian sebelumnya menunjukkan ada hubungan antara dukungan sosial dengan perilaku pencegahan stroke $p\text{-value} = 0,000$ ($p\text{-value} < 0,05$) pada masyarakat di wilayah kerja puskesmas Gulai Bancah tahun 2019. Nilai *Odds Ratio* (OR) diperoleh 7,912 artinya responden yang memiliki dukungan sosial baik berpeluang 7 kali mempunyai perilaku pencegahan stroke yang baik pula dibandingkan responden yang memiliki dukungan sosial yang buruk (Yaslina et al., 2019).

Penelitian lain mengenai kepatuhan pasien yang dilakukan di Afrika Selatan menegaskan bahwa dukungan sosial yang baik terbukti dapat meningkatkan perilaku kepatuhan. Norma subjektif adalah keyakinan seseorang tentang persetujuan orang lain terhadap suatu tindakan atau persepsi individu tentang apakah orang lain akan mendukung tindakan tersebut atau tidak. Norma subjektif adalah pihak-pihak yang dianggap berperan dalam perilaku seseorang dan memiliki ekspektasi terhadap orang tersebut dan sejauh mana orang tersebut berkeinginan untuk memenuhi ekspektasi tersebut. Jadi, dengan kata lain, norma subjektif adalah produk dari persepsi individu terhadap keyakinan orang lain. Orang tersebut disebut referen dan dapat berupa orang tua, teman, atau seseorang yang dianggap ahli atau orang penting. Terdapat dua faktor yang mempengaruhi norma subjektif, pertama *normative belief* yaitu keyakinan individu bahwa referen menganggapnya harus atau tidak harus melakukan suatu perilaku; dan yang kedua adalah *motivation to comply*, yang merupakan motivasi individu untuk memenuhi norma referen (Ambarika et al., 2023).

Dibutuhkan dukungan dari komunitas seperti klub stroke. Hal berbeda dengan hasil penelitian lain dimana dari analisis univariat diperoleh data anggota klub stoke yang mendapatkan dukungan kelompok baik 90,6% dan anggota yang mengalami kejadian stroke berulang sebanyak 25%. Berdasarkan analisis bivariat diperoleh $p\text{-value} 0,408$ ($p\text{-value} > 0,05$). Tidak ada pengaruh dukungan kelompok klub stroke bagi anggotanya dalam perawatan pasien pascastroke terhadap kejadian stroke berulang di Kota Semarang dengan $p\text{-value} > 0,05$ (Suhadi & Purboningsih, 2019).

6.3.6 Kontrol Perilaku yang Dipersepsikan

Penelitian ini menunjukkan nilai mean kontrol perilaku adalah 74,1 dalam skala 100. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off point* nilai mean, maka kontrol perilaku kuat jika nilai \geq mean dan kontrol perilaku lemah jika $<$ mean. Sebanyak 62% pasien stroke di RSPON memiliki kontrol perilaku kuat dan 38% memiliki kontrol perilaku lemah. Sebesar 68,9% pasien stroke di RSPON dengan kontrol perilaku kuat memiliki perilaku pencegahan stroke berulang baik.

Dapat dilihat pada hasil analisis akhir multivariat penelitian ini bahwa kontrol perilaku memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang dengan $p\text{-value} = 0,01$ ($p\text{-value} \leq 0,05$) dan OR sebesar 3,979 (95% CI: 3,975 – 12,013), artinya responden yang memiliki kontrol perilaku kuat memiliki peluang sebesar 3,9 kali untuk terjadi perilaku pencegahan baik dibandingkan dengan responden yang memiliki kontrol perilaku lemah setelah dikontrol variabel usia, pendidikan terakhir, status pekerjaan, status pernikahan, keyakinan, sikap, norma subjektif, niat, dan ketersediaan media edukasi.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Ambarika et al. (2023) bahwa kontrol perilaku dapat menjadi konstruk yang kuat untuk menjadi prediktor niat untuk melakukan perilaku sadar stroke. Edukasi berdasarkan kontrol perilaku dapat meningkatkan kepatuhan pasien penyakit kronis dalam menyelesaikan pengobatan. Kontrol perilaku adalah mengenai persepsi individu mengenai mampu atau tidaknya individu melakukan perilaku tersebut dan merupakan cerminan dari pengalaman sebelumnya serta hambatan yang dapat diantisipasi. Ketika ada seseorang yang menurutnya memiliki kekuasaan atas dirinya, maka ia akan dipandang signifikan dalam menentukan apakah perilaku tertentu akan dilakukan atau tidak. Persepsi ditentukan oleh keyakinan seseorang yang disebut juga dengan *control belief* untuk mengontrol faktor-faktor yang menghambat atau mendorong munculnya suatu perilaku.

Kontrol perilaku penting dalam *Theory of Planned Behaviour* (TPB). Kontrol perilaku mengacu pada persepsi masyarakat terhadap kemudahan atau kesulitan dalam melakukan perilaku yang diinginkan (Ajzen, 2005). Kontrol perilaku adalah persepsi tentang seberapa mudah atau sulitnya suatu perilaku dilaksanakan. Variabel ini diasumsikan merefleksikan pengalaman masa lalu dan mengantisipasi hambatan yang mungkin terjadi. Kontrol perilaku adalah persepsi seseorang tentang kemudahan atau kesulitan perilaku tertentu. Ada dua asumsi

mengenai kontrol perilaku, pertama kontrol perilaku diasumsikan memiliki pengaruh motivasi terhadap niat. Orang yang percaya bahwa mereka tidak memiliki kesempatan untuk berperilaku tidak akan memiliki niat yang kuat meskipun mereka memiliki sikap yang positif dan didukung oleh referen (orang di sekitarnya). Kedua, karena merupakan substitusi parsial pengukuran untuk kontrol aktual, kontrol perilaku memiliki potensi untuk mempengaruhi perilaku secara langsung tanpa melalui niat (Ambarika et al., 2023).

Dengan cara yang sama seperti keyakinan mempengaruhi dua faktor pertama, persepsi kontrol perilaku (*control belief*) mempengaruhi ada tidaknya faktor yang membatasi atau meningkatkan kinerja perilaku. Persepsi kontrol perilaku dapat dibentuk dari keyakinan tentang faktor yang mendukung dan membuang persepsi tentang faktor yang menghambat untuk menampilkan perilaku yang diharapkan. Keyakinan ini disebut juga dengan keyakinan kontrol. Selain itu, subjek juga memiliki keyakinan bahwa terdapat banyak hal yang mendukung untuk berperilaku patuh dengan meyakini bahwa subjek mampu memunculkan atau mengidentifikasi sebanyak mungkin hal yang dapat mendukung subjek untuk berperilaku patuh. Hal ini disebut juga dengan *power belief*. Semakin tinggi penghayatan dan keyakinan subjek terhadap faktor pendukung, maka kontrol perilaku akan bergerak ke arah yang lebih positif (Ambarika et al., 2023).

6.3.7 Niat

Dari penelitian ini dapat dilihat bahwa nilai mean niat adalah 84,9 dalam skala 100. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off point* nilai mean, maka niat tinggi jika nilai \geq mean dan niat rendah jika $<$ mean. Sebanyak 47% pasien stroke di RSPON memiliki niat tinggi terhadap perilaku pencegahan stroke berulang dan 53% memiliki niat rendah. Pasien stroke di RSPON dengan niat tinggi yang melakukan perilaku pencegahan stroke berulang baik sebesar 68,9%. Namun hasil analisis multivariat menunjukkan niat tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang, dengan *p-value* 0,28 (*p-value* $>$ 0,05).

Hasil ini tidak sesuai dengan penelitian Adiutama et al. (2021) dimana hasil penelitian secara statistik konseling perilaku berbasis *Theory of Planned Behaviour* (TPB) terbukti mempengaruhi niat pasien pascastroke untuk mencegah stroke berulang. Setelah penderita

diberikan konseling perilaku berbasis TPB, niat mereka untuk mencegah terjadinya stroke iskemik berulang cenderung mengalami peningkatan yang signifikan. Peningkatan yang signifikan ini dapat dicapai melalui interaksi yang teratur dengan menggunakan konseling perilaku yang dilakukan secara tatap muka sebanyak 4 kali kepada penderita dan keluarga. Niat dan perilaku berdasarkan TPB mampu menjelaskan niat dan perilaku patuh seseorang dalam sebuah pengobatan.

Kepatuhan terhadap pengobatan juga bergantung pada persepsi pribadi individu itu sendiri. Perilaku memiliki dasar pendekatan keyakinan yang membentuk niat dan mendorong individu untuk melakukan suatu perilaku tertentu. Faktor utama pembentuk niat adalah sikap, norma subyektif, kontrol perilaku yang dirasakan (Adiutama & Fauzi, 2020). Dalam TPB bahwa sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku dalam prediksi niat diperkirakan bervariasi antar perilaku dan situasi. Dalam beberapa aplikasi atau situasi, mungkin ditemukan hanya sikap yang memiliki dampak signifikan terhadap niat. Beberapa situasi, sikap dan kontrol perilaku cukup untuk memperhitungkan niat (Ajzen, 2005).

Niat merupakan indikasi seberapa kuat keyakinan individu untuk mencoba suatu perilaku dan seberapa besar usaha untuk berperilaku. Faktor seseorang untuk berperilaku dipengaruhi oleh keinginan, disengaja, atau karena memang sudah direncanakan. Niat berperilaku merupakan suatu rencana atau keinginan, dan dalam hal ini niat belum dapat dikatakan sebagai suatu perilaku. Niat untuk berperilaku mencegah stroke berulang merupakan keinginan seseorang yang direncanakan untuk melakukan pencegahan tersebut. Niat seseorang menjadi besar karena adanya keyakinan individu yang kuat untuk mencoba perilaku tersebut, adanya dukungan dari orang terdekat dan persepsi orang tersebut bahwa perilaku tersebut dapat dilakukan. Sebaliknya, seseorang akan memiliki niat yang rendah karena orang tersebut tidak memiliki keyakinan untuk mencoba perilaku tersebut, tidak adanya dukungan dari orang terdekat, dan persepsi orang tersebut bahwa perilaku tersebut tidak akan dapat dilakukan. Selain itu, setelah responden diberikan penyuluhan, akhirnya mereka memiliki keyakinan yang kuat sehingga niat untuk mencegah stroke berulang meningkat pula (Adiutama & Fauzi, 2020).

