

DISERTASI
MODEL *HEALTH LITERACY* PENCEGAHAN STROKE BERBASIS
***FAMILY ADAPTIVE BEHAVIOR* PADA SUKU DAYAK PROVINSI**
KALIMANTAN TIMUR

HEALTH LITERACY MODEL OF STROKE PREVENTION BASED
ON FAMILY ADAPTIVE BEHAVIOR IN THE DAYAK TRIBE, EAST
KALIMANTAN PROVINCE

PARELLANGI



PROGRAM STUDI DOKTORAL
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR

2023

**MODEL *HEALTH LITERACY* PENCEGAHAN STROKE BERBASIS
FAMILY ADAPTIF BEHAVIOR (FAB) PADA SUKU DAYAK
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR**

Disertasi

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Doktorat

Program Studi
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**PARELLANGI
K013201008**

Kepada

**PROGRAM STUDI DOKTORAL
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

DISERTASI

**MODEL HEALTH LITERACY PENCEGAHAN STROKE BERBASIS
FAMILY ADAPTIF BEHAVIOR PADA SUKU DAYAK PROVINSI
KALIMANTAN TIMUR**


Disusun dan diajukan oleh


PARELLANGI
Nomor Pokok K013201008

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 22 November 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasehat,


Prof. Dr. dr. H. Muh. Syafar, MS
Promotor


Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D
Ko-Promotor


Dr. Agus Bintara Birawida, S.Kel, M.Kes
Ko-Promotor

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,


Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D

Ketua Program Studi Doktor (S3)
Ilmu Kesehatan Masyarakat


Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, M.Med.Ed

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Parellangi

NIM : K013201008

Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan disertasi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan disertasi.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, November 2023



Yang Menyatakan,

Parellangi

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kasih, atas Berkah, dan RahmatNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan naskah disertasi dengan judul **“Model Health Literacy Pencegahan Stroke Berbasis Family Adaptif Behavior Pada Suku Dayak Provinsi Kalimantan Timur”**. Naskah Disertasi ini di susun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Doktor pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis menyadari bahwa naskah Disertasi ini dapat diselesaikan berkat dukungan dan berbagai pihak, oleh karena itu penulis menyampaikan terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan setinggi-tingginya kepada Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS, selaku Promotor yang penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan motivasi, bimbingan dan saran dalam penyusunan naskah Disertasi ini, selanjutnya kepada Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes.,M.Sc.PH.,Ph.D, selaku Ko-Promotor 1, dan kepada Dr. Agus Bintara Birawida. S.Kel. M.Kes, selaku Ko-Promotor 2, atas bimbingan, masukan dan motivasi yang diberikan selama penyusunan naskah Disertasi ini. Ucapan terimah kasih juga disampaikan kepada:

1. Prof Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc., selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Doktorat Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes.,M.Sc.PH.,Ph.D., Selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Dr. Wahiduddin. SKM., M.Kes., selaku Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kemahasiswaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Dr. Atjo Wahyu, SKM., M.Kes., Selaku Wakil Dekan Bidang Perencanaan, Sumber Daya dan Alumni Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
5. Prof. Anwar Mallongi, SKM., M.Sc.,Ph.D, selaku Wakil Dekan Bidang Kemitraan, Riset dan Inovasi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
6. Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes, M.Med.Ed., Selaku Ketua Program Studi Doktorat (S3) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar

7. Para Dosen Penguji seminar hasil disertasi atas segala saran, masukan dan kritikan yang diberikan untuk perbaikan masukan disertasi ini.
8. Semua Dosen dan tenaga kependidikan pada Program S3 (Doktoral) Kesehatan masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
9. Orang Tua, Mertua, Istri, anak-anak dan keluarga tercinta atas dukungan dan motivasi yang diberikan sekama mengikuti pendidikan pada Program S3 Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
10. Direktur dan civitas akademika Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.
11. Direktur dan civitas akademika Poltekkes Kemenkes Banjarmasin.
12. Teman-teman mahasiswa Program S3 Kesehatan Masyarakat baik kelas Reguler maupun kelas kerjasama Kaltim Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
13. Kepada semua pihak yang telah memberikan dorongan dan masukan yang tidak dapat disebutkan satu persatu demi penyempurnaan disertasi ini.

Makassar, 18 Oktober 2023

Penulis

ABSTRAK

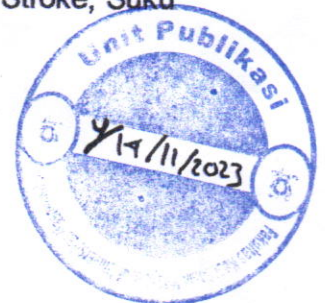
PARELLANGI. Model *Health Literacy* Pencegahan Stroke Berbasis *Family Adaptive Behavior* Pada Suku Dayak Provinsi Kalimantan Timur (Dibimbing oleh **Muhammad Syafar, Sukri Palutturi, dan Agus Bintara Birawida**).

Stroke merupakan penyebab utama kematian serta memberikan dampak kecacatan. Prevalensi stroke tertinggi di Indonesia adalah Provinsi Kalimantan Timur. Penelitian ini bertujuan untuk menemukan model *health literacy* pencegahan stroke pada Suku Dayak di Provinsi Kalimantan Timur.

Sebuah penelitian dengan *mixed methods* yang terdiri dari dua tahap yaitu tahap pertama menemukan model dengan menggabungkan penelitian kualitatif dan kuantitatif, diawali dengan wawancara dan *Focus Group Discussion* (FGD) pada 14 responden dilanjutkan penelitian kuantitatif rancangan *cross sectional* pada 128 responden, dianalisis dengan menggunakan SEM-PLS. Tahap kedua yaitu menguji efektivitas implementasi model dengan aplikasi *mobile* *parelapps.id* dengan sampel sebesar 100 responden meliputi 50 responden untuk setiap kelompok (intervensi dan kontrol), dianalisis dengan menggunakan uji beda dua mean.

Hasil penelitian menunjukkan pada tahap pertama yaitu terbentuknya model *health literacy* pencegahan stroke berbasis *Family Adaptive Behaviour* dan aplikasi *parelapps.id*. Hasil penelitian pada tahap kedua pada kelompok intervensi dengan menggunakan aplikasi *parelapps.id* menunjukkan perbedaan signifikan pada *health literacy* (p value=0.00), motivasi/niat (p value=0.00), dukungan keluarga (p value=0.02), perilaku hidup sehat (p -value=0.00) dan risiko stroke (p value=0.00) pada hasil pre dan post test, sedangkan pada kelompok kontrol tidak terjadi perbedaan signifikan. Model *health literacy* pencegahan stroke berbasis *Family Adaptive Behavior* pada Suku Dayak di Provinsi Kalimantan Timur efektif untuk menurunkan risiko stroke. Kepada keluarga sebagai support sistem penderita hipertensi lebih meningkatkan literasi kesehatan dan menjalankan perilaku hidup sehat.

Kata Kunci : Literasi Kesehatan, *Family Adaptive Behavior*, Stroke, Suku Dayak



ABSTRACT

PARELLANGI. *Health Literacy Model for Stroke Prevention Based on Family Adaptive Behavior in the Dayak Tribe of East Kalimantan Province* (Supervised by Muh. Syafar, Sukri Palutturi, and Agus Bintara Birawida).

One of the main causes of death and disability worldwide is stroke. The province of East Kalimantan in Indonesia has the highest rate of stroke prevalence. The purpose of this study is to develop a health literacy model for stroke prevention among the Dayak tribe in the province of East Kalimantan.

The first stage of a mixed-methods study involved interviewing and focus group discussions (FGD) with 14 respondents to find a model. The second stage involved quantitative research using a cross-sectional design with 128 respondents, which was analysed using SEM-PLS. Using the mobile application parelapps.id and a sample of 100 respondents, 50 for each group (intervention and control), the second stage involves evaluating the model's implementation's efficacy using differential tests.

In contrast to the control group, which showed no significant differences in the pre- and post-test results, the intervention group's use of the parelapps.id application during the study's second phase revealed significant differences in health literacy (p value = 0.00), motivation/intention (P value = 0.00), family support (P value = 0.02), healthy living behaviour (P value = 0,00), and risk of stroke (P value 0.00). Lowering the risk of stroke is possible with the help of a health literacy model based on family adaptive behaviour in the Dayak Tribe in East Kalimantan Province. to the family as a means of encouraging hypertension patients to have healthier lifestyles and increase their health knowledge.

Keyword : Health Literacy, Family Adaptive Behavior, Stroke, Dayak Tribe



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGANTAR	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA.....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Kegunaan Penelitian	8
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	10
1.6 Kebaruan Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Tinjauan Umum Stroke	11
2.2 Tinjauan Umum Literasi Kesehatan (<i>Health Literacy</i>).....	20
2.3 Tinjauan Pemberdayaan Keluarga (<i>Family Empowerment</i>)	30
2.4 Teori Pemberdayaan Keluarga	35
2.5 Tinjauan Interaksi Keluarga dalam Sehat/Sakit.....	42
2.6 Tinjauan Suku Dayak	48
2.7 Kerangka Teori.....	54
2.8 Kerangka Konsep.....	55
2.9 Hipotesis	57

BAB III METODE PENELITIAN	58
3.1 <i>Setting</i> Penelitian	58
3.2 Penelitian Tahap I	59
3.3 Pengembangan aplikasi Mobile Pencegahan Stroke.....	66
3.4 Penelitian Tahap II	68
3.5 Tempat dan Waktu Penelitian.....	68
3.6 Populasi dan sampel penelitian	69
3.7 Definisi Operasional	71
3.8 Pengumpulan data	73
3.9 Manajemen dan Analisis Data	73
3.10 Kerangka operasional penelitian.....	74
3.11 Etika Penelitian.....	76
3.12 Kontrol Kualitas	76
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	78
4.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	78
4.2 Hasil Penelitian Tahap I Secara Kualitatif	80
4.3 Hasil Penelitian Tahap I Secara Kuantitatif	85
4.4 Aplikasi Mobile parelapps.id	101
4.5 Pembahasan Hasil Penelitian Tahap I.....	114
4.6 Hasil Penelitian Tahap II	122
4.7 Pembahasan Hasil Penelitian Tahap II.....	130
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	157
5.1 Kesimpulan.....	157
5.2 Saran	158
DAFTAR PUSTAKA.....	158
LAMPIRAN.....	176

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Penelitian-penelitian tentang faktor risiko stroke	14
Tabel 2.2. Penelitian-penelitian tentang pencegahan stroke	20
Tabel 2.3: Konten Literasi Kesehatan	22
Tabel 2.4: Tindakan untuk menangani literasi kesehatan	25
Tabel 2.5. Penelitian <i>Health Literacy</i> pencegahan stroke	28
Tabel 2.6 Penelitian aplikasi smartphone untuk mencegah stroke	29
Tabel 2.7. Enam tahap sehat/sakit dan interaksi keluarga	43
Tabel 3.1. Definisi Operasional	71
Tabel 4.1 Matriks Tema Mayor Hasil FGD Penelitian Tahap I	80
Tabel 4.2 Karakteristik Responden Pasien	86
Tabel 4.3 Karakteristik Responden Keluarga	87
Tabel 4.4 Hasil Seleksi Indikator setiap Variabel.	89
Tabel 4.5. Hasil Seleksi Indikator setiap Variabel ke-2	91
Tabel 4.6. Hasil Seleksi Hubungan Antar Variabel.	93
Tabel 4.7. Hasil Seleksi Hubungan Antar Variabel ke-2	94
Tabel 4.8 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.	95
Tabel 4.9 Hasil Uji Kecocokan Model (Model Fit).	96
Tabel 4.10 Hasil Variabilitas dari Setiap Variabel	98
Tabel 4.11 Hasil Pengaruh Variabel Laten Terhadap Indikator	98
Tabel 4.12 Hasil Uji Validitas Kuesioner	100
Tabel 4.13 Hasil Uji Reliabilitas Kuisisioner	101
Tabel 4.14 Karakteristik Responden Pasien	123
Tabel 4.15 Karakteristik Responden Keluarga	124
Tabel 4.16 Frekuensi Hasil Semua Variabel	125
Tabel 4.17 Hasil Uji Normalitas Data	126
Tabel 4.18 Hasil Uji Perbedaan pada Kelompok Intervensi	126
Tabel 4.19 Hasil Uji Perbedaan pada Kelompok Intervensi	127
Tabel 4.20 Uji Lanjutan pada Data pada Kelompok Intervensi	128
Tabel 4.21 Uji Lanjutan pada Data pada Kelompok Intervensi	128
Tabel 4.22 Hasil Uji Perbedaan <i>Health Literacy</i> pada Kelompok Kontrol	129
Tabel 4.23 Hasil Uji Perbedaan Data pada Kelompok Kontrol	129

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Skema Fatofisiologi Stroke.....	16
Gambar 2.2. Koordinasi Literasi Kesehatan.....	23
Gambar 2.3. Skema masalah perilaku adaptasi pencegahan stroke.....	36
Gambar 2.4. <i>Transtheoretical Model</i>	39
Gambar 2.5. <i>Health Belief Model Theory</i>	40
Gambar 2.6. <i>Theory of Planned Behavior</i>	41
Gambar 2.7. Kerangka Teori.....	54
Gambar 2.8. Kerangka Konsep Penelitian Upaya Pencegahan Stroke.....	55
Gambar 2.9. Pengembangan Indikator setiap variabel.....	56
Gambar 3.1. Bagan rancangan penelitian.....	59
Gambar 3.2. Alur Penelitian Tahap I.....	65
Gambar 3.3. Alur Pengembangan Aplikasi.....	67
Gambar 3.4. Alur Penelitian Tahap ke II.....	68
Gambar 3.5. Skema Penelitian Tahap II.....	75
Gambar 4.1. Peta Lokasi Penelitian.....	78
Gambar 4.2. Puskesmas Sekolaq Darat.....	79
Gambar 4.3. Puskesmas Barong Tongkok.....	79
Gambar 4.4. Model Awal SEM-PLS.....	88
Gambar 4.5. Hasil Seleksi Indikator Outer Model SEM-PLS ke-1.....	90
Gambar 4.6. Hasil Seleksi Indikator Outer Model SEM-PLS ke-2.....	92
Gambar 4.7. Hasil Awal Inner Model SEM-PLS.....	94
Gambar 4.8. Model Akhir SEM-PLS.....	97
Gambar 4.9. Tampilan Awal Aplikasi.....	101
Gambar 4.10. Dashboard Admin Aplikasi.....	102
Gambar 4.11. Pengambilan File Rekap Hasil.....	102
Gambar 4.12. Rekap Hasil.....	103
Gambar 4.13. Cara Export Rekap Hasil.....	103
Gambar 4.14. Tampilan Pendaftaran Aplikasi.....	104
Gambar 4.15. Tampilan Login Aplikasi.....	105
Gambar 4.16. Tampilan Interface Aplikasi.....	106
Gambar 4.17. Langkah Pengisian Kuisisioner.....	107
Gambar 4.18. Hasil Kuisisioner.....	108
Gambar 4.19 Tips Pencegahan Risiko Ringan.....	114

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Izin Penelitian Tujuan Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Barat
- Lampiran 2. Surat Izin Penelitian Tujuan Instansi Puskesmas Barong Tongkok
- Lampiran 3. Surat Persetujuan Penelitian Puskesmas Barong Tongkok
- Lampiran 4. Surat Izin Etik Penelitian
- Lampiran 5. Petunjuk Pengisian dan Kuisisioner Penelitian
- Lampiran 6. Kuesioner *Health Literacy* Pencegahan Stroke
- Lampiran 7. Instrumen Penelitian
- Lampiran 8. Stroke Risk Score
- Lampiran 9. Kuesioner Mekanisme Koping Keluarga
- Lampiran 10. Kuesioner Self Efficacy
- Lampiran 11. Kuesioner Mekanisme Dukungan Keluarga
- Lampiran 12. Panduan Focus Group Discussion (FGD)
- Lampiran 13. Hasil Uji Statistik SEM-PLS
- Lampiran 14. Hasil Uji Statistik SPSS
- Lampiran 15. Dokumentasi Kegiatan
- Lampiran 16. Publikasi Artikel Penelitian 1
- Lampiran 17. Publikasi Artikel Penelitian 2

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit terbanyak dan penyebab utama kematian dan juga memberikan dampak kecacatan dengan angka kejadian yang semakin meningkat setiap tahunnya di dunia termasuk Indonesia. Stroke yang menyebabkan kematian diperlukan tindakan pencegahan atau deteksi dini risiko stroke kepada masyarakat, dan penanganan awal dalam kondisi akut atau serangan stroke, serta juga kecacatan akibat komplikasi medis atau gejala sisa pascastroke, disamping juga memerlukan waktu jangka panjang untuk pemulihan, hingga dimasa yang akan datang membutuhkan biaya yang sangat mahal terkait rangkaian perawatan, pengobatan dan terapi rehabilitasi yang dijalani oleh pasien penyakit stroke. Sehingga menimbulkan beban ekonomi bagi pasien maupun keluarga pasien dan juga menjadi beban bagi Negara (Dharma et al., 2018; Mei et al., 2020; Veras et al., 2020).

Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah sebesar 7 per mil dan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala adalah sebesar 12,1 per mil pada populasi 15 tahun keatas. Angka ini belum dilihat berdasarkan variabel lain seperti tipe daerah. Jika dilihat penyebarannya berdasarkan tipe daerah, prevalensi stroke di daerah perkotaan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah sebesar 8,2 per mil dan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala adalah sebesar 12,7 per mil. Prevalensi stroke di daerah rural berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah sebesar 5,7 per mil dan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala adalah sebesar 11,4 per mil (Marlina et al., 2020).

Data (Riskesdas, 2018), menyatakan bahwa prevalensi stroke (permil) berdasarkan diagnose dokter provinsi dengan penderita stroke tertinggi ada pada Provinsi Kalimantan Timur merupakan 14,7 per mil. Beban akibat penyakit stroke (*burden of disease*) semakin meningkat akibat angka kekambuhan yang tinggi. Menurut *American National Stroke Association* dalam Dharma, et al (2018) menunjukkan bahwa jumlah serangan stroke berulang satu bulan paska serangan stroke pertama berkisar antara 3-10%, setelah satu tahun meningkat menjadi 5-14%, dan setelah 5 tahun menjadi 25-40%. Sementara di Indonesia, serangan stroke berulang setelah satu tahun terjadi pada 19,9 % pasien setelah serangan

stroke pertama, setelah lima tahun meningkat menjadi 24% pada perempuan dan 42% pada laki-laki untuk semua kelompok usia.

Beban utama akibat stroke disebabkan oleh gejala sisa berupa disabilitas fisik akibat gangguan sistem syaraf yang berlangsung dalam waktu lama. Dobkin (2005) membuktikan bahwa 35% pasien paska stroke dengan paralisis tidak mendapatkan fungsi normalnya kembali, 20-25% pasien tidak dapat berjalan tanpa bantuan fisik enam bulan setelah serangan stroke dan sekitar 65% pasien tidak dapat menggunakan tangan yang lemah untuk beraktivitas. Pasien yang selamat dari serangan stroke hampir semua mengalami keterbatasan fisik pada 3 bulan pertama setelah serangan. Pengukuran kemampuan fungsional tidak menunjukkan perkembangan yang signifikan pada 3-4 bulan setelah stroke dan hanya 25% pasien kembali normal (Dobkin, 2005).

Beban stroke semakin berat jika pasien mengalami masalah psikologis seperti depresi. Kong *et al* (2006) membuktikan bahwa 24% pasien stroke mengalami depresi yang dapat menurunkan kualitas hidup terutama pada domain keterbatasan peran, kesehatan general, fungsi sosial dan status mental. Disabilitas fisik dan depresi menyebabkan penurunan produktifitas dan kualitas hidup paska stroke. (Patel, M.D., Tilling, K., Lawrence, 2006) membuktikan bahwa ketidakmampuan merawat diri dan keterbatasan aktivitas menyebabkan penurunan kualitas hidup yang signifikan. Kualitas hidup pasien yang diukur dengan alat ukur *short form* 36 (rentang skor 0-100) setelah satu tahun serangan stroke menunjukkan rerata sebesar 37,1 dan setelah tiga tahun hanya sebesar 37,9 (Patel, M.D., Tilling, K., Lawrence, 2006). Penurunan kualitas hidup berhubungan signifikan dengan depresi dan disabilitas fisik (Artal, J.C., *et al*, 2000).