Hasil penelitian sebelumnya berbasis TPB menunjukkan bahwa niat untuk melakukan perilaku dapat menjadi konstruk yang kuat untuk menjadi prediktor dari perilaku sadar stroke.

Variabel niat dapat menjelaskan variabel perilaku sadar stroke dengan baik. Secara umum, semakin kuat niat untuk terlibat dalam suatu perilaku, semakin besar kemungkinan perilaku tersebut akan dilakukan. Tinggi atau rendahnya niat dalam mencegah stroke dapat dijelaskan oleh faktor sikap, faktor norma subjektif, dan faktor perilaku yang dipersepsikan. Hasil pengujian hipotesis menunjukkan bahwa semua variabel konstruk dalam TPB dapat menjadi prediktor yang kuat untuk perilaku sadar stroke (Ambarika et al., 2023).

Menurut sebuah penelitian niat diukur dengan prosedur yang menempatkan subjek dalam dimensi probabilitas subjektif yang melibatkan hubungan antara dirinya dan tindakan. Menurut TPB, niat memiliki 3 faktor penentu, yaitu sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku. Pengukuran niat dapat diklasifikasikan ke dalam pengukuran keyakinan. Sama halnya dengan pengukuran keyakinan, pengukuran niat terdiri dari 2 hal, yaitu pengukuran konten dan kekuatan. Seperti yang dijelaskan Ajzen (2005) intensi (niat) merupakan indikator seberapa kuat keyakinan individu untuk mencoba perilaku dan seberapa besar usaha untuk bertindak. Perilaku dipengaruhi oleh keinginan, kesengajaan, atau perencanaan seseorang. Dalam hal ini, rencana atau keinginan belum bisa disebut perilaku karena baru sebatas rencana atau keinginan. Keinginan seseorang yang berencana untuk menghindari stroke untuk bertindak dengan cara tertentu untuk melakukannya (Ambarika et al., 2023).

Niat seseorang menjadi besar karena adanya keyakinan yang kuat dari individu untuk melakukan perilaku tersebut, adanya dukungan dari orang terdekat, dan pandangan orang tersebut bahwa perilaku tersebut dapat dilakukan. Di sisi lain, niat seseorang bisa saja buruk jika ia tidak memiliki keyakinan untuk melakukan perilaku tersebut, tidak mendapat dukungan dari orang terdekat, atau meyakini bahwa perilaku tersebut tidak mungkin dilakukan. Kami berpendapat bahwa niat adalah indikasi seberapa kuat seseorang percaya bahwa ia akan mencoba suatu perilaku dan seberapa besar usaha yang akan digunakan untuk melakukan perilaku tersebut. Niat merupakan faktor motivasi yang memiliki pengaruh terhadap perilaku, sehingga orang dapat mengharapkan orang lain untuk melakukan sesuatu berdasarkan niat mereka. Pada umumnya niat memiliki korelasi yang tinggi dengan perilaku, sehingga dapat digunakan untuk memprediksi perilaku (Ambarika et al., 2023).

Untuk lebih memahami tujuan dan perilaku kesehatan seseorang, model pendidikan kognitif yang dimediasi oleh konstruk TPB telah terbukti berhasil. Ada pendekatan keyakinan

mendasar terhadap perilaku yang membentuk niat dan memotivasi orang untuk terlibat dalam perilaku tertentu. Sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku adalah komponen utama yang membentuk niat (Ambarika et al., 2023).

Konseling perilaku berbasis TPB dapat meningkatkan niat pasien pascastroke dalam mencegah stroke iskemik berulang. Konseling perilaku berbasis TPB dilakukan dengan menggunakan panduan modul yang disusun berdasarkan panduan model TPB. Namun demikian, keakuratan niat dalam memprediksi perilaku tidak sepenuhnya mutlak, walaupun banyak ahli yang telah membuktikan adanya korelasi yang kuat antara niat dengan perilaku, ternyata dalam beberapa penelitian juga ditemukan adanya hubungan yang lemah antara keduanya. Salah satu penyebabnya adalah ketidakstabilan niat. Oleh karena itu, diharapkan dapat menemukan intervensi yang mampu mempertahankan niat pasien sehingga niat tersebut dapat dikonversi menjadi perilaku yang langgeng (Adiutama & Fauzi, 2020).

6.3.8 Ketersediaan Media Edukasi

Media edukasi dalam promosi kesehatan adalah alat bantu untuk promosi kesehatan yang dapat dilihat, didengar, diraba, dirasa, atau dicium untuk memperlancar komunikasi dan penyebarluasan informasi. Media edukasi dapat mengatasi keterbatasan pengalaman audience, melampaui batasan ruangan promosi, memungkinkan adanya interaksi langsung antara audience dengan lingkungannya, dan menghasilkan keseragaman pengamatan. Media edukasi juga dapat menanamkan konsep dasar yang benar, konkret, dan realistis. Media edukasi membangkitkan keinginan dan minat baru (Kholid, 2022).

Berdasarkan hasil penelitian ini, nilai mean ketersediaan media edukasi adalah 77,2 dalam skala 100. Berdasarkan pengkategorian menggunakan *cut off point* nilai mean, maka ketersediaan media edukasi memadai jika nilai \geq mean dan ketersediaan media edukasi tidak memadai jika $<$ mean. Sebanyak 30,5% ketersediaan media edukasi di RSPON memadai dan 69,5% tidak memadai. Hasil akhir analisis multivariat menunjukkan ketersediaan media edukasi memiliki $p\text{-value} = 0,12$ ($p\text{-value} > 0,05$). Hal ini menunjukkan ketersediaan media edukasi tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Berti (2019) dimana analisis penelitian menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan setelah diberikan edukasi stroke terstruktur

berbasis media edukasi audiovisual terhadap peningkatan *self awareness* stroke berulang dengan $p\text{-value} < 0,0001$. Penelitian merekomendasikan bahwa edukasi stroke terstruktur berbasis audio visual dapat dijadikan salah satu intervensi dalam upaya preventif dan promotif pencegahan stroke berulang (Berti, 2019).

Ajzen (2005) dalam *Theory of Planned Behaviour* (TPB) menjelaskan bahwa terdapat faktor latar belakang yang mempengaruhi perilaku. Salah satu faktor latar belakang tersebut adalah faktor informasi seperti media. Ambarika et al. (2023) menjelaskan model edukasi kognitif berbasis TPB telah terbukti efektif dalam memahami niat dan perilaku kesehatan seseorang. Intervensi edukasi berbasis TPB memberikan gambaran kepada pasien pascastroke iskemik tentang bagaimana membentuk sikap positif, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan, sehingga subjek dapat menimbulkan niat yang kuat untuk mencegah terjadinya stroke berulang. Konseling perilaku berbasis TPB yang dilakukan secara tatap muka sebanyak 4 kali pada penelitian ini berperan dalam menjaga kestabilan niat yang telah terbentuk sebelumnya (Adiutama & Fauzi, 2020). Para peneliti menemukan bahwa promosi kesehatan dengan menggunakan pendekatan konseling perilaku yang didasarkan pada TPB efektif dalam meningkatkan perilaku yang diinginkan di masa depan

Edukasi merupakan suatu proses penyampaian materi pendidikan oleh pendidik kepada sasaran pendidikan yang bertujuan untuk tercapainya perubahan perilaku. Pemberian edukasi kolaborasi dapat meningkatkan pengetahuan tentang faktor risiko stroke dan pola hidup sehat, sehingga penyakit stroke dapat dicegah dengan adanya perubahan pola perilaku dan mencegah terjadinya stroke berulang. Edukasi kolaborasi pasien dan keluarga adalah hak pasien dan keluarga. Profesional pemberi Asuhan (PPA), baik dokter, perawat, ahli gizi, fisioterapis maupun farmasis bertanggung jawab untuk memberikan edukasi. Edukasi kolaborasi merupakan komponen penting dari pelayanan kesehatan modern yang dapat meningkatkan derajat kesehatan yang optimal (Ngatini, 2019).

Pemberian edukasi kolaborasi berupa ceramah yang dilanjutkan pemberian edukasi secara personal dapat memberikan pengaruh terhadap penurunan faktor risiko stroke. Tujuan edukasi ini adalah memberikan pengetahuan kepada pasien dan keluarga dalam perawatan berkelanjutan di rumah pada pasien stroke sehingga tidak terjadi kecemasan dan kekhawatiran. Sedangkan manfaat dari pelaksanaan edukasi antara lain pasien dapat menjaga

kesehatannya dengan terapi perubahan pola hidup sesuai dengan yang dianjurkan oleh PPA, keluarga dapat merawat pasien di rumah dengan pengetahuan yang telah diberikan oleh PPA serta mencegah komplikasi akibat penyakit stroke serta penyakit tidak terjadi stroke berulang (Ngatini, 2019).

Intervensi berdasarkan teori perilaku berupa program pembinaan kesehatan gaya hidup yang komprehensif di Amerika (yaitu program INTERVENT) berbasis klinis dan komunitas, efektif mengurangi risiko penyakit kardiovaskular. Program ini disampaikan terutama melalui telepon dan internet yang berlangsung selama minimal 1 tahun. Pelatih kesehatan yang terlatih mengikuti program standar untuk membantu peserta menetapkan tujuan perubahan perilaku, mengembangkan rencana aksi, dan mengimplementasikan rencana aksi. Pelatihan kesehatan terdiri dari sesi konseling empat mata yang berlangsung selama 15 hingga 20 menit, di mana para peserta diajarkan strategi kognitif dan perilaku (misalnya meningkatkan pengetahuan, kesadaran akan risiko, dan efikasi diri serta mengembangkan keterampilan dalam pemantauan diri, meminta dukungan sosial, dan mengendalikan rangsangan). Program ini telah berhasil dilaksanakan di rumah sakit, tempat praktik dokter, tempat kerja, dan pusat kesehatan dan telah menghasilkan peningkatan tekanan darah, kolesterol, berat badan, dan fungsi kardiorespirasi. Program ini juga telah digunakan dalam uji coba terkontrol secara acak untuk pencegahan stroke primer (yaitu program CREST-2) dan pencegahan stroke berulang (yaitu program SAMMPRIS) (Bailey, 2018).