Peningkatan jumlah pasien stroke, penurunan kualitas hidup dan perawatan dalam jangka waktu lama menyebabkan beban ekonomi yang signifikan dalam sistem pelayanan kesehatan. Biaya untuk perawatan dan pengobatan stroke mencakup biaya langsung dan tidak langsung. Biaya langsung meliputi semua biaya untuk perawatan di rumah sakit, biaya dokter dan tenaga kesehatan lainnya, biaya perawatan di rumah, obat-obatan dan alat medik untuk menunjang aktivitas. Biaya tidak langsung meliputi hilangnya produktivitas akibat morbiditas dan mortalitas (Demaerschalk, B.M., *et al*, 2010). Serangan stroke yang dialami pasien juga meningkatkan beban keluarga seperti beban tenaga dan waktu untuk merawat pasien, beban finansial dan kehilangan aktifitas rutin di luar rumah. Hasil

penelitian di Amerika Serikat menunjukkan total biaya langsung dan tidak langsung akibat stroke selama tahun 2008 diperkirakan sebesar 65,5 miliar dollar US. Biaya langsung berkontribusi sebesar 67% dari total biaya, sedangkan sisanya 33% berasal dari biaya tidak langsung (Demaerschalk, B.M., et al, 2010).

Pembiayaan kesehatan yang disiapkan pemerintah melalui asuransi kesehatan BPJS tidak akan mencukupi jika penyakit tidak menular dan degeneratif seperti penyakit stroke ini tidak dikendalikan dan dicegah. Jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) meningkat namun BPJS kesehatan tetap defisit dalam membiayai pengobatan masyarakat. Direktur Keuangan dan Investasi BPJS Kesehatan mengatakan, terpenuhinya target kepesertaan hingga akhir tahun 2018 tidak dapat menutupi defisit yang tahun 2017 yang mencapai Rp 9,75 triliun (Fauzia, 2018).

Suku Dayak merupakan suku yang mendiami sebagian besar dari Kabupaten Kutai Barat Provinsi Kalimantan Timur yang terdiri dari 19 Kecamatan, dengan histori hidup secara berkoloni dengan menempati rumah panjang (lamin) yang terdiri dari beberapa keluarga dengan tipe keluarga *extended family* (keluarga besar), yang mana pengambilan keputusan diatur oleh ketua adat . dalam hal mengatasi permasalahan kesehatan. Data Penyakit Tidak Menular (PTM) di Kabupaten Kutai barat tercatat penderita hipertensi menempati urutan pertama sebanyak 5.121 kasus, selanjutnya sedangkan kasus Diabetes mealitus (DM) tercatat 2.136 kasus (Data Penyakit Tidak Menular Kutai Barat, 2021) Kasus PTM tersebut memicu terjadinya stroke, jika tidak dilakukan tindakan pencegahan. Sedangkan hasil studi pendahuluan yang peneliti lakukan di wilayah kerja Puskesmas Sekolaq Darat Kabupaten Kutai Barat. Jumlah penderita hipertensi pada tahun 2020 sebanyak 243 kasus dan pada tahun 2021 meningkat jumlah penderita hipertensi tercatat 451 kasus (Data Penyakit Tidak Menular, 2021).

Berdasarkan data penyakit tidak menular tahun 2021 di Kabupaten Kutai barat, Provinsi Kalimantan Timur, dimana kasus pemicu terjadinya stroke yaitu kasus hipertensi sangat meningkat ditambah dengan kurangnya pemahaman dan kesadaran masyarakat tentang pencegahan stroke akibat penyakit hipertensi. Dari hasil wawancara awal terhadap 3 orang penderita hipertensi stage 1, 2 orang penderita hipertensi stage 2, dan 2 orang terkena stroke, yang berusia 40-60 tahun baik laki-laki maupun perempuan pada bulan Januari tahun 2022, didapatkan informasi bahwa sebagian besar penderita makanan utamanya di samping beras adalah ubi kayu (singkong) yang disertai sayur mayur yang dapat dari hasil

meramu seperti daun singkong, daun jereng, daun cuka, daun rumidang. Bila ada hewan buruan/peliharaan maka menu makanan mereka untuk beberapa hari akan selalu menggunakan daging tersebut. Hal ini disebabkan ada cara atau teknik tertentu agar daging yang didapat melalui buruan/peliharaan ini dapat tahan lama, yaitu dengan memasukkan pada bambu dan kemudian diberi air dan garam serta daun sansang, setelah itu direbus, jenis makanan ini dapat tahan selama berminggu-minggu bahkan berbulan-bulan. Perilaku pola kebiasaan makan pada suku Dayak adalah kebiasaan makan-makanan yang asin, diawetkan dan berlemak. Beberapa perilaku makan makanan yang berisiko adalah sering makan makanan asin, sering makan makanan manis dan sering makan makanan berlemak seperti daging babi yang dibuat dalam bentuk dendeng babi (Budianto, 2014).

Puskesmas Sekolaq Darat yang merupakan salah satu wilayah kerja dari dinas kesehatan Kabupaten Kutai Barat telah melakukan beberapa program untuk menangani faktor risiko stroke melalui pos binaan terpadu (posbindu) meliputi pengukuran tekanan darah, skrining awal penyakit tidak menular untuk usia produktif, pemberian edukasi tentang penyakit tidak menular termasuk hipertensi, diabetes mellitus dengan metode ceramah dan leaflet serta pemberian rujukan ke Puskesmas untuk mendapatkan pengobatan. Namun kegiatan ini belum memaksimalkan timbulnya kesadaran masyarakat untuk seperti apa yang diharapkan dalam kegiatan tersebut, karena banyaknya masyarakat yang tidak mengontrol tekanan darahnya baik ke Posbindu maupun ke Puskesmas, terutama masyarakat yang sudah didiagnosa hipertensi tetapi tidak merasakan adanya gejala hipertensi dan menganggap dirinya masih dalam keadaan sehat, sehingga merasa tidak perlu untuk memeriksakan diri (Puskesmas Sekolaq Darat, 2022).

Berdasarkan permasalahan di atas perlu dilakukan pendekatan yang berbeda untuk meningkatkan kesadaran hidup sehat pada masyarakat yang berisiko terjadinya stroke, yaitu pendekatan keluarga. Menurut Kurniati et al (2020), Perlu ada dukungan yang sangat tepat sebagai sumber dukungan utama yaitu keluarga. Keluarga berperan sebagai fasilitator dalam pencegahan risiko stroke pada anggota keluarga, memastikan obat anti hipertensi diminum secara teratur dan memberikan dukungan emosional. (Kurniawati et al., 2020; López-Espuela et al., 2018). Keluarga perlu diberdayakan seoptimal mungkin dalam mencegah dan membimbing anggota keluarga untuk beradaptasi pada kondisi kesehatannya, sehingga tercapai kualitas hidup yang optimal. Dalam rangka

memberdayakan keluarga, maka pengetahuan keluarga tentang penyakit stroke dan keterampilan dalam membantu pasien beradaptasi harus ditingkatkan. Intervensi model adaptasi berbasis pemberdayaan keluarga merupakan suatu strategi untuk meningkatkan kemampuan adaptasi dan kualitas hidup pasien paska stroke melalui upaya pemberdayaan keluarga (Scheffler & Mash, 2020).

Salah satu bentuk atau metode yang diharapkan dapat digunakan adalah dengan pendekatan *Health Literacy*, yang mana metode ini dalam pemberian pendidikan kesehatan bertujuan bukan hanya untuk mengubah perilaku gaya hidup tetapi juga untuk mencapai kesadaran akan pentingnya pengaruh kesehatan dalam kehidupan yang berkualitas, memotivasi individu dan keluarga untuk bertindak dalam mengatasi masalah kesehatannya. *Health Literacy* pada setiap individu dan keluarga penting untuk diketahui karena berhubungan dengan kemampuan untuk memperoleh informasi kesehatan, meningkatkan pengetahuan kesehatan serta membantu individu dan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat tentang kesehatan mereka dalam upaya meningkatkan dan mempertahankan kesehatan (Jones, C.A. et al, 2011). Menurut (Sorensen, et al, 2012) proses *Health Literacy* akan menghasilkan pengetahuan dan keterampilan yang memungkinkan seseorang untuk memiliki 3 domain dari kontinum kesehatan; menjadi sakit atau sebagai pasien, sebagai orang yang berisiko mengalami sesuatu penyakit, atau sebagai individu yang mampu mempromosikan kesehatan dimasyarakat. Melalui langkah-langkah dari *Health Literacy* yang terdapat di masing-masing tiga domain (mencari informasi, memahami dan mempraktikkan), diharapkan akan melengkapi individu untuk mandiri mengelola kesehatannya.

Rendahnya *Health Literacy* membuat pasien kesulitan dalam mengingat dan memahami sebagian besar informasi yang diberikan selama melakukan konsultasi kesehatan (Wallace, 2010; Willens, et al, 2012). *Health Literacy* yang rendah juga dikaitkan dengan pengendalian penyakit kronis yang lebih buruk (Willens et al; 2013). Dibutuhkan strategi yang tepat untuk meningkatkan *Health Literacy* pasien agar terjalin komunikasi yang lebih efisien antara petugas dengan pasien (Tang, Y.H. Pang, et al, 2008). Beberapa pakar *health literacy* merekomendasikan untuk mengabungkan berbagai strategi yang efektif dan layak guna memajukan komunikasi dan pemahaman pasien selama interaksi. Strategi yang biasa digunakan seperti menggunakan bahasa sederhana, penggunaan media bergambar, aplikasi mobile (*smartphone*) dalam pendidikan kesehatan atau menerapkan model teori kesehatan untuk mempromosikan perilaku kesehatan

kepada pasien hipertensi dan stroke (Javadzade, et al, 2018). Penggunaan teknologi informasi (*smartphone*) telah terbukti memberikan banyak manfaat dalam dalam manajemen stroke diantaranya pengenalan stroke, transpor dan triase pasien, penatalaksanaan kedaruratan stroke di rumah sakit, dan rehabilitasi pasca stroke. *Sistematik review* oleh Nam *et al* (2013) menyimpulkan bahwa penggunaan teknologi informasi sangat bermanfaat untuk penatalaksanaan stroke mulai dari tahap akut sampai rehabilitasi. Peningkatan teknologi informasi kedepan diarahkan untuk meningkatkan upaya pencegahan stroke.

Penelitian sebelumnya mengemukakan berbagai model teori perilaku kesehatan yang dinilai efektif dalam mempengaruhi perilaku individu dalam mencegah, mengatasi dan mengendalikan permasalahan kesehatan meliputi teori *Transtheoretical model* (Prochaska, 2008), teori *Health Belief Model* (Becker et al., 1980) dan teori *planned behaviour* (Fishbein dan Ajzen, 1980). Berdasarkan hasil studi tersebut, pedoman atau petunjuk yang baik telah disediakan untuk merancang intervensi yang berkaitan dengan permasalahan perilaku kesehatan pada individu, namun memiliki kelemahan dengan tidak mengidentifikasi *support system* pada individu yaitu keluarga dalam mencegah, mengatasi dan mengendalikan permasalahan kesehatan pada anggota keluarga.

Bentuk kebaruan (*Novelty*) dalam penelitian ini adalah ditemukannya dukungan keluarga dan koping keluarga sangat mempengaruhi terbentuknya motivasi/ niat dalam pencegahan risiko stroke pada suku dayak dan menghasilkan model health literacy pencegahan stroke berbasis Family Adaptive Behavior (FAB) dalam bentuk aplikasi pencegahan risiko stroke pada suku dayak.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka dapat dibuat rumusan masalah sebagai berikut:

- a. Bagaimana desain model *Health Literacy* pencegahan stroke Berbasis *Family Adaptive Behavior (FAB)* sebagai model pencegahan stroke pada suku Dayak ?
- b. Bagaimana pengaruh *Health Literacy* pencegahan stroke terhadap efikasi diri, koping keluarga dan dukungan keluarga ?
- c. Bagaimana pengaruh *Health Literacy* pencegahan stroke terhadap niat untuk mencegah stroke ?
- d. Bagaimana pengaruh *Health Literacy* pencegahan stroke terhadap perilaku hidup sehat ?
- e. Bagaimana pengaruh *Health Literacy* pencegahan stroke terhadap risiko stroke ?
- f. Bagaimana pengaruh efikasi diri, koping keluarga dan dukungan keluarga terhadap niat untuk mencegah stroke ?
- g. Bagaimana pengaruh niat untuk mencegah stroke terhadap perilaku hidup sehat ?
- h. Bagaimana pengaruh perilaku hidup sehat terhadap risiko stroke ?
- i. Apakah ada perbedaan pada *Health Literacy* berbasis Berbasis *Family Adaptive Behavior (FAB)* dengan aplikasi Parelapps.id di sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada suku Dayak ?
- j. Bagaimana efektivitas implementasi model *Health Literacy* pencegahan stroke Berbasis *Family Adaptive Behavior (FAB)* sebagai model pencegahan stroke dengan aplikasi parelapps.id pada suku Dayak?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini terbagi menjadi tujuan umum dan tujuan khusus yang akan diuraikan sebagai berikut:

a. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah menemukan model *Health Literacy* pencegahan stroke pada Suku Dayak di Provinsi Kalimantan Timur.

b. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah

- 1) Mendesain model *Health Literacy* pencegahan stroke Berbasis *Family Adaptive Behavior (FAB)* pada suku Dayak di Kalimantan Timur.
- 2) Menganalisis pengaruh *Health Literacy* pencegahan stroke terhadap efikasi diri, koping keluarga dan dukungan keluarga
- 3) Menganalisis pengaruh *Health Literacy* pencegahan stroke terhadap motivasi/niat untuk mencegah stroke
- 4) Menganalisis pengaruh *Health Literacy* pencegahan stroke terhadap perilaku hidup sehat
- 5) Menganalisis pengaruh *Health Literacy* pencegahan stroke terhadap risiko stroke
- 6) Menganalisis pengaruh efikasi diri, koping keluarga dan dukungan keluarga terhadap motivasi/niat untuk mencegah stroke
- 7) Menganalisis pengaruh motivasi/niat untuk mencegah stroke terhadap perilaku hidup sehat
- 8) Menganalisis pengaruh perilaku hidup sehat terhadap risiko stroke
- 9) Menganalisis perbedaan *Health Literacy* pencegahan stroke berbasis Berbasis *Family Adaptive Behavior (FAB)* sebelum dan sesudah pemberian intervensi pada suku Dayak.
- 10) Menganalisis efektivitas implementasi model *Health Literacy* pencegahan stroke Berbasis *Family Adaptive Behavior (FAB)* dengan aplikasi parelapps. pada suku Dayak.

1.4 Kegunaan Penelitian

Kegunaan penelitian diuraikan sebagai berikut:

a. Ilmu Pengetahuan dan Tehnologi (IPTEK)

- 1) Penelitian ini memberikan informasi ilmiah dan landasan bagi penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan pencegahan dan penanganan stroke dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat.
- 2) Menghasilkan model aplikasi *Health Literacy* pencegahan stroke berbasis *Family Adaptive Behavior (FAB)* dalam bentuk *aplikasi mobile* untuk pencegahan stroke pada Suku Dayak.

- 3) Memberikan kontribusi keilmuan di bidang kesehatan masyarakat dalam membantu pencegahan dan pengendalian stroke.

b. Praktisi

Penelitian ini juga mendorong terciptanya alternatif kebijakan terkait program pengendalian penyakit tidak menular (PTM) khususnya Hipertensi dan faktor risiko stroke, melalui faktor determinan yang diusulkan dalam penelitian ini dengan *Health Literacy* pencegahan stroke berbasis *Family Adaptive Behavior (FAB)* dalam bentuk *aplikasi mobile*.

c. Pembuat Kebijakan

- 1) Hasil penelitian ini dapat memberikan implikasi pada upaya pengendalian penyakit tidak menular (PTM) khususnya penyakit Hipertensi dan faktor risiko stroke. Pemberi pelayanan kesehatan dapat melaksanakan upaya kesehatan promotif dan preventif dengan menggunakan model *Health Literacy* pencegahan stroke berbasis *Family Adaptive Behavior (FAB)* untuk mencegah terjadinya stroke dan stroke berulang sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup manusia.
- 2) Model *Health Literacy* pencegahan stroke berbasis *Family Adaptive Behavior (FAB)* dapat direkomendasikan untuk diaplikasikan oleh petugas kesehatan di Puskesmas dalam pengendalian penyakit tidak menular.
- 3) Hasil penelitian ini bisa dijadikan suatu kebijakan dalam pemerintah daerah kabupaten kutai barat dalam menekan angka kejadian penyakit tidak menular (*non communicable disease*).

d. Keluarga

- 1) Menjadi suatu acuan dan pembelajaran bagi keluarga sehingga keluarga mampu mandiri dalam mencegah terjadinya stroke.
- 2) Menghasilkan keluarga sebagai mitra tenaga kesehatan untuk mampu memberikan informasi tentang upaya pencegahan stroke dan mempromosikan pencegahan stroke di tingkat keluarga dan masyarakat.
- 3) Manajemen pencegahan stroke yang efektif sehingga kualitas hidup individu, keluarga dan masyarakat meningkat.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini menemukan model pencegahan stroke pada Suku Dayak dengan mendesain model *Health Literacy* pencegahan stroke berbasis *Family Adaptive Behavior* (FAB) sebagai model pencegahan stroke pada Suku Dayak di Provinsi Kalimantan Timur. Selain itu melihat factor-faktor dominan yang bisa mempengaruhi *helath literacy* seperti efikasi diri, koping keluarga, dukungan keluarga, motivasi/niat, perilaku hidup sehat dan risiko stroke.

1.6 Kebaruan Penelitian

Kebaruan dalam penelitian ini adalah :

- 1.6.1. Dukungan keluarga dan koping keluarga sangat mempengaruhi terbentuknya motivasi/ niat dalam pencegahan risiko stroke pada suku dayak..
- 1.6.2. Menghasilkan model health litercy pencehan stroke berbasis Family Adaptive Behavior (FAB) dalam bentuk aplikasi pencegahan risiko stroke pada suku dayak.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum Stroke

2.1.1. Definisi Stroke

Stroke didefinisikan sebagai gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui sistem arteri serebral (Price & Wilson, 2006). Menurut Caplan (2006), stroke adalah sebuah terminologi yang digunakan untuk menggambarkan cedera otak yang disebabkan oleh abnormalitas aliran darah ke suatu bagian di otak. Penyakit stroke menyangkut semua proses patologi yang mengenai pembuluh darah otak. Sebagian besar penyakit pembuluh darah otak disebabkan oleh trombosis, emboli, atau hemoragik. Mekanisme masing-masing etiologi ini berbeda, tetapi akibatnya sama yaitu iskemia atau hipoksia pada area otak setempat. Iskemia dan hipoksia dapat menyebabkan nekrosis otak (infark) (Caplan, 2016).

Berdasarkan pengertian di atas peneliti menyimpulkan stroke adalah suatu serangan mendadak yang terjadi di otak yang melibatkan pembuluh darah di otak (tersumbat atau pecah), dan akhirnya bermanifestasi dalam beragam gejala (mulai dari kelumpuhan, bicara pelo, gangguan menelan, dan sebagainya).

2.1.2. Jenis Stroke

Menurut Giraldo (2007), penyebab stroke dibagi menjadi dua kategori yaitu:

a. Stroke non hemoragik (stroke iskemik)

Stroke iskemik adalah kematian suatu area otak yang disebabkan oleh tidak mencukupinya aliran darah dan oksigen ke otak akibat sumbatan arteri serebral. Stroke iskemik berdasarkan penyebab sumbatan arteri dibagi menjadi tiga yaitu stroke trombolitik, stroke embolik dan infark lakunar.