Program “Temui Pasien “Di Tempat Mereka Berada”. Meskipun dokter dan penyedia layanan kesehatan lainnya diakui sebagai ahli kesehatan, pasien sering kali menolak untuk diberitahu apa yang harus dilakukan. Oleh karena itu, penting untuk menemui pasien “di mana mereka berada” dan memberikan informasi yang sesuai dengan tingkat motivasi mereka saat ini. Salah satu strategi untuk melakukannya adalah dengan menggunakan wawancara motivasi. Wawancara motivasi adalah pendekatan kolaboratif yang berpusat pada pasien untuk membantu pasien menyadari nilai-nilai dan prioritas mereka, memahami bagaimana perilaku kesehatan saat ini menjadi penghalang atau fasilitator nilai-nilai dan prioritas, dan menghasilkan rencana tindakan untuk mengubah perilaku kesehatan. Wawancara motivasi telah dipelajari secara ekstensif dalam konteks pola makan dan aktivitas fisik. Dengan menemui pasien di tingkat kesiapan mereka saat ini untuk mengubah perilaku, pasien mungkin

tidak terlalu resisten dan lebih terbuka dalam mendiskusikan strategi untuk mengubah perilaku gaya hidup (Bailey, 2018). Mendaftarkan pasien stroke dalam program latihan komunitas menunjukkan efektivitas tertentu. Meta-analisis terbaru menunjukkan bahwa praktik berbasis komunitas dapat membantu pasien meningkatkan tingkat aktivitas fisik sebesar 20% hingga 40% (Govori et al., 2024).

Penelitian skala nasional pada penyintas stroke di Australia mengenai penerapan *eHealth* untuk stroke menunjukkan bahwa internet tampaknya menjadi *platform* yang layak untuk berinteraksi dengan para penyintas stroke dalam memberikan informasi serta intervensi kesehatan. Hal ini penting mengingat mereka berisiko tinggi mengalami stroke berulang, apa pun tingkat kecacatannya. *eHealth* mengacu pada layanan atau informasi kesehatan yang disampaikan atau ditingkatkan melalui penggunaan internet dan teknologi terkait. *eHealth* memiliki banyak aplikasi potensial dalam pencegahan dan perawatan stroke. Telerehabilitasi telah menjadi salah satu bidang utama penerapan *eHealth* pada stroke dan telah diidentifikasi dalam berbagai tinjauan sistematis sebagai alternatif potensial atau tambahan terhadap rehabilitasi biasa. Intervensi teknologi informasi dan komunikasi (seperti media sosial, pengumpulan data, email, dan pesan teks SMS) yang ditujukan pada penderita stroke dan *caregiver* cenderung memberikan beberapa manfaat. Media sosial adalah jenis teknologi yang semakin banyak digunakan sebagai alat edukasi (B Clancy et al., 2022).

Program pendidikan stroke berbasis web (*web based*) merupakan intervensi yang layak dan berpotensi efektif untuk meningkatkan modifikasi gaya hidup dan rasa kontrol serta penguasaan pada pasien stroke dan *caregiver* dalam mencegah stroke berulang. Program ini mempunyai potensi untuk meningkatkan perilaku kesehatan di antara pasien stroke dan dapat disesuaikan dengan lingkungan medis yang berubah secara radikal dan sesuai dengan kebutuhan layanan kesehatan pasien yang terus berkembang. Intervensi berbasis web berpotensi menjangkau populasi yang lebih beragam dan luas dibandingkan intervensi tatap muka. Program ini dikembangkan untuk mendorong pembelajaran berulang tentang stroke berulang di tempat dan waktu mana pun yang nyaman bagi para peserta. Program dirancang khusus untuk memberikan pengetahuan tentang pencegahan stroke berulang dan untuk meningkatkan perilaku sehat. Program mencakup langkah khusus yang dapat meningkatkan efikasi diri dimana setiap sesi dilengkapi dengan daftar perilaku layanan kesehatan yang dapat

ditegakkan dan umpan balik otomatis diberikan pada awal setiap sesi. Program juga mempromosikan perubahan gaya hidup yang positif di antara pasien stroke melalui program pendidikan stroke berbasis web, bahkan ketika kontak dengan pasien tersebut di klinik rawat jalan terbatas karena keterbatasan waktu (Kim et al., 2013).

Sesuai penelitian yang dilakukan oleh McLeroy dkk bahwa upaya perubahan kebijakan dan lingkungan tempat masyarakat tinggal, bekerja, dan bermain semakin mendapat perhatian selama beberapa dekade terakhir. Namun kerangka promosi kesehatan yang menggambarkan proses kompleks yang menghasilkan perubahan struktural yang meningkatkan kesehatan masih terbatas. McLeroy membangun model ekologi sosial, sebuah kerangka kerja yang banyak digunakan dalam penelitian dan praktik kesehatan masyarakat. Menempatkan kebijakan dan lingkungan yang berhubungan dengan kesehatan dan sosial lainnya sebagai pusatnya, dan mengonseptualisasikan cara-cara di mana individu, jaringan sosial, dan kelompok terorganisir menghasilkan konteks komunitas yang mendorong kebijakan dan pembangunan lingkungan yang sehat. Para praktisi dan peneliti promosi kesehatan dapat mendorong perubahan struktural dengan (1) menyampaikan relevansi kebijakan dan perubahan lingkungan di bidang kesehatan dan sosial, (2) membangun kemitraan untuk mendukungnya, dan (3) mendorong distribusi sumber daya yang diperlukan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, mengendalikan kehidupannya, dan berpartisipasi secara bebas di ruang publik (Golden et al., 2015).

Model ekologi sosial McLeroy telah digunakan untuk menggambarkan perilaku individu, faktor gaya hidup, dan faktor biologis yang menentukan status kesehatan. Status kesehatan dipengaruhi oleh jaringan sosial, kondisi hidup dan kerja, dan lingkungan sosiopolitik. Model ini menganut gagasan “intervensi tingkat tinggi” yang menyatukan tingkat kelembagaan, komunitas, dan kebijakan dalam menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat (Lieberman et al., 2013).

Sebagai contoh, sekelompok aktivis masyarakat, akademisi, dan pegawai kementerian kesehatan baru-baru ini membentuk kemitraan untuk mengumpulkan dan menyebarluaskan data berbasis tempat kerja sebagai bagian dari upaya untuk mengimplementasikan dan menegakkan peraturan upah di San Francisco. Para praktisi dan peneliti promosi kesehatan, yang telah dibekali dengan pelatihan, sumber daya baru, dan kerangka kerja untuk menerapkan

keterampilan-keterampilan tersebut pada perubahan struktural, harus memiliki banyak kontribusi pada desain, implementasi, dan evaluasi kebijakan dan upaya perubahan lingkungan yang dirancang untuk meningkatkan kesehatan dan mengurangi kesenjangan (Golden et al., 2015).

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Determinan perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON yaitu pendidikan terakhir, kontrol perilaku, dan norma subjektif. Nilai mean perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON sebesar 71,4. Nilai ini menunjukkan perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON sudah baik.
- 2) Sebagian besar pasien stroke di RSPON berusia < 60 tahun. Usia tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.
- 3) Sebagian besar pasien stroke di RSPON adalah laki-laki. Jenis kelamin tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.
- 4) Sebagian besar pasien stroke di RSPON memiliki pendidikan rendah. Pendidikan terakhir memiliki hubungan yang signifikan secara statistik dengan perilaku pencegahan stroke berulang.
- 5) Sebagian besar pasien stroke di RSPON tidak bekerja. Status pekerjaan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.
- 6) Sebagian besar pasien stroke di RSPON dengan status pernikahan menikah. Status pernikahan tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.
- 7) Nilai mean pengetahuan 89,3 menunjukkan pengetahuan pasien stroke di RSPON sudah sangat baik namun pengetahuan tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.
- 8) Nilai mean keyakinan adalah 77,2 berarti keyakinan pasien stroke di RSPON sudah cukup tinggi namun keyakinan tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.

- 9) Nilai mean sikap adalah 74,7 berarti sikap pasien stroke di RSPON sudah cukup positif. Namun sikap tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.
- 10) Nilai mean norma subjektif adalah 74,6. Hal ini menunjukkan dukungan pasien stroke di RSPON sudah cukup baik.
- 11) Nilai mean kontrol perilaku adalah 74,1 menunjukkan pasien stroke di RSPON memiliki kontrol perilaku cukup kuat. Kontrol perilaku memiliki hubungan yang signifikan secara statistik dengan perilaku pencegahan stroke berulang.
- 12) Nilai mean niat adalah 84,9 menunjukkan pasien stroke di RSPON memiliki niat kuat namun niat tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.
- 13) Nilai mean ketersediaan media edukasi adalah 77,2 menunjukkan ketersediaan media edukasi di RSPON sudah cukup memadai namun ketersediaan media edukasi tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan stroke berulang.
- 14) Norma subjektif merupakan variabel paling dominan dan paling signifikan yang mempengaruhi perilaku pencegahan stroke berulang.

7.2 Saran

7.2.1 Kementerian Kesehatan

- 1) Pendidikan memberikan pengaruh signifikan terhadap perilaku pencegahan stroke berulang. Diharapkan kementerian kesehatan dapat memberikan pendidikan kepada pasien stroke yang buta huruf. Kementerian kesehatan dapat melibatkan keluarga, menjalin kerjasama dengan komunitas stroke atau stakeholder lainnya dalam pemberantasan buta huruf pada pasien stroke.
- 2) Mengembangkan dan mengoptimalkan program intervensi perilaku pencegahan stroke berulang melalui program modifikasi gaya hidup sehat secara berkelanjutan. Program modifikasi gaya hidup sehat ini dapat disampaikan melalui website, media sosial, klub stroke, komunitas stroke, atau aplikasi khusus pencegahan stroke berulang. Aplikasi khusus pencegahan stroke berulang dapat berisi pengingat kegiatan harian pasien stroke di rumah, alat-alat yang perlu disiapkan saat pasien stroke pulang ke rumah, edukasi rutin terkait pencegahan stroke berulang, konsultasi dengan petugas, daftar fasilitas pelayanan

kesehatan “*stroke ready*”, dan informasi mengenai pentingnya dukungan keluarga untuk pasien stroke.

- 3) Memberikan dukungan melalui mengoptimalkan peran keluarga, tenaga kesehatan, dan komunitas stroke dalam perilaku pencegahan stroke berulang.
- 4) Menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung pasien stroke untuk melakukan aktivitas di luar ruangan berupa modifikasi lingkungan fisik seperti trotoar yang dapat dilalui oleh kursi roda agar pasien pascastroke dapat beraktivitas menggunakan kursi roda.

7.2.2 Rumah Sakit

- 1) Melibatkan keluarga dalam perawatan pasien stroke, baik sejak awal dirawat maupun setelah pulang ke rumah.
- 2) Profesional pemberi Asuhan (PPA), baik dokter, perawat, ahli gizi, fisioterapis maupun farmasis mengingatkan, memberikan motivasi, dan edukasi kepada pasien stroke dan keluarga.
- 3) Menjalin kerjasama dengan komunitas stroke untuk edukasi lanjutan setelah pasien stroke pulang dari rumah sakit.
- 4) Merancang dan mengembangkan program konseling perilaku pascastroke dalam mencegah stroke iskemik berulang.
- 5) Merancang dan mengembangkan program edukasi berkelanjutan untuk mencegah dan menghindari stroke berulang, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.
- 6) Merancang dan mengembangkan teknik mengatasi stress untuk pasien pascastroke.
- 7) Merancang dan mengembangkan media edukasi yang menarik dan mudah dipahami mengenai stroke berulang. Media edukasi dapat berupa media visual, audiovisual, ataupun ceramah.
- 8) Merancang dan mengembangkan program *Home Care* untuk pasien stroke yang tidak dapat datang langsung kontrol ke rumah sakit/puskesmas.

7.2.3 Komunitas Stroke

- 1) Merancang dan mengembangkan program komunitas stroke melalui program kegiatan yang bervariasi dan mengedukasi sehingga meningkatkan pemahaman, perubahan sikap dan perilaku pasien stroke dalam pencegahan stroke berulang.

- 2) Menjalin kerjasama lintas sektor antara pemerintah, kementerian kesehatan, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), keluarga pasien, dan tenaga kesehatan.

7.2.4 Peneliti Selanjutnya

- 1) Peneliti selanjutnya dapat menggali lebih dalam variabel yang paling dominan dan paling signifikan dalam penelitian ini yaitu norma subjektif dengan melakukan penelitian kualitatif yang dilakukan dengan wawancara dan observasi.
- 2) Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian lanjutan dengan membandingkan antara kelompok stroke pertama dan stroke berulang dalam rentang waktu enam bulan dengan mengambil sampel yang cukup besar sehingga mewakili populasi.
- 3) Peneliti selanjutnya diharapkan dapat menambahkan variabel penting yang berhubungan dengan perilaku pencegahan stroke berulang yaitu variabel yang berhubungan dengan faktor-faktor yang berhubungan dengan tim dan sistem perawatan kesehatan.
- 4) Peneliti selanjutnya dapat menggunakan instrumen yang sudah terstandar/baku. Pertanyaan perilaku menggunakan skala likert.

DAFTAR PUSTAKA

- Ab Malik, N., Mohamad Yatim, S., Lam, O. L. T., Jin, L., & McGrath, C. (2018). Factors influencing the provision of oral hygiene care following stroke: An application of the Theory of Planned Behaviour. *Disability and Rehabilitation*, 40(8), 889–893. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1277397>
- Adiutama, N. M., Hijriani, H., Agustini, A., Fauziah, W., Ferdian, N. R., Nirwana, B., & Ellina, A. D. (2021). Behavioral Counseling of Theory of Planned Behavior-Based to Increase Sufferers' Intention in Preventing Recurrent Ischemic Stroke: A Randomized Control Trial. *Journal for Quality in Public Health*, 5(1), 306–311. <https://doi.org/10.30994/jqph.v5i1.265>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, Personality and Behaviour* (2nd ed.). McGraw-Hill Educatio.
- Ajzen, I., Joyce, N., Sheikh, S., & Cote, N. G. (2011). Knowledge and the Prediction of Behavior: The Role of Information Accuracy in the Theory of Planned Behavior. *Basic and Applied Social Psychology*, 33(2), 101–117. <https://doi.org/10.1080/01973533.2011.568834>
- Altersberger, V. L., Wright, P. R., Schaedelin, S. A., De Marchis, G. M., Gensicke, H., Engelter, S. T., Psychogios, M., Kahles, T., Goeldlin, M., Meinel, T. R., Mordasini, P., Kaesmacher, J., Von Hessling, A., Vehoff, J., Weber, J., Wegener, S., Salmen, S., Sturzenegger, R., Medlin, F., ... Bonati, L. H. (2022). Effect of admission time on provision of acute stroke treatment at stroke units and stroke centers—An analysis of the Swiss Stroke Registry. *European Stroke Journal*, 7(2), 117–125. <https://doi.org/10.1177/23969873221094408>
- Ambarika, R., Mohamed Said, M. S., Umar, N. S., Adiutama, N. M., & Poddar, S. (2023). Identification of Planned Stroke Awareness Behavior: A Structural Equation Modeling. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 19(3), 98–105. <https://doi.org/10.47836/mjmhs.19.3.13>
- American Heart Association Annual Report 2021-22*. (2022).
- And Alternative Medicine, E.-B. C. (2023). Retracted: Effects of Self-Management Intervention Programs Based on the Health Belief Model and Planned Behavior Theory on Self-Management Behavior and Quality of Life in Middle-Aged Stroke Patients. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2023, 1–1. <https://doi.org/10.1155/2023/9875658>
- Anggraini, M. (2022). *FAKTOR DUKUNGAN KELUARGA DAN JENIS KELAMIN YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU PASIEN PASCA STROKE DALAM KUNJUNGAN ULANG DI PUSKESMAS MANDIANGIN. 3*.
- Arif, M., Okraini, N., & Putra, A. Y. M. (2019). *Hubungan Ketepatan "GOLDEN PERIOD" Dengan Derajat Kerusakan Neurologi Pada Pasien Stroke Iskemik Diruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2018*. 2(1).
- Ataei, P., Gholamrezai, S., Movahedi, R., & Aliabadi, V. (2021). An analysis of farmers' intention to use green pesticides: The application of the extended theory of planned

- behavior and health belief model. *Journal of Rural Studies*, 81, 374–384. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2020.11.003>
- Ayre, C., & Scally, A. J. (2014). Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio: Revisiting the Original Methods of Calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47(1), 79–86. <https://doi.org/10.1177/0748175613513808>
- B Clancy, B. B., C. E., AL, B., A, T., P, M., M, P., R, C., & A, G. (2022). *Access to and Use of Internet and Social Media by Low-Morbidity Stroke Survivors Participating in a National Web-Based Secondary Stroke Prevention Trial: Cross-sectional Survey. 2022 May 30, Vol. 24, Issue 5, Journal of medical Internet research, 1438-8871.* <https://doi.org/doi:10.2196/33291>
- Bailey, R. R. (2018). Lifestyle Modification for Secondary Stroke Prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(2), 140–147. <https://doi.org/10.1177/1559827616633683>
- Bailey, R. R., Stevenson, J. L., Driver, S., & McShan, E. (2022). Health Behavior Change Following Stroke: Recommendations for Adapting the Diabetes Prevention Program–Group Lifestyle Balance Program. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 16(2), 221–228. <https://doi.org/10.1177/1559827619897252>
- Basu, E., Salehi Omran, S., Kamel, H., & Parikh, N. S. (2021). Sex differences in the risk of recurrent ischemic stroke after ischemic stroke and transient ischemic attack. *European Stroke Journal*, 6(4), 367–373. <https://doi.org/10.1177/23969873211058568>
- Berti, H. (2019). Pengaruh edukasi stroke terstruktur berbasis audiovisual terhadap self awareness stroke berulang pada pasien stroke. *Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia*. <https://lib.ui.ac.id/detail?id=20483045&lokasi=lokal>
- Bustami, M. (2022). *Kenali, Cegah, dan Tangani Stroke*. RS Pusat Otak Nasional Jakarta.
- Cahyati, Y., & Rosdiana, I. (2017). FAKTOR YANG BERKONTRIBUSI TERHADAP KEJADIAN STROKE ULANG. *Media Informasi*, 13(1), 14–20. <https://doi.org/10.37160/bmi.v13i1.75>
- Campbell, B. C. V., & Khatri, P. (2020). Stroke. *The Lancet*, 396(10244), 129–142. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31179-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31179-X)
- CDC. (2023). *Stroke*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/stroke/index.htm>
- Chohan, S. A., & Venkatesh, P. K. (2019). Long-term complications of stroke and secondary prevention: An overview for primary care physicians. *Lifelong Learning, Singapore Med J* 2019; 60(12): 616-620. <https://doi.org/10.11622/smedj.2019158>
- Christiani, I. S. (2018). *PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN STROKE PADA PENDERITA HIPERTENSI DI DESA PITU KECAMATAN PITU KABUPATEN NGAWI*. PROGRAM STUDI KEPERAWATAN STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN.
- Coupland, A. P., Thapar, A., Qureshi, M. I., Jenkins, H., & Davies, A. H. (2017). The definition of stroke. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(1), 9–12. <https://doi.org/10.1177/0141076816680121>
- Dawson, J., Béjot, Y., Christensen, L. M., De Marchis, G. M., Dichgans, M., Hagberg, G., Heldner, M. R., Millionis, H., Li, L., Pezzella, F. R., Taylor Rowan, M., Tiu, C., &