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah perdarahan yang terjadi didalam jaringan otak atau di ruang sub araknoid, stroke hemoragik disebabkan oleh hipertensi kronik dan kelainan arteri serebral yang menyebabkan lemahnya arteri, sehingga pada suatu kondisi dapat menyebabkan pecahnya arteri serebral. Pecahnya arteri serebral menyebabkan akumulasi darah intraserebral atau dalam ruang sub araknoid. Terdapat dua tipe utama stroke hemoragik berdasarkan perdarahan yang terjadi, yaitu hemoragik intraserebral dan hemoragik subaraknoid.

2.1.3. Etiologi Stroke

Menurut Kemenkes RI (2013), etiologi stroke dikarenakan adanya gangguan aliran darah yang menyebabkan stroke. Gangguan aliran darah ini dapat disebabkan oleh penyempitan atau tertutupnya salah satu pembuluh darah ke otak dan hal ini terjadi karena:

- a. *Thrombosis cerebral* yang diakibatkan adanya *atherosclerosis*, umumnya menyerang usia lanjut. Thrombosis biasanya terjadi pada pembuluh darah saat oklusi terjadi. Thrombosis ini dapat menyebabkan iskemik jaringan otak, edema serta kongesti di area sekitarnya. Thrombus yang menyebabkan stroke biasanya terjadi saat tidur atau setelah bangun tidur.
- b. *Emboli cerebral*, merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak atau udara. Umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas kemudian menyumbat sistem arteri cerebral. Gejala pada emboli pada cerebra umumnya berlangsung sekitar 10-30 detik dan berlangsung cepat.
- c. Peredaran *intra cerebral*, terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah otak akan menyebabkan merembesnya darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, penggeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan dan berakibat otak akan membengkak

2.1.4. Faktor Risiko Stroke

Menurut Wening Sari, dkk (2016), ragam faktor risiko stroke yang harus diwaspadai beberapa diantaranya adalah:

- a. Pernah terserang stroke

Seseorang yang pernah mengalami stroke, termasuk *transient ischaemic attack* (TIA) atau stroke ringan, rentan terserang stroke berulang. Seseorang yang pernah mengalami TIA yang berlangsung singkat akan sembilan kali lebih berisiko mengalami stroke dibanding yang tidak pernah mengalami TIA.

- b. Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah faktor risiko tunggal yang paling sering untuk stroke iskemik maupun stroke perdarahan. Pada keadaan hipertensi, pembuluh darah mendapat tekanan yang cukup besar. Apabila proses tekanan berlangsung lama, dapat menyebabkan kelemahan pada dinding pembuluh darah, sehingga menjadi rapuh dan mudah pecah. Hipertensi juga dapat menyebabkan aterosklerosis atau penyempitan dan pengerasan

pembuluh darah arteri akibat penumpukan plak pada dinding pembuluh darah, sehingga mengganggu aliran darah ke jaringan otak.

c. Penyakit jantung

Beberapa penyakit jantung, seperti fibrilasi atrial (salah satu jenis gangguan irama jantung), penyakit jantung koroner, penyakit jantung rematik, dan orang yang melakukan pemasangan katup jantung buatan akan meningkatkan risiko stroke.

d. *Diabetes mellitus* (DM)

Seseorang dengan diabetes rentan untuk menjadi aterosklerosis, hipertensi, obesitas, dan gangguan lemak darah. Seseorang yang mengidap diabetes mempunyai risiko serangan stroke iskemik 2 kali lipat dibanding mereka yang tidak diabetes.

e. Kolesterol Tinggi

Kolesterol tinggi atau hiperkolesterolemia dapat menyebabkan aterosklerosis. Aterosklerosis sendiri berperan dalam menyebabkan penyakit jantung koroner dan stroke.

f. Merokok

Perokok dilaporkan lebih rentan mengalami stroke dibandingkan bukan perokok. Nikotin dalam rokok dapat membuat jantung bekerja keras karena frekuensi denyut jantung dan tekanan darah meningkat. Nikotin juga bisa mengurangi kelenturan arteri serta dapat menimbulkan aterosklerosis.

g. Gaya hidup tidak sehat

Diet tinggi lemak, aktivitas fisik minim, serta stres emosional dapat meningkatkan risiko seseorang terkena stroke. Seseorang yang sering mengonsumsi makanan tinggi lemak dan kurang melakukan aktivitas fisik rentan mengalami obesitas, diabetes mellitus, aterosklerosis, penyakit jantung dan stroke.

h. Usia

Usia adalah faktor risiko stroke yang tidak dapat dikontrol atau dimodifikasi. Padahal, risiko seseorang mengalami stroke dapat meningkat seiring bertambahnya usia. Risiko semakin meningkat ketika setelah seseorang menginjak usia 55 tahun. Usia terbanyak orang terkena serangan stroke adalah 65 tahun ke atas. Menurut Dharma et al., (2018), dari 2.065 pasien stroke akut yang dirawat di 28 Rumah Sakit di Indonesia, 35,8 % berusia di atas 65 tahun dan 12,9 % kurang dari 45 tahun.

i. Jenis kelamin

Stroke dilaporkan menyerang laki-laki 19 persen lebih banyak dibandingkan wanita. Meski demikian, baik pria maupun wanita tetap harus mewaspadai penyakit mematikan ini. (Sofyan et al., 2012)

j. Keturunan

Risiko stroke akan meningkat jika ada orangtua atau saudara kandung yang lebih mengalami stroke maupun TIA. Penelitian terkait faktor risiko stroke dapat dilihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1. Penelitian-penelitian tentang faktor risiko stroke

No	Faktor risiko stroke	Citation
1.	Transient ischemic attack, Hypertension, Diabetes mellitus, Myocardial infarction, Atrial fibrillation, dan Current smoker.	(Sciences, 2020)
2.	Faktor spesifik wanita, seperti kadar hormon endogen, terapi hormon eksogen, kehamilan, paritas, waktu usia saat menarche, dan menopause dalam kaitannya dengan risiko stroke.	(Expansion et al., 2018)
3.	Diabetes Mellitus dan Hipertensi	(Alloubani et al., 2018)
4.	usia, jenis kelamin, riwayat penyakit kronis yang dilaporkan sendiri, penggunaan kontrasepsi hormonal, dan pola diet berisiko tinggi	(Setyopranoto et al., 2019)
5.	Diabetes mellitus, Depresi	(Mai & Liang, 2020)

Sumber: Data ekstraksi literatur review jurnal

2.1.5. Patofisiologi

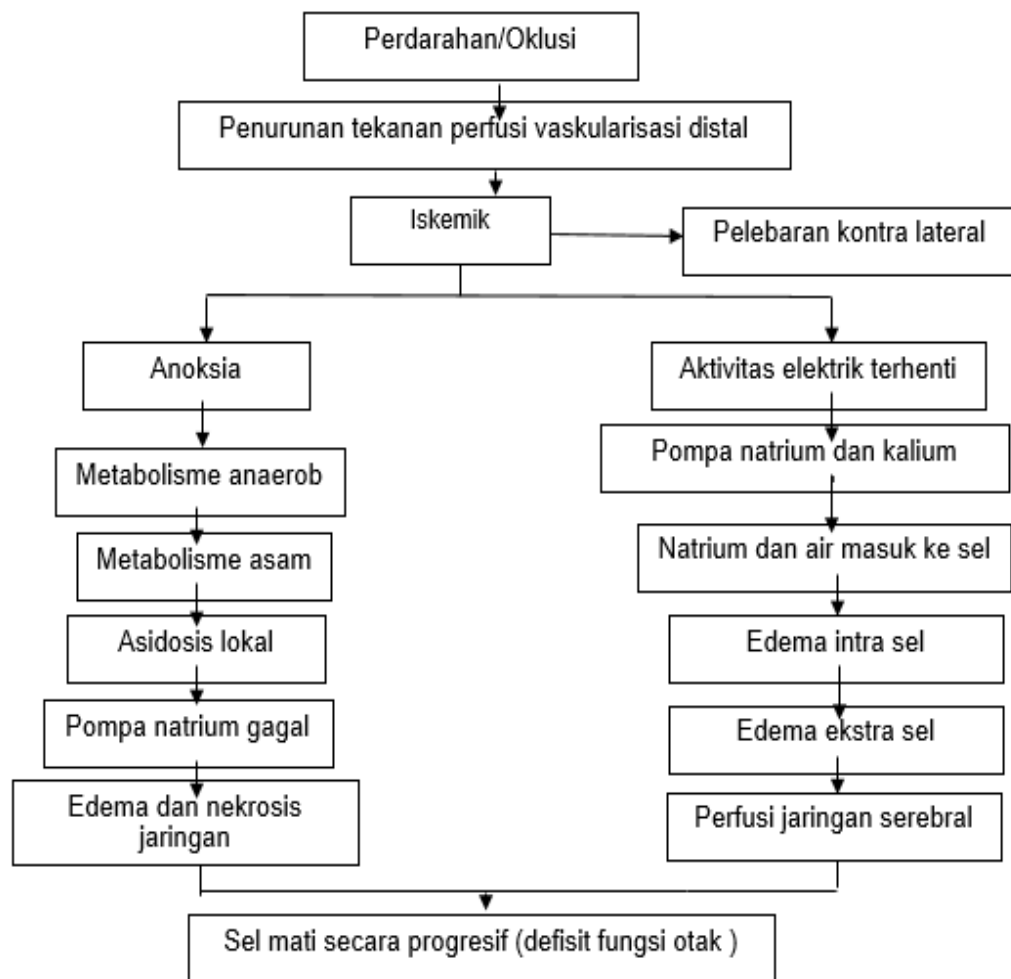
Menurut Kuriakose dan Xiao, 2020, patofisiologi stroke dapat diuraikan sebagai berikut:

otak sangat tergantung kepada oksigen, bila terjadi anoksia seperti yang terjadi pada stroke di otak mengalami perubahan metabolik, kematian sel dan kerusakan permanen yang terjadi dalam 3 sampai dengan 10 menit (non aktif total). Pembuluh darah yang paling sering terkena ialah arteri serebral dan arteri karotis interna. Adanya gangguan peredaran darah otak dapat menimbulkan jejas atau cedera pada otak melalui empat mekanisme, yaitu:

- a. Penebalan dinding arteri serebral yang menimbulkan penyempitan sehingga aliran darah dan suplainya ke sebagian otak tidak adekuat, selanjutnya akan mengakibatkan perubahan-perubahan iskemik otak;
- b. Pecahnya dinding arteri serebral akan menyebabkan bocornya darah ke jaringan (*hemorrhage*);

- c. Pembesaran sebuah atau sekelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak;
- d. Edema serebri yang merupakan pengumpulan cairan di ruang interstitial jaringan otak.

Konstriksi lokal sebuah arteri mula-mula menyebabkan sedikit perubahan pada aliran darah dan baru setelah stenosis cukup hebat dan melampaui batas kritis terjadi pengurangan darah secara drastis dan cepat. Oklusi suatu arteri otak akan menimbulkan reduksi suatu area dimana jaringan otak normal sekitarnya yang masih mempunyai pendarahan yang baik berusaha membantu suplai darah melalui jalur-jalur anastomosis yang ada. Perubahan awal yang terjadi pada korteks akibat oklusi pembuluh darah adalah gelapnya warna darah vena, penurunan kecepatan aliran darah dan sedikit dilatasi arteri serta arteriole. Selanjutnya akan terjadi edema pada daerah ini. Selama berlangsungnya peristiwa ini, autoregulasi sudah tidak berfungsi sehingga aliran darah mengikuti secara pasif segala perubahan tekanan darah arteri. Berkurangnya aliran darah serebral sampai ambang tertentu akan memulai serangkaian gangguan fungsi neural dan terjadi kerusakan jaringan secara permanen. Patofisiologi berbentuk skema dapat dilihat pada Gambar 2.1.



Gambar 2.1. Skema Fatofisiologi Stroke

Sumber : Kuriakose & Xiao, 2020

2.1.6. Manifestasi klinik

Secara umum gejala stroke meliputi:

a. Defisit neurologik

Defisit neurologi yang terjadi secara mendadak seperti kelemahan otot wajah, kelemahan otot lengan dan tungkai terutama pada salah satu sisi tubuh. Hemiparesis (kelemahan) dan hemiplegia (paralisis) yang terjadi pada salah satu sisi tubuh lazim terjadi setelah serangan stroke. Kedua gejala ini sering disebabkan oleh sumbatan arteri serebral anterior dan media yang menimbulkan infark pada area motorik korteks frontal. Hemiparesis dan hemiplegia terjadi secara kontralateral. Infark pada area motorik korteks sebelah kanan menyebabkan hemiplegia sebelah kiri atau sebaliknya. Hal ini terjadi karena serabut saraf saling menyilang pada *traktus pyramidal* (Deluca GC., Griggs RC., 2020).

- b. Kehilangan kemampuan bicara atau memahami pembicaraan (Afasia)
Afasia adalah defisit kemampuan berkomunikasi. Afasia dapat merusak beberapa atau semua aspek kemampuan komunikasi seperti berbicara, membaca, menulis dan memahami bahasa orang lain. Afasia terjadi karena sumbatan arteri serebral media yang menyebabkan infark pada hemisfer kiri serebral. Afasia umumnya berhubungan dengan hemiplegia, yaitu mencakup hemisfer dominan. Pasien dengan tangan kanan dominan memiliki pusat bicara pada hemisfer kiri serebral atau sebaliknya. Sehingga pada pasien dengan tangan kanan dominan yang mengalami hemiplegia kanan biasanya mengalami afasia karena infark yang terjadi pada hemisfer kiri serebral juga menyebabkan rusaknya fungsi bicara (Azizi et al., 2020).
- c. Gejala lainnya antara lain artikulasi yang tidak sempurna (disartria), gangguan penglihatan, mulut pelo, hilangnya keseimbangan atau koordinasi tubuh, gangguan menelan, gangguan memori dan nyeri kepala mendadak (Ifejika et al., 2019).

2.1.7. Pengelolaan stroke

- a. Pengawasan
World Health Organization (WHO) merekomendasikan pendekatan pengawasan stroke bertahap (STEPS Stroke) untuk mengumpulkan data dan memantau tren. STEPS Stroke merekomendasikan pengumpulan tiga jenis data: informasi pasien stroke yang dirawat di fasilitas kesehatan (langkah 1), jumlah kejadian stroke fatal di masyarakat (langkah 2), dan perkiraan jumlah kejadian stroke non-fatal di masyarakat (langkah 3). Sebuah studi yang menggabungkan surveilans STEPS Stroke di sembilan lokasi di India, *Republic of Iran, Mozambique, Nigeria* dan *Rusia* menunjukkan bahwa pengasawan STEPS Stroke dimungkinkan dan layak untuk dilakukan (Truelsen et al., 2007).
- b. Skrining untuk Populasi Berisiko Tinggi untuk Stroke
Skrining untuk faktor risiko stroke memberikan kesempatan yang sangat baik untuk mengidentifikasi dan mendidik mereka yang berisiko tinggi. Biasanya mencakup survei informasi demografi dan gaya hidup, pengukuran tekanan darah, deteksi stenosis arteri karotis, pengukuran kolesterol, pengukuran glukosa darah dan pendidikan tentang tanda atau gejala peringatan, seperti serangan stroke ringan, dan gejala yang berhubungan dengan penyakit jantung, seperti fibrilasi atrium (Yan et al., 2016).

Pada tingkat yang paling dasar, skrining untuk faktor risiko dapat mencakup pengumpulan informasi tentang demografi dan gaya hidup, seperti diet, aktivitas fisik, merokok dan penggunaan alkohol. Skrining tingkat kedua mungkin mencakup data yang diperoleh dari pemeriksaan fisik, termasuk pengukuran tinggi badan, berat badan, lingkar, dan tekanan darah. Tingkat terakhir termasuk tindakan laboratorium, seperti kadar glukosa darah dan kolesterol (Yan et al., 2016).

c. Diagnosis

The American Stroke Association memperkenalkan pedoman praktik terbaik untuk diagnosis stroke yang mencakup riwayat pasien, pemeriksaan fisik, pemeriksaan neurologis dan skala stroke dan pemeriksaan diagnostik. Pemeriksaan neurologis harus dilakukan jika riwayat pasien dan pemeriksaan fisik menunjukkan adanya stroke, dan *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) atau skala standar stroke lainnya dapat membantu dalam memperkirakan tingkat keparahan stroke. Pada pemeriksaan pencitraan otak dapat membedakan stroke iskemik dari perdarahan intrakranial, mengidentifikasi subtipe stroke, dan seringkali penyebab stroke; pencitraan vaskular dapat mengidentifikasi lokasi dan penyebab obstruksi arteri serta pasien dengan risiko tinggi kekambuhan stroke. Pemindaian *Computed Tomography* (CT), *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), *USG Doppler*, *CT angiografi*, *angiografi* resonansi magnetik juga banyak digunakan di HIC untuk menentukan subtipe dan penyebab stroke. Strategi yang paling banyak digunakan untuk diagnosis stroke adalah *CT scan* segera (Yan et al., 2016).

2.1.8. Pencegahan Primer stroke

a. Pengendalian tembakau

Pengendalian tembakau menduduki peringkat nomor satu di antara lima intervensi prioritas teratas untuk penyakit tidak menular (PTM). Menurut model simulasi mikro berdasarkan data di India, undang-undang bebas asap rokok dan pajak tembakau dapat mencegah 25% (95% CI: 17%-34%) infark miokard dan stroke (Beaglehole et al., 2011; Basu et al., 2013).

b. Pencegahan dan pengendalian darah tinggi.

Mengendalikan tekanan darah telah terbukti mengurangi risiko stroke secara efektif. Semua pedoman klinis dan pernyataan ahli kesehatan tentang

pengecahan stroke sangat menekankan pada pengecahan dan pengendalian tekanan darah tinggi (Yano et al., 2014).

c. Pengurangan natrium

Pengurangan asupan natrium telah menduduki peringkat sebagai intervensi yang menghemat biaya kedua, setelah pengendalian tembakau untuk mengatasi krisis penyakit tidak menular (PTM), (Beaglehole et al., 2011).

d. Farmasi

Selain memodifikasi gaya hidup, strategi lain yang harus ditekankan dalam pengecahan primer adalah melalui sarana farmasi untuk mengatasi hipertensi, dislipidemia, dan fibrilasi atrium (James et al., 2014; Kirkman et al., 2018).

e. Program pendidikan masyarakat

Pendidikan masyarakat mencakup semua pendekatan yang berkaitan dengan penyaringan, peningkatan kesadaran, pendidikan kesehatan tentang faktor-faktor risiko, cara-cara untuk mengurangi risiko penyakit, dan kegiatan promosi kesehatan lainnya yang dilakukan di masyarakat (Yan et al., 2016).

f. Pencecahan melalui strategi kesehatan berbasis digital

Kesehatan digital muncul sebagai bidang yang menjanjikan yang melibatkan penggunaan teknologi informasi dan komunikasi baru untuk meningkatkan manajemen perawatan kesehatan bagi penyedia layanan kesehatan dan pasien. Program kesehatan digital memiliki potensi untuk memperluas akses ke layanan pengecahan dan pengobatan yang diperlukan menggunakan infrastruktur komunikasi yang ada di mana-mana dan berbiaya rendah (Colantonio et al., 2010). Penelitian tentang stroke dapat dilihat pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2. Penelitian-penelitian tentang pencegahan stroke

No	Strategi Pencegahan Stroke	Citation
1.	Diet	(Spence, 2018)
2.	Penurunan LDL (Low-Density Lipoprotein Cholesterol)	(Hoc & Study, 2018)
3.	Penatalaksanaan penurunan tekanan darah	(Tp et al., 2018)
4.	Pencegahan Dimensia	(Hachinski et al., 2020)
5.	Jumlah Trombosit Mempengaruhi Khasiat Asam folat	(Kong et al., 2018)
6.	Exercise	(Prior & Suskin, 2018)
7.	Pengobatan	(Chi et al., 2018)
8.	Pelaksanaan pengendalian tembakau yang efektif, memadai gizi, pengembangan kota sehat (dengan walkable lingkungan, akses ke makanan sehat, dan publik transportasi), strategi polipil, penggunaan program mHealth, bersama dengan pengurangan garam dan intervensi diet	(Pandian et al., 2018)
9.	Transfusi darah pada orang dengan penyakit sel sabit	(Lj et al., 2020)