- Webb, A. (2022). European Stroke Organisation (ESO) guideline on pharmacological interventions for long-term secondary prevention after ischaemic stroke or transient ischaemic attack. *European Stroke Journal*, 7(3), I–XLI. <https://doi.org/10.1177/23969873221100032>
- Eldiningtyas, S. P. F. (2018). *ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH*. UNIVERSITAS AIRLANGGA.
- Ellis, C. (2014). An Examination of Stroke-Related Knowledge in Male Stroke Survivors Living in the South Carolina Stroke Belt. *American Journal of Men's Health*, 8(6), 532–537. <https://doi.org/10.1177/1557988314531038>
- Faiz, K. W., Labberton, A. S., Thommessen, B., Rønning, O. M., & Barra, M. (2019). Stroke-Related Knowledge and Lifestyle Behavior among Stroke Survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(11), 104359. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104359>
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18–29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Frady, D. (2015). *PREDICTIVE FACTORS OF CLINICAL TRIAL PARTICIPATION: AN EXAMINATION OF THE IMPACT OF RACE ON BEHAVIORAL INTENTIONS*. FLORIDA STATE UNIVERSITY COLLEGE OF COMMUNICATION AND INFORMATION.
- Gillespie, D. C., Cadden, A. P., West, R. M., & Broomfield, N. M. (2020). Non-pharmacological interventions for post-stroke emotionalism (PSE) within inpatient stroke settings: A theory of planned behavior survey. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 27(1), 15–24. <https://doi.org/10.1080/10749357.2019.1654241>
- Glanz, K., FM, L., & BK, R. (1997). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice, 2nd Edition*. Elsevier Science Inc.
- Golden, S. D., & Earp, J. A. L. (2012). Social Ecological Approaches to Individuals and Their Contexts: Twenty Years of *Health Education & Behavior* Health Promotion Interventions. *Health Education & Behavior*, 39(3), 364–372. <https://doi.org/10.1177/1090198111418634>
- Golden, S. D., McLeroy, K. R., Green, L. W., Earp, J. A. L., & Lieberman, L. D. (2015). Upending the Social Ecological Model to Guide Health Promotion Efforts Toward Policy and Environmental Change. *Health Education & Behavior*, 42(1_suppl), 8S–14S. <https://doi.org/10.1177/1090198115575098>
- Govori, V., Budinčević, H., Morović, S., Đerke, F., & Demarin, V. (2024). Updated Perspectives on Lifestyle Interventions as Secondary Stroke Prevention Measures: A Narrative Review. *Medicina*, 60(3), 504. <https://doi.org/10.3390/medicina60030504>
- Gumanti, F. P. (2022). *HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PENDERITA STROKE DENGAN UPAYA PENCEGAHAN STROKE BERULANG DI POLI NEUROLOGI RSUD M.NATSIR SOLOK*. 4.
- Handayani, R., Transyah, C. H., & Widia, M. O. (2020). Hubungan Peran Keluarga Dan Motivasi Pasien Stroke Dengan Kepatuhan Kunjungan Di Poliklinik Syaraf RSUP DR. M. Djamil Padang. *Jurnal Amanah Kesehatan, Volume 2 No 1 (2020)* /.

- Hastono, S. P. (2016). *Analisis data pada bidang kesehatan*.
- Instalasi Rekam Medis RSPON. (2023). Data Pasien Stroke Lima Tahun Terakhir. *RS Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono jakarta*.
- Instalasi Rekam Medis RSPON. (2024). *Laporan Pelayanan RSPON Prof. Dr. Dr. Mahar Mardjono Maret 2024* [dataset].
- Jojang, H., Runtuwene, T., & P.S., J. M. (2016). Perbandingan NIHSS pada pasien stroke hemoragik dan non-hemoragik yang rawat inap di Bagian Neurologi RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *e-CliniC*, 4(1). <https://doi.org/10.35790/ecl.4.1.2016.12111>
- Kang, S. J., & Lee, Y. (2021). The Association of Resilience and Perceived Social Support on Health Behavior Compliance in Stroke Patients. *Journal of Korean Academic Society of Home Health Care Nursing*, 28(1), 36–48. <https://doi.org/10.22705/JKASHCN.2021.28.1.36>
- Kemenkes RI. (2007). *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007*.
- Kemenkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*.
- Kemenkes RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018*.
- Kemenkes RI. (2020). *Apa itu Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi) ?*
- Kemenkes RI. (2022). *Tingkatan Kualitas dan Layanan Stroke Lewat Transformasi Kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Kemenkes RI. (2023). *Waspada Stroke. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Kesmodel, U. S. (2018). Cross-sectional studies – what are they good for? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(4), 388–393.
- Kholid, A. (2022). *Promosi Kesehatan Dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media, dan Aplikasinya* (1st ed.). Rajawali Pers.
- Kim, J.-I., Lee, S., & Kim, J.-H. (2013). Effects of a web-based stroke education program on recurrence prevention behaviors among stroke patients: A pilot study. *Health Education Research*, 28(3), 488–501. <https://doi.org/10.1093/her/cyt044>
- Korda, H., & Itani, Z. (2013). Harnessing Social Media for Health Promotion and Behavior Change. *Health Promotion Practice*, 14(1), 15–23. <https://doi.org/10.1177/1524839911405850>
- Kwah, L. K., & Diong, J. (2014). National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). *Journal of Physiotherapy*, 60(1), 61. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2013.12.012>
- Lancôt, K. L., Lindsay, M. P., Smith, E. E., Sahlas, D. J., Foley, N., Gubit, G., Austin, M., Ball, K., Bhogal, S., Blake, T., Herrmann, N., Hogan, D., Khan, A., Longman, S., King, A., Leonard, C., Shoniker, T., Taylor, T., Teed, M., ... on behalf of the Management of Mood, Cognition and Fatigue Following Stroke Best Practice Writing Group, the Heart & Stroke Canadian Stroke Best Practices and Quality Advisory Committee; in collaboration with the Canadian Stroke Consortium. (2020). *Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke*, 6th edition update 2019. *International Journal of Stroke*, 15(6), 668–688. <https://doi.org/10.1177/1747493019847334>
- Li, Z.-R., Ruan, H.-F., Shen, L.-P., Zhang, X.-P., & Wan, L.-H. (2021). Gender Difference in the Association Between Stroke Knowledge and Health Behavior Before the Onset of Stroke Among Chinese Hypertensive Patients. *Journal of Neuroscience Nursing* 53(4):P 160-165, August 2021, 160–165. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000599>

- Lieberman, L., Golden, S. D., & Earp, J. A. L. (2013). Structural Approaches to Health Promotion: What Do We Need to Know About Policy and Environmental Change? *Health Education & Behavior*, 40(5), 520–525. <https://doi.org/10.1177/1090198113503342>
- Lin, B., Zhang, Z., Guo, Y., Wang, W., Mei, Y., Wang, S., Tong, Y., Shuaib, N., & Cheung, D. (2021). Perceptions of recurrence risk and behavioural changes among first• lever and recurrent stroke survivors: A qualitative analysis. *Health Expectations*. 2021;24:1962–1970. <https://doi.org/10.1111/hex.13335>
- Lotlikar, R. S., Saikiran, K., George, J., Namboodiri, N., Sylaja, P. N., & Sreedharan, S. E. (2022). Predictors of Recurrence in Symptomatic Large Artery Atherosclerosis and Cryptogenic Strokes—A Comparative Study. *Journal of Stroke Medicine*, 5(1), 21–25. <https://doi.org/10.1177/25166085221082403>
- Lyden, P. (2017). Using the National Institutes of Health Stroke Scale: A Cautionary Tale. *Stroke*, 48(2), 513–519. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.015434>
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Menteri Kesehatan RI. (2019). *KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR HK.01.07/MENKES/394/2019 TENTANG PEDOMAN NASIONAL PELAYANAN KEDOKTERAN TATA LAKSANA STROKE*.
- Menteri Kesehatan RI. (2022). *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 24 TAHUN 2022 TENTANG REKAM MEDIS*. BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA.
- Morsy, W. Y. M., Elfeky, H. A., & Ahmed, R. A. (2013). Cerebrovascular Stroke Recurrence among Critically Ill Patients at a Selected University Hospital in Egypt. *Journal of Biology*.
- Ngatini. (2019). *Peran Edukasi Kolaborasi Terhadap Pasien Stroke Dalam Meningkatkan Optimalisasi Derajat Kesehatan*. <https://sardjito.co.id/2019/04/30/peran-edukasi-kolaborasi-terhadap-pasien-stroke-dalam-meningkatkan-optimalisasi-derajat-kesehatan/>
- Pandya, E. Y., & Bajorek, B. (2017). Factors Affecting Patients' Perception On, and Adherence To, Anticoagulant Therapy: Anticipating the Role of Direct Oral Anticoagulants. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 10(2), 163–185. <https://doi.org/10.1007/s40271-016-0180-1>
- Pinzon, R. T. (2016). *Awas Stroke: Vol. April 2016* (Cetakan pertama). Betha Grafika.
- Prabawati, R. K., & Pitaloka, A. S. (2021). Profil Penderita Stroke Berulang Rumah Sakit Muhammadiyah Malang Periode Juli-Agustus 2019. *Herb-Medicine Journal*, 4(3), 10. <https://doi.org/10.30595/hmj.v4i3.8147>
- Prasetia, Y., & Susanto, A. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN HAMBATAN KOMUNIKASI VERBAL DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RSUD PROF DR MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO. *Jurnal Inovasi Penelitian*, Vol.3 No.5 Oktober 2022.
- Purbawijaya, F., & Hidayah, N. (2021). Pengaruh Sikap, Norma Subjektif, Dan Pendidikan Kewirausahaan Terhadap Intensi Berwirausaha Pada Mahasiswa. *Jurnal Manajerial Dan Kewirausahaan*, 3(4), 970. <https://doi.org/10.24912/jmk.v3i4.13439>