Sumber: Data ekstraksi literatur review jurnal

2.2 Tinjauan Umum Literasi Kesehatan (*Health Literacy*)

2.2.1. Pengertian literasi kesehatan (*Health Literacy*)

Literasi kesehatan merupakan konsep yang relative baru dalam promosi kesehatan. Ini adalah istilah gabungan untuk menggambarkan berbagai hasil dari pendidikan dan komunikasi kesehatan. Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit mendefinisikan literasi kesehatan sebagai sejauh mana seseorang memiliki kapasitas untuk memperoleh, berkomunikasi, memproses dan memahami informasi dan layanan kesehatan dasar untuk membuat keputusan kesehatan yang tepat. (C. Liu et al., 2020; Conard, 2019). Literasi kesehatan adalah kemampuan untuk mengakses, memahami, mengevaluasi dan menggunakan informasi kesehatan penting untuk membuat keputusan kesehatan dasar. Literasi kesehatan juga didefinisikan sebagai seperangkat pengetahuan, keterampilan, yang membuat penerima literasi kesehatan mampu secara kritis menentukan perilaku kesehatan yang tepat. Kemampuan yang dimiliki untuk membuat pilihan perilaku kesehatan, individu dituntut mampu dalam hal pengetahuan, keterampilan dan melakukan perilaku terencana seperti, mengelola, memilih, dan menyiapkan tindakan kesehatan. (C. Liu et al., 2020; Conard, 2019; Chisholm-Burns et al., 2018). Literasi kesehatan memerlukan pengetahuan,

motivasi dan kompetensi orang untuk mengakses, memahami, menilai, dan menerapkan informasi kesehatan untuk membuat penilaian dan mengambil keputusan dalam kehidupan sehari-hari tentang perawatan kesehatan, pencegahan penyakit dan promosi kesehatan untuk mempertahankan atau meningkatkan kualitas hidup selama perjalanan hidup. (Tavousi et al., 2020).

2.2.2. Klasifikasi/Elemen Literasi Kesehatan

Menurut Retmana, 2023, konstruksi literasi kesehatan mencakup tiga elemen besar:

- a. Pengetahuan tentang kesehatan, perawatan kesehatan dan sistem kesehatan;
- b. Memproses dan menggunakan informasi dalam berbagai format terkait kesehatan dan perawatan kesehatan;
- c. Kemampuan memelihara kesehatan dan mengamalkannya dalam lingkungan sosial.

Literasi kesehatan menggambarkan keterampilan dan kompetensi yang memungkinkan orang untuk mendapatkan akses kesehatan, memahami dan menerapkan informasi kesehatan untuk secara positif memengaruhi kesehatan mereka sendiri dan kesehatan orang-orang di lingkungan sosial mereka (Conard, 2019). Nutbeam (2018) menyoroti pentingnya untuk mencapai literasi kesehatan pada tingkat fungsional, interaktif, dan tingkat kritis (Nutbeam & Kickbusch, 2000) terdiri dari:

- a. Fungsional adalah penggunaan keterampilan literasi umum seperti membaca dan menulis untuk memahami pesan kesehatan dasar.
- b. Interaktif berfokus pada kemampuan untuk memahami dan menggunakan informasi untuk pencegahan dan Manajemen diri.
- c. Kritis, menekankan pentingnya meningkatkan kapasitas individu dan masyarakat untuk mengatasi hambatan kesehatan dengan baik, sehingga membingkai literasi kesehatan sebagai sosial, hasilnya akan sangat berlawanan dengan kemampuan awal.

Literasi kesehatan memberi kemampuan individu untuk membuat keputusan yang berhubungan dengan kesehatan karena Individu memiliki keterampilan untuk menemukan dan memahami informasi kesehatan sebagaimana Tabel 2.3.

Tabel 2.3: Konten Literasi Kesehatan

No.	<i>Health Literacy</i>	Akses informasi yang relevan	Memahami informasi terkait kesehatan	Mengevaluasi informasi yang berhubungan dengan kesehatan	Menerapkan atau menggunakan informasi yang berhubungan dengan kesehatan
1.	Perawatan Kesehatan	Kemampuan mengakses informasi medis	Kemampuan untuk memahami informasi medis	Kemampuan untuk menafsirkan dan mengevaluasi informasi medis	Kemampuan untuk membuat keputusan masalah medis
2.	Pencegahan Penyakit	Kemampuan untuk mengakses informasi pada faktor risiko	Kemampuan untuk memahami informasi mengenai faktor risiko	Kemampuan untuk menafsirkan dan mengevaluasi faktor risiko	Kemampuan untuk membuat informasi relevan mengenai faktor risiko
3.	Promosi Kesehatan	Kemampuan untuk memperbarui diri sendiri dalam masalah kesehatan	Kemampuan untuk memahami informasi terkait kesehatan	Kemampuan untuk menafsirkan dan memahami informasi kesehatan	Kemampuan untuk menyampaikan pendapat tentang masalah kesehatan

Sumber: *Nutbeam* (Nutbeam & Kickbusch, 2000)

Menurut Greaney et al (2020), hanya sekitar 40% orang dewasa yang memiliki literasi kesehatan yang baik artinya, misalnya hanya sekitar 40% orang dewasa yang bisa melakukan tugas-tugas seperti menggabungkan informasi dalam teks dan grafik untuk menilai dengan benar keamanan produk. Itu berarti bahwa hanya 40% orang dewasa yang dapat memahami dan mengikuti pesan kesehatan. Ini juga berarti bahwa hanya sekitar 40% orang dewasa yang mampu membuat pilihan yang baik berdasarkan pemahaman yang menyeluruh tentang masalah yang mereka hadapi dengan pilihan kesehatan yang tersedia (Chung & Nahm, 2015; Greaney et al., 2020).

2.2.3. Tingkatan literasi kesehatan

Tingkat melek kesehatan individu yang rendah dikaitkan dengan tingkat kerugian yang lebih tinggi. Literasi kesehatan yang rendah juga terkait dengan penggunaan pendekatan preventif yang lebih rendah. Literasi kesehatan yang rendah secara signifikan dapat menguras manusia dan sumber daya keuangan yang dimiliki, serta mungkin terkait dengan biaya tambahan sekitar 3–5% untuk sistem kesehatan. Pada orang tua, literasi kesehatan individu yang rendah dikaitkan dengan status kesehatan yang lebih buruk dan dengan risiko yang lebih tinggi kematian dini. Ini menunjukkan usia, jenis kelamin, pendidikan, etnis dan status kesehatan turut berpengaruh. Hambatan literasi kesehatan lebih besar hambatan bagi orang dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah, yang berbicara bahasa selain bahasa yang biasa digunakan atau yang memiliki disabilitas. Program yang menargetkan melek kesehatan mungkin menawarkan titik masuk yang efektif untuk intervensi (Agarwal et al., 2020; De Gani et al., 2020; Trezona et al., 2018) Koordinasi literasi kesehatan dapat dilihat pada Gambar 2.2.



Gambar 2.2: Koordinasi Literasi Kesehatan

Sumber: Tavousi et al., (2020)

2.2.4. Tindakan literasi kesehatan

Ada tiga tindakan yang perlu dilakukan untuk menangani literasi kesehatan dengan cara yang terkoordinasi dengan cara: (Greaney et al., 2020)

a. Menanamkan literasi kesehatan ke dalam system.

Melibatkan pengembangan dan penerapan system dan kebijakan di tingkat organisasi dan masyarakat yang mendukung tindakan untuk menangani literasi kesehatan. Ini sistem dapat mencakup perubahan mekanisme pendanaan untuk mendorong kesadaran dan tindakan tentang literasi kesehatan, menerapkan kebijakan yang mengutamakan literasi kesehatan dalam perencanaan program, dan merancang perawatan kesehatan organisasi dengan cara yang memudahkan orang untuk menemukan jalan mereka.

b. Memastikan komunikasi yang efektif

Melibatkan penyediaan cetakan, elektronik atau lainnya komunikasi yang sesuai dengan kebutuhan konsumen. Ini juga melibatkan dukungan yang efektif kemitraan, komunikasi dan interpersonal hubungan antara konsumen, penyedia layanan kesehatan, manajer, staf administrasi dan lain-lain.

c. Mengintegrasikan literasi kesehatan ke dalam pendidikan,

Melibatkan mendidik konsumen dan perawatan kesehatan penyedia dan dapat mencakup kesehatan penduduk program, promosi kesehatan dan strategi pendidikan, pendidikan kesehatan sekolah, dan pemasaran sosial kampanye serta pendidikan dan pelatihan formal penyedia layanan kesehatan.

Setiap orang dapat berperan dalam menangani literasi kesehatan. Sangat penting bagi orang atau organisasi yang bekerja di bidang kesehatan memiliki tanggung jawab penuh untuk memastikan bahwa lingkungan literasi kesehatan dapat terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat tanpa terkecuali. Beberapa tindakan yang dapat diambil oleh organisasi dan individu yang bekerja di sektor kesehatan, Informasi tentang tindakan tambahan, termasuk yang dapat dilakukan oleh konsumen, konsumen kelompok, organisasi pendidikan dan pelatihan serta Pemerintah, pendamping, dan organisasi swasta tersedia pada Tabe1 berikut. (Y. B. Liu et al., 2019) Tindakan yang diambil dalam sistem kesehatan untuk mengani literasi kesehatan, dapat dilihat pada Tabel 2.4.