- Puri, A. M., & Setyawan, D. (2020). Gambaran Self Care pada Pasien Paska Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungmundu Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah* 3 (1), Mei 2020, 1-76.
- Putera, F., & Abdullah, A. (2017). *Kesediaan Melakukan Voluntary Counseling and Testing pada Kelompok Resiko HIV/AIDS Voluntary Counseling and Testing Uptake's Intention among HIV/AIDS Risk Groups.*
- Putri, T. A. R. K., Supriatin, E., Hayati, S. N., Pratiwi, G. D., & Puspasari, S. (2023). Edukasi Audio-Visual Latihan Baduanjin terhadap Pengetahuan Tanda Peringatan Strok pada Kelompok Risiko Strok. *Faletehan Health Journal*, 10 (3) (2023) 326-331. www.journal.lppm-stikesfa.ac.id/ojs/index.php/FHJ
- Rahayu, T. G. (2020). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Dengan Risiko Kejadian Stroke Berulang.*
- Ramdani, M. L. (2018). Karakteristik dan Periode Kekambuhan Stroke pada Pasien dengan Stroke Berulang di Rumah Sakit Margono Soekardjo Purwokerto Kabupaten Banyumas. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 3(1). <https://doi.org/10.30651/jkm.v3i1.1586>
- Ramdhani, N. (2011). Penyusunan Alat Pengukur Berbasis. *BULETIN PSIKOLOGI.*
- Ren, H., Guo, Y., Zhang, Z., Lin, B., Mei, Y., Wang, W., Luan, W., Zhang, X., Liang, L.-L., & Xue, L. (2023). Perception of recurrent risk versus objective measured risk of ischemic stroke in first-ever stroke patients from a rural area in China: A cross-sectional study. *Patient Education and Counseling*, 107, 107586. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.107586>
- Robby, A. (2019). *SIKAP KELUARGA DALAM PERAWATAN PASIEN STROKE DI RUANG L RSU X TASIKMALAYA.* 15(2).
- Robby, A. (2024). Membangun Jaringan Dukungan Keluarga untuk Pasien Stroke: Pengalaman dari RSU X Tasikmalaya. *Jurnal Media Informatika*, 2(2), 24–29. <https://doi.org/10.55338/jumin.v2i2.697>
- RSUP KARIADI. (2020). *KURIKULUM PELATIHAN PENATALAKSANAAN PASIEN STROKE BAGI PERAWAT.*
- Ruksakulpiwat, S., Benjasirisan, C., Ding, K., Phianhasin, L., Thorngthip, S., Ajibade, A., Thampakkul, J., Zhang, A., & Voss, J. G. (2023). Utilizing Social Determinants of Health Model to Understand Barriers to Medication Adherence in Patients with Ischemic Stroke: A Systematic Review. *Patient Preference and Adherence, Volume 17*, 2161–2174. <https://doi.org/10.2147/PPA.S420059>
- Safitri, F. N., Agustina, H. R., & Amrullah, A. A. (2012). *RESIKO STROKE BERULANG DAN HUBUNGANNYA DENGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KELUARGA.*
- Sardjono, T. W. (2019). *Etika Penelitian Menggunakan Hewan Coba, BBT dan Rekam Medik.*
- Shani, S. D., Varma, R. P., Sarma, P. S., Sylaja, P. N., & Kutty, V. R. (2021). Life Style and Behavioural Factors are Associated with Stroke Recurrence Among Survivors of First Episode of Stroke: A Case Control Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 30(4), 105606. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105606>
- Siket, M. S., & Cadena, R. (2021). Novel Treatments for Transient Ischemic Attack and Acute Ischemic Stroke. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 39(1), 227–242. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.09.014>

- Slark, J., & Sharma, P. (2014). Risk awareness in secondary stroke prevention: A review of the literature. *JRSM Cardiovascular Disease*, 3, 204800401351473. <https://doi.org/10.1177/2048004013514737>
- Smith, S., Parkinson, J., Caitens, T., Sanders, A., Murphy, L., & Hamilton, K. (2023). Promoting adherence to stroke secondary prevention behaviours by imparting behaviour change skills: Protocol for a single-arm pilot trial of Living Well After Stroke. *BMJ Open*, 13(1), e068003. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068003>
- Solimun, S., & Fernandes, A. A. R. (2017). Investigation of instrument validity: Investigate the consistency between criterion and unidimensional in instrument validity (case study in management research). *International Journal of Law and Management*, 59(6), 1203–1210. <https://doi.org/10.1108/IJLMA-09-2016-0076>
- Suhadi, & Purboningsih, W. (2019). Pengaruh Dukungan Kelompok Klub Stroke bagi Anggotanya dalam Perawatan Klien Pasca Stroke terhadap Kejadian Stroke Berulang. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(2). <https://doi.org/10.37287/jppp.v2i2.116>
- Tambi, I. F. S., Yueniwati, Y., & Setyoadi. (2019). The Effect of Theory of Planned Behavior Models to Behavior of Cadres as the First Aiders of Stroke Attacks. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(7), 584. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.01635.8>
- Trisetiawati, L., Yuniar, P., & . B. (2018). Recurrent Stroke among Patients at Indonesia's National Brain Center Hospital: Contributing Factors. *KnE Life Sciences*, 4(4), 19. <https://doi.org/10.18502/cls.v4i4.2259>
- Tunik, T. (2022). FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB DAN PENCEGAHAN TERJADINYA STROKE BERULANG. *HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(2), 101–108. <https://doi.org/10.51878/healthy.v1i2.1114>
- Wang, L., Li, G., Hao, Y., Hao, M., & Xiong, Y. (2023). Intravenous thrombolysis for mild stroke: NIHSS 3–5 Versus NIHSS 0–2. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 32(5), 107070. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2023.107070>
- WHO (Ed.). (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization.
- WHO. (2021). World Stroke Day. *World Health Organization*.
- WHO. (2022). World Stroke Day 2022. *World Health Organization*.
- Yardes, N., Riyanti, E., Haryono, S., & Sudrajat, A. (2022). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kemampuan Klien Stroke Dalam Pencegahan Stroke Berulang. *JKEP*, 7(1), 81–92. <https://doi.org/10.32668/jkep.v7i1.922>
- Yaslina, Y., Murni, L., & Najwa, L. (2019). Hubungan Karakteristik Individu Dan Dukungan Sosial Dengan Perilaku Pencegahan Stroke Pada Masyarakat Diwilayah Kerja Puskesmas Gulai Banchah. *Prosiding Seminar Kesehatan Perintis E-ISSN : 2622-2256 Vol. 2 No. 1 Tahun 2019, Vol. 2 No. 1 Tahun 2019*.
- Yeghiazaryan, N., Isahakyan, A., Zubalova, L., Hovhannisyan, Y., Sahakyan, G., Chekijian, S., Khachatryan, S. G., Skon Muratoglu, M., Aghasaryan, M., & Babikian, V. L. (2023). Stroke care in Armenia: Recent developments. *European Stroke Journal*, 8(1_suppl), 28–34. <https://doi.org/10.1177/23969873221108739>
- Zemore, S. E., & Ajzen, I. (2014). Predicting substance abuse treatment completion using a new scale based on the theory of planned behavior. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 174–182. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.06.011>

Lampiran 1 Hasil Kaji Etik Penelitian
Hasil Kaji Etik FKM UI



**KOMISI ETIK RISET DAN PENGABDIAN KESEHATAN MASYARAKAT
 FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA**
*THE RESEARCH AND COMMUNITY ENGAGEMENT ETHICAL COMMITTEE
 FACULTY OF PUBLIC HEALTH UNIVERSITAS INDONESIA*

SURAT KETERANGAN

ETHICAL APPROVAL

Nomor: Ket- 48/UN2.F10.D11/PPM.00.02/2024

Komisi Etik Riset dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, menyatakan dengan ini bahwa penelitian dengan judul :
The Research and Community Engagement Ethical Committee of Faculty of Public Health Universitas Indonesia states hereby that the following proposal:

**"Determinan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional
 Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta"**
*"Behavioral Determinants of Recurrent Stroke Prevention at The National Brain Center Hospital
 Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta"*

Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta
Location

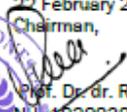
Waktu Penelitian : Januari – Maret 2024
Time schedule

Responden/Subyek Penelitian : Pasien Stroke Rawat Inap dan Rawat Jalan
Respondent/Research Subject

Peneliti Utama : Dewi Gemilang Sari
Principal Investigator
 Mahasiswa Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat
 NPM: 2206004674

Telah melalui prosedur kaji etik dan dinyatakan layak untuk dilaksanakan
Has proceeded the ethical assessment procedure and been approved for the implementation

Demikianlah surat keterangan lolos kaji etik ini dibuat untuk diketahui dan dimaklumi oleh yang berkepentingan dan berlaku sejak tanggal 22 Februari 2024 sampai dengan 22 Februari 2025
This ethical approval is issued to be used appropriately and understood by all stakeholders and valid from 22 February 2024 until 22 February 2025

22 February 2024
 Chairman,

 Prof. Dr. dr. Ratna Djuwita, MPH
 NIDN: 202003013



Hasil Kaji Etik RSPON



Kementerian Kesehatan
RSPON Mahar Mardjono

Jalan M.T. Haryono Kavling 11, Cawang
Jakarta 13630

(021) 29373377

<http://www.rspn.co.id>

KOMITE ETIK PENELITIAN
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
PROF. Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA

SURAT KETERANGAN

Nomor : DP.04.03/D.XXIII.9/054/2024

Setelah menelaah usulan dan protokol penelitian dibawah ini, Komite Etik Penelitian Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta menyatakan bahwa penelitian dengan judul :

“Determinan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RS Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta”

Peneliti Utama : Dewi Gemilang Sari
Asal Institusi : Universitas Indonesia

Dapat disetujui pelaksanaannya dengan syarat :

1. Tidak bertentangan dengan nilai-nilai kemanusiaan dan kode etik penelitian
2. Melaporkan jika terdapat amandemen protokol penelitian
3. Melaporkan penyimpangan/ pelanggaran terhadap protokol penelitian
4. Melaporkan secara periodik perkembangan penelitian dan laporan akhir
5. Melaporkan kejadian yang tidak diinginkan
6. Mengikutsertakan peneliti mitra dari RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono apabila hasil penelitian ini akan dipublikasikan ke Jurnal Nasional maupun Internasional.

Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu maksimum selama 1 (satu) tahun.

Jakarta, 18 April 2024
Ketua Komite Etik Penelitian

dr. Ita Muharram Sari, Sp.S
NIP.198211012015012001

Lampiran 2 Surat Izin Penelitian

Surat Izin Penelitian FKM UI

Nomor : S-564/UN2.F10.D1/PDP.04.04/2024

23 Februari 2024

Sifat : Biasa

Perihal : Permohonan Izin Penelitian dan Pengambilan Data

Yth. Direktur Utama

R.S. Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr Mahar Mardjono
Jl. MT Haryono Kav. 11 Cawang
Jakarta Timur 13630

Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Magister Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia sebagai berikut:

nama : Dewi Gemilang Sari
NPM : 2206004674
program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
peminatan : Promosi Kesehatan
nomor HP : 085715507599

kami mohon agar yang bersangkutan diizinkan untuk melakukan penelitian dan pengambilan data. Adapun data yang dibutuhkan berupa;

1. Data jumlah pasien stroke periode tahun 2020-2024
2. Data jumlah pasien stroke berulang periode tahun 2020-2024
3. Data sosiodemografi pasien stroke periode tahun 2024
4. Data pengetahuan pasien stroke periode tahun 2024
5. Data keyakinan pasien stroke periode tahun 2024
6. Data sikap pasien stroke periode tahun 2024
7. Data norma subjektif pasien stroke periode tahun 2024
8. Data kontrol perilaku pasien stroke periode tahun 2024
9. Data niat pasien stroke periode tahun 2024
10. Data ketersediaan media edukasi pasien stroke periode tahun 2024
11. Data perilaku pencegahan stroke berulang pasien stroke periode tahun 2024
12. Data Penyebab Utama Readmisi Stroke periode tahun 2024

Data tersebut kemudian akan dianalisis kembali dalam penulisan tesis dengan judul "Determinan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta".

Amz/Srt.Feb-24



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Gedung Dekanat Fakultas Kesehatan Masyarakat
Kampus UI Depok 16424,
T. 62.21.7864975, 7864976 F. 62.21.7864975, 7863472
E. fkm@ui.ac.id | www.fkm.ui.ac.id

Atas perhatian dan kerjasama yang baik kami mengucapkan terima kasih.



Wakil Dekan Bidang Pendidikan,
Penelitian dan Kemahasiswaan,

Dr/Kr. Anis Seharini M.Sc.
NIP 196905211993032001

Tembusan :

1. Manajer Tim Kerja Penelitian (Diklit)
Rumah Sakit Pusat otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta
2. Ketua Komite Etik Penelitian
Rumah Sakit Pusat otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta
3. Manajer Tim Kerja Pelayanan
Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta
4. Kepala Instalasi PKRS
Rumah Sakit Pusat otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta

Amz/Srt.Feb-24

Surat Izin Penelitian RSPON


Kementerian Kesehatan
RSPON Mahar Mardjono

📍 Jalan M.T. Haryono Kavling 11, Cawang
 Jakarta 13630
 ☎️ (021) 29373377
 🌐 <https://www.rspn.co.id>

Nomor : DP.04.03/D.XXIII/724/2024

25 April 2024

Hal : Izin Penelitian

Yth. Wakil Dekan
 Bidang Pendidikan,
 Penelitian dan Kemahasiswaan
 Fakultas Kesehatan Masyarakat
 Universitas Indonesia
 Kampus UI Depok 16424

Sehubungan dengan adanya surat permohonan izin penelitian dari Wakil Dekan Bidang Pendidikan, Penelitian dan Kemahasiswaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia nomor S-564/UN2.F10.D1/PDP.04.04/2024 tanggal 23 Februari 2024 dan memperhatikan Surat Keterangan Komite Etik Penelitian Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta nomor DP.04.03/D.XXIII.9/054/2024 tanggal 18 April 2024 atas nama peneliti sebagai berikut:

nama peneliti : Dewi Gemilang Sari
 judul penelitian : Determinan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RS Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta
 asal instansi : Universitas Indonesia

Maka kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat menyetujui permohonan kegiatan penelitian tersebut. Kegiatan penelitian tersebut dapat dimulai segera setelah surat izin ini diterima oleh peneliti yang bersangkutan. Untuk informasi lebih lanjut dapat menghubungi sdr. Yenni Syafitri di Nomor HP 0878-3989-4930 pada Komite Etik Penelitian Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Direktur Utama RSPON Prof. Dr. dr. Mahar
 Mardjono Jakarta,



dr. ADIN NULKHASANAH, Sp.S., MARS

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://whs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://te.kominfo.go.id/verifyPDE>.



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

Lampiran 3 Informasi Penting Untuk Calon Responden Penelitian

**INFORMASI PENTING
UNTUK CALON RESPONDEN PENELITIAN**

Peneliti : Dewi Gemilang Sari
Alamat : Jl. Tipar Cakung No. 11 Rt. 002/ 02 Sukapura Jakarta Utara 14140
Institusi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Peminatan Promosi Kesehatan,
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
No. Hp : 085715507599

Peneliti bermaksud meminta kesediaan Bapak/Ibu untuk berpartisipasi secara sukarela tanpa paksaan dari pihak manapun untuk ikut terlibat dalam penelitian:

Judul Penelitian

Determinan Perilaku Pencegahan Stroke Berulang di RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta.

Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian yaitu menganalisis determinan perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta.

Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian sebagai berikut:

- 1) Mengetahui gambaran perilaku pencegahan stroke berulang pada pasien stroke di RSPON
- 2) Mengetahui gambaran faktor sosiodemografi, pengetahuan, keyakinan, sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, niat, ketersediaan media edukasi, dan perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON.
- 3) Mengetahui hubungan antara faktor sosiodemografi, pengetahuan, keyakinan, sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, niat, dan ketersediaan media edukasi terhadap perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON.
- 4) Mengetahui variabel yang paling dominan terhadap perilaku pencegahan stroke berulang di RSPON.

Metode dan prosedur yang diterapkan

Responden pada penelitian ini diminta untuk mengisi kuesioner secara langsung melalui *Google Form*. Kuesioner tersebut berisi nama, alamat, nomor *handphone*, usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pekerjaan, status pernikahan, riwayat penyakit, pertanyaan pengetahuan tentang stroke berulang, keyakinan terhadap perilaku pencegahan

stroke berulang, niat untuk melakukan perilaku pencegahan stroke berulang, norma subjektif terhadap perilaku pencegahan stroke berulang, sikap terhadap perilaku pencegahan stroke berulang, kontrol perilaku pencegahan stroke berulang, ketersediaan media edukasi stroke, dan perilaku pencegahan stroke berulang.

Syarat responden

Responden yang mengikuti penelitian ini merupakan pasien stroke yang memenuhi persyaratan:

- 1) Pasien stroke serangan pertama dan tidak pernah mengalami stroke berulang.
- 2) Pasien stroke dari ruang IGD dan rawat inap dengan skor NIHSS ringan (< 5).
- 3) Pasien stroke dari ruang rawat jalan yang sedang kontrol ke poli rawat jalan.
- 4) Pasien stroke yang bersedia menjadi responden.

Kerahasiaan

Informasi terkait data pribadi responden (seperti nama, alamat, nomor *handphone*, dan riwayat penyakit) tidak akan ditampilkan sama sekali dalam hasil penelitian maupun publikasi. Sedangkan data induk hasil pengisian kuesioner hanya dapat diakses oleh peneliti dengan menggunakan laptop pribadi peneliti dan diberi *password* pada file tersebut.

Bahaya potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan responden sebagai subjek dalam penelitian ini, oleh karena dalam penelitian ini tidak dilakukan intervensi apapun melainkan hanya survei.

Hak undur diri

Keikutsertaan sebagai responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan.

Insentif untuk responden yang terpilih

Bagi seluruh responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini akan mendapatkan souvenir.

*Bila terdapat hal-hal yang membutuhkan penjelasan lebih lanjut, anda dapat menghubungi peneliti melalui kontak dibawah ini.

*Bila peneliti membutuhkan penjelasan lebih lanjut, peneliti dapat menghubungi responden melalui nomor *handphone* responden.

Lampiran 4 *Informed Consent*

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN UNTUK IKUT SERTA DALAM
PENELITIAN (*INFORMED CONSENT*)**

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama lengkap :
Usia :
Alamat :
Nomor *Handphone* :

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa,

Setelah memperoleh penjelasan sepenuhnya, menyadari, memahami dan mengerti tentang tujuan, manfaat dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikutsertaannya, maka saya (**setuju/tidak setuju***) ikut serta dalam penelitian yang berjudul:

**DETERMINAN PERILAKU PENCEGAHAN STROKE BERULANG
DI RS PUSAT OTAK NASIONAL Prof. Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA**

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan tanpa ada paksaan.

Peneliti

(Dewi Gemilang Sari)

Jakarta,, 2024

Yang menyatakan

(.....)

***lingkari salah satu**

Lampiran 5 Kuesioner

KUESIONER

**DETERMINAN PERILAKU PENCEGAHAN STROKE BERULANG
DI RS PUSAT OTAK NASIONAL Prof. Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA**

A. Sosiodemografi Responden

A1	Status Responden	1. Pasien
		2. Anggota keluarga lainnya, Sebutkan....
A2	Nama Responden (Inisial)	_____ (tiga huruf)
A3	Usia Responden	_____ tahun
A4	Jenis Kelamin Responden	1. Perempuan
		2. Laki-laki
A5	Pendidikan Terakhir	1. Tidak pernah sekolah
		2. Tidak lulus SD
		3. SD
		4. SMP
		5. SMA/SMK
		6. Diploma 1/2/3/4 (lingkari angkanya)
		7. Perguruan Tinggi S1/S2/S3 (lingkari stratanya)
A6	Status Pekerjaan	1.1 Karyawan swasta
		1.2 TNI/ POLRI/ Pegawai Negeri
		1.3 Wiraswasta
		1.4 Pensiunan
		1.5 Ibu Rumah Tangga
		1.6 Pelajar/Mahasiswa
		1.7 Tidak Memiliki Pekerjaan
		1.8 Lainnya, sebutkan....
A7	Status Pernikahan	1. Menikah
		2. Belum Menikah/ Janda/ Duda

B. Gambaran Kondisi Pasien

B1	Berat badan	_____ Kg
B2	Tinggi badan	_____ cm
B3	Tekanan darah seminggu/sebulan terakhir	_____ mmHg
B4	Gula darah seminggu/sebulan terakhir	_____ mg/dL
B5	Kolesterol darah seminggu/sebulan terakhir	_____ mg/dL
B6	Kapan kontrol terakhir	
B7	Sejak kapan di diagnosis stroke (serangan stroke pertama)	
B8	Sekarang serangan stroke seberapa	

C. Pengetahuan tentang Pencegahan Stroke Berulang

B = Benar

S = Salah

No	Pernyataan	B	S
C1	Stroke berulang adalah kekambuhan dari stroke sebelumnya		
C2	Seseorang dengan riwayat stroke memiliki kemungkinan mengalami stroke berulang		
C3	Ada dua jenis stroke yaitu stroke iskemik (sumbatan) dan stroke hemoragik (perdarahan)		
C4	Gejala Stroke antara lain wajah mencong sebelah, lengan lemah sebelah, dan bicara pelo		
C5.1	Cara mencegah stroke/stroke berulang dengan rutin kontrol ke rumah sakit/puskesmas setiap bulan		
C5.2	Cara mencegah stroke/stroke berulang dengan rutin minum obat stroke yang diberikan dokter		
C5.3	Cara mencegah stroke/stroke berulang dengan berolahraga secara teratur, seperti jalan cepat, berenang, atau bekerja di halaman rumah		
C5.4	Cara mencegah stroke/stroke berulang dengan makan makanan sehat (seperti sayur, buah, dan susu rendah lemak)		
C5.5	Cara mencegah stroke/stroke berulang dengan tidur teratur antara 6 sampai 8 jam setiap malam		
C5.6	Cara mencegah stroke/stroke berulang dengan mengatasi stress dengan baik (seperti berpikir positif, mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, bercerita kepada keluarga, selalu mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa, dan mensyukuri hidup)		
C6.1	Penyebab stroke/stroke berulang adalah penyakit tekanan darah tinggi (hipertensi)		
C6.2	Penyebab stroke/stroke berulang adalah penyakit gula darah tinggi (diabetes melitus)		
C6.3	Penyebab stroke/stroke berulang adalah kolesterol tinggi		
C6.4	Penyebab stroke/stroke berulang adalah kegemukan (obesitas)		
C6.5	Penyebab stroke/stroke berulang adalah gangguan pada jantung seperti gangguan Atrium Fibrilasi (AFib)/Fibrilasi Atrium		
C6.6	Penyebab stroke/stroke berulang adalah merokok		
C6.7	Penyebab stroke/stroke berulang adalah minum minuman beralkohol		
C6.8	Penyebab stroke/stroke berulang adalah makanan asin, manis, berlemak, dan tinggi kolesterol		
C7	Stroke berulang menyebabkan cacat yang lebih parah bahkan kematian		
C8	Fisioterapi dapat membantu proses pemulihan setelah stroke		
C9	Stroke berulang dapat dicegah		

D. Keyakinan, Sikap, Norma Subjektif, Kontrol Perilaku, Ketersediaan Media Edukasi, dan Niat

SS = Sangat Setuju **SY = Sangat Yakin** **SM = Sangat Mendukung**
S = Setuju **Y = Yakin** **M = Mendukung**
TS = Tidak Setuju **TY = Tidak Yakin** **TM = Tidak Mendukung**
STS = Sangat Tidak Setuju **STY = Sangat Tidak Yakin** **STM = Sangat Tidak Mendukung**

No	Pernyataan	SY	Y	TY	STY
Keyakinan					
D1.1	Saya yakin pencegahan stroke berulang dapat mengurangi kemungkinan mengalami kematian dan kecacatan yang lebih parah				
D1.2	Saya yakin pencegahan stroke berulang akan memberikan manfaat untuk saya seperti mengurangi biaya berobat				
D1.3	Saya yakin perintah dokter untuk mencegah stroke berulang				
D1.4	Saya yakin keluarga mendukung saya untuk melakukan pencegahan stroke berulang				
D1.5	Saya yakin bisa makan makanan sehat setiap hari untuk mencegah stroke berulang				
D1.6	Saya yakin bisa melakukan kontrol rutin setiap bulan karena saya memiliki waktu untuk kontrol agar tidak terkena stroke berulang				
No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
Sikap					
D2.1	Saya harus minum obat yang diberikan dokter secara rutin agar tidak terkena stroke berulang				
D2.2	Saya perlu berolahraga secara teratur, seperti jalan cepat, berenang, atau bekerja di halaman rumah				
D2.3	Rutin makan makanan sehat (seperti sayur, buah, dan susu rendah lemak) dapat mencegah stroke berulang				
D2.4	Saya harus mengurangi makanan asin, manis, tinggi lemak, tinggi kolesterol, dan makanan siap saji agar tidak terkena stroke berulang				
D2.5	Saya perlu tidur 6 sampai 8 jam setiap malam hari agar tidak terkena stroke berulang				
D2.6	Saya harus mengatasi stress dengan baik (seperti berpikir positif, mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, bercerita kepada keluarga, selalu mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa, dan mensyukuri hidup) agar tidak terkena stroke berulang				

No	Pernyataan	SM	M	TM	STM
Norma Subjektif					
D3.1	Keluarga saya menyiapkan makan makanan sehat setiap hari sehingga saya merasa harus memakannya				
D3.2	Dokter dan perawat meminta saya kontrol rutin sehingga saya merasa harus kontrol rutin				
D3.3	Tetangga saya sering memberikan motivasi agar saya sembuh sehingga saya merasa harus sembuh dan tidak terjadi stroke berulang				
No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
Kontrol Perilaku					
D4.1	Rutin minum obat yang diberikan dokter pasti bisa saya lakukan				
D4.2	Berolahraga secara teratur, seperti jalan cepat, berenang, atau bekerja di halaman rumah pasti bisa jika saya memiliki kemauan kuat				
D4.3	Makan makanan sehat (seperti sayur, buah, dan susu rendah lemak) adalah hal mudah untuk saya				
D4.4	Mengurangi makanan yang asin, manis, tinggi lemak, tinggi kolesterol, dan makanan siap saji mudah untuk saya lakukan				
D4.5	Tidur teratur antara 6 sampai 8 jam setiap malam pasti bisa saya lakukan				
D4.6	Mengatasi stress dengan baik (seperti berpikir positif, mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, bercerita kepada keluarga, selalu mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa, dan mensyukuri hidup) adalah hal mudah bagi saya				
Ketersediaan Media Edukasi					
D6.1	Media edukasi stroke seperti leaflet, poster, video atau lainnya sangat membantu saya memahami apa itu stroke				
D6.2	Melalui media edukasi stroke ini, saya dapat mengetahui bagaimana mencegah stroke berulang				
D6.3	Melalui media edukasi stroke ini, saya tidak mengalami stroke berulang				
D6.4	Media edukasi yang sudah ada sekarang sudah cukup untuk meningkatkan perilaku pencegahan stroke berulang				
D6.5	Menurut saya media edukasi video tentang stroke paling mudah dipahami				
D6.6	Video edukasi stroke di TV RSPON membantu memberikan pengetahuan tentang stroke agar pasien stroke agar tidak terjadi stroke berulang				
D6.7	Kegiatan penyuluhan kesehatan tentang stroke yang dilakukan di RSPON sangat membantu pasien dan keluarga dalam memahami stroke agar tidak terjadi stroke berulang				
D6.8	Edukasi stroke oleh tenaga medis memberikan saya motivasi untuk berperilaku sehat agar tidak terjadi stroke berulang				
D6.9	Kegiatan edukasi pada klub stroke RSPON memberikan saya motivasi untuk berperilaku sehat agar tidak terjadi stroke berulang				

SI = Sangat Ingin
I = Ingin
TI = Tidak Ingin
STI = Sangat Tidak Ingin

No	Pernyataan	SI	I	TI	STI
Niat					
D5.1	Apakah saya ingin berolahraga secara teratur, seperti jalan cepat, berenang, atau bekerja di halaman rumah?				
D5.2	Apakah saya ingin makan makanan sehat (seperti sayur, buah, dan susu rendah lemak) tiga kali sehari dalam sebulan ke depan?				
D5.3	Apakah saya ingin mengurangi makanan yang asin, manis, tinggi lemak, tinggi kolesterol, dan makanan siap saji dalam sebulan ke depan?				
D5.4	Apakah saya ingin tidur teratur antara 6 sampai 8 jam setiap malam dalam sebulan ke depan?				
D5.5	Apakah saya ingin mengatasi stress dengan baik (seperti berpikir positif, mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, bercerita kepada keluarga, selalu mendekati diri pada Tuhan Yang Maha Esa, dan mensyukuri hidup) dalam sebulan ke depan?				

E. Perilaku Pencegahan Stroke Berulang

No	Pernyataan	Ya	Tidak
E1	Saya kontrol rutin ke rumah sakit/puskesmas		
E2	Saya rutin minum obat yang diberikan dokter setiap hari		
E3	Saya berolahraga secara teratur, seperti jalan cepat, berenang, atau bekerja di halaman rumah		
E4	Saya makan makanan sehat (seperti sayur, buah, dan susu rendah lemak) tiga kali sehari		
E5	Saya mengurangi makanan yang asin, manis, tinggi lemak, tinggi kolesterol, dan makanan siap saji setiap hari		
E6	Saya tidur teratur antara 6 sampai 8 jam setiap malam		
E7	Saya mengatasi stress dengan baik (seperti berpikir positif, mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, bercerita kepada keluarga, selalu mendekati diri pada Tuhan Yang Maha Esa, dan mensyukuri hidup) setiap saat		

Lampiran 6 Dokumentasi Pengambilan Data