Tabel 2.4: Tindakan untuk menangani literasi kesehatan

No.	Wewenang	Tindakan yang mungkin dilakukan
1.	Konsumen	1.1 Diskusikan dengan penyedia layanan kesehatan setiap kesulitan dalam memahami informasi dan layanan kesehatan 1.2 Mintalah bantuan pada keluarga, teman atau layanan dukungan (seperti layanan penerjemahan) kesulitan komunikasi 1.3 Mintalah informasi lebih lanjut tentang bagian perawatan yang tidak jelas 1.4 Bersikaplah terbuka dan jujur dengan penyedia layanan kesehatan tentang riwayat medis dan pengobatan 1.5 Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dengan berpartisipasi dalam pendidikan 1.6 Meningkatkan kesadaran di antara keluarga, teman, dan komunitas tentang pentingnya literasi kesehatan 1.7 Terlibat dalam perencanaan, desain dan penyampaian informasi dan layanan kesehatan untuk
2.	Penyedia layanan kesehatan	2.1 Mengenal kebutuhan dan preferensi masing-masing pasien dan konsumen serta menyesuaikan gaya komunikasi dengan situasi orang tersebut 2.2 Asumsikan bahwa kebanyakan orang akan mengalami kesulitan untuk memahami dan menerapkan kesehatan yang kompleks informasi dan konsep 2.3 Gunakan berbagai strategi komunikasi antarpribadi untuk memastikan informasi telah disampaikan dan diterima secara efektif 2.4 Mendorong orang untuk berbicara jika mereka mengalami kesulitan memahami informasi yang diberikan 2.5 Gunakan cara mengkomunikasikan informasi risiko tentang pilihan pengobatan kepada orang-orang yang dikenal menjadi efektif 2.6 Berpartisipasi dalam proyek perbaikan yang bertujuan untuk mengurangi hambatan literasi kesehatan di lingkungan fisik organisasi kesehatan 2.7 Berpartisipasi dalam pendidikan dan pelatihan literasi kesehatan, jika tersedia
3.	Organisasi yang menyediakan kesehatan	3.1 Mengembangkan dan menerapkan kebijakan dan proses literasi kesehatan yang bertujuan untuk mengurangi literasi kesehatan tuntutan materi informasi, lingkungan fisik dan jalur perawatan local 3.2 Menyediakan dan mendukung akses ke literasi kesehatan dan pelatihan komunikasi interpersonal untuk penyedia layanan kesehatan, termasuk metode pelatihan dalam mengkomunikasikan risiko 3.3 Menyediakan program pendidikan bagi konsumen yang bertujuan untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan kesehatan Organisasi

Tabel 2.4: Tindakan untuk menangani literasi kesehatan (Lanjutan)

No.	Wewenang	Tindakan yang mungkin dilakukan
4.	Dukungan Penyedia Kesehatan	4.1 Memimpin dan mengkoordinasikan tindakan literasi kesehatan dalam profesinya 4.2 Kembangkan kebijakan dan pernyataan posisi tentang literasi kesehatan 4.3 Mendorong dan mendukung peluang pengembangan profesional dan memengaruhi program pendidikan untuk penyedia layanan kesehatan dalam komunikasi, literasi kesehatan, dan praktik yang berpusat pada pasien secara umum 4.4 Berkolaborasi di seluruh sektor perawatan kesehatan pada aktivitas literasi kesehatan, termasuk strategi berbagi dan pembelajaran lintas dan antara profesi dan sektor
5.	kebijakan kesehatan	5.1 Meningkatkan kesadaran tentang masalah literasi kesehatan 5.2 Menanamkan prinsip literasi kesehatan ke dalam pengembangan kebijakan kesehatan 5.3 Mendukung desain dan penyampaian kebijakan, jalur, dan proses yang mengurangi kompleksitas 5.4 terlibat dalam menavigasi sistem kesehatan termasuk lintas sektor dan pengaturan 5.5 Jelajahi peluang untuk memasukkan implementasi strategi untuk menangani literasi kesehatan sebagai inti
6.	Organisasi Swasta	6.1 Bekerja secara kolaboratif di semua tingkat pemerintahan untuk mempromosikan tindakan terkoordinasi tentang literasi kesehatan 6.2 Mengadvokasi pendanaan dan alokasi sumber daya untuk inisiatif literasi kesehatan 6.3 Menerapkan, mengevaluasi dan berbagi informasi tentang program literasi kesehatan 6.4 Mengembangkan kemitraan untuk memfasilitasi pertukaran informasi tentang penelitian literasi kesehatan dan program antara komunitas penelitian dan praktik

Sumber: *Tavoisi M, et.al.*(Tavousi et al., 2020)

Selain sasaran, faktor penting yang harus diperhatikan dalam intervensi kesehatan adalah instrumen yang digunakan untuk meyakini bahwa perubahan perilaku sasaran terjadi karena intervensi kesehatan yang diberikan. Instrumen tersebut harus objektif, artinya pengukuran berbasis tes mengacu pada tes objektif (dimana hasilnya benar atau salah) dan menjelaskan keterampilan absolut yang tidak terkait dengan konteks/ lingkungan; ukuran laporan diri mengacu pada persepsi individu tentang literasi kesehatan mereka sendiri (di mana hasilnya dilaporkan dalam skala), yang akan mencerminkan keseimbangan antara keterampilan dan konteks/ lingkungan. Perlu adanya media literasi kesehatan

yang dapat mencakup skala nasional sehingga dapat berlaku umum dan berdaya guna bagi sasaran yang sama. (Ridgway et al., 2021). *The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (the Commission)* membagi literasi kesehatan dalam dua komponen, yaitu: (Greenfield et al., 2015)

- a. Keterampilan, pengetahuan, motivasi dan kapasitas seseorang untuk mengakses, memahami, menilai, dan menerapkan informasi untuk membuat keputusan yang efektif tentang kesehatan dan perawatan kesehatan serta mengambil tindakan yang tepat.
- b. infrastruktur, kebijakan, proses, material, orang dan hubungan yang membentuk kesehatan, sistem dan berdampak pada cara orang mengakses, memahami, menilai dan menerapkan yang berhubungan dengan kesehatan informasi dan layanan.

Dua Konsep baru dalam dunia literasi kesehatan yang dikembangkan pada 3 tahun terakhir: (Sastre et al., 2019; Conard, 2019)

- a. Literasi kesehatan digital.

Konsep ini semakin menarik perhatian karena kemajuan teknologi digital dan potensinya sebagai metode komunikasi informasi yang penting untuk "membuat penilaian dan mengambil keputusan (untuk kesehatan) dalam kehidupan sehari-hari". Definisi yang banyak digunakan menyatakan bahwa literasi kesehatan digital adalah "kemampuan untuk mencari, menemukan, memahami, dan menilai informasi kesehatan dari sumber elektronik dan menerapkan pengetahuan yang diperoleh untuk mengatasi atau memecahkan masalah kesehatan (Trezona et al., 2018). Pendekatan berbasis pengembangan teknologi media dalam literasi kesehatan bertujuan untuk penyederhanaan literasi kesehatan, penyebarluasan literasi kesehatan, pengembangan pemahaman dan perilaku kesehatan yang dapat terus ada tanpa batasan waktu. Teknologi media memberikan kesempatan kepada individu untuk mandiri dalam menentukan kesehatannya. Solusi media teknologi memungkinkan penyampaian literasi kesehatan melalui multi-media, seperti video, suara, dan text

- b. Literasi kesehatan mental

Konsep ini berkembang secara terpisah dari bidang literasi kesehatan yang lebih luas. Definisi awal difokuskan pada pengetahuan, sikap dan kepercayaan masyarakat tentang gangguan mental yang akan membantu pengenalan, manajemen atau pencegahan mereka. Seperti dalam bidang literasi kesehatan

yang lebih luas, definisi tersebut telah berkembang dengan memasukkan keterampilan untuk memperoleh dan memelihara kesehatan mental yang positif dan mencari bantuan kesehatan mental bila diperlukan (Huang et al., 2020; Stock et al., 2021). Hasil dari kegiatan literasi kesehatan mental, dan karenanya indikator perubahan yang dipelajari dan alat yang digunakan untuk menunjukkan perubahan itu, dapat sangat bervariasi sesuai dengan definisi literasi kesehatan mental yang digunakan oleh studi tertentu. Beberapa studi hanya akan fokus pada pengetahuan, sikap dan keyakinan tentang kesehatan mental, sementara yang lain akan memasukkan elemen kapasitas kesehatan mental (Holt et al., 2020).

2.2.5. Penelitian *Health Literacy* pencegahan stroke

Penelitian tentang *Health Literacy* terhadap pencegahan stroke bisa dilihat pada Tabel 2.5.

Tabel 2.5. Penelitian *Health Literacy* pencegahan stroke

No	<i>Health Literacy</i> pencegahan stroke	Citation
1.	Meningkatkan Literasi Kesehatan di Tiongkok untuk Memerangi Penyakit Tidak Menular seperti penyakit jantung, stroke, kanker, diabetes, penyakit paru-paru kronis dan kondisi kronis lainnya dengan mengembangkan dan menerapkan serangkaian kebijakan dan tindakan tertentu seperti peningkatan pengetahuan, keterampilan, pemantauan dan implementasi rencana aksi nasional.	(Yang et al., 2020)
2.	Literasi kesehatan dan faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi dengan Intervensi efektif yang berfokus langsung pada risiko faktor akan memungkinkan perubahan dalam pemikiran dan sikap kelompok berisiko populasi.	(Šedová et al., 2021)
3.	Menunjukkan hubungan yang jelas antara literasi kesehatan dan hasil pendidikan stroke. Diperlukan untuk lebih memahami hubungan literasi kesehatan dengan hasil pendidikan, pencegahan stroke dan untuk menyempurnakan pendidikan stroke untuk tingkat melek huruf populasi berisiko tinggi.	(Sanders et al., 2014)
4.	Teknologi kesehatan yang sangat berkontribusi dalam membangun keterampilan literasi kesehatan digital dan meningkatkan hasil kesehatan pada pasien dengan penyakit kardiovaskular, stroke dan kondisi kronis lainnya.	(Dunn & Hazzard, 2019)

Tabel 2.5. Penelitian health literacy pencegahan stroke (Lanjutan)

No	Health Literacy pencegahan stroke	Citation
5.	Melek kesehatan, pengetahuan oral <i>anticoagulant</i> , dan kepatuhan diamati, dan hubungan ini harus dipertimbangkan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab untuk memantau pasien yang pemberian obat antikoagulan karena dapat mengatasi terjadinya stoke akibat thrombus.	(Rolls et al., 2017)
6.	Individu dengan penyakit Atrial Fibrilasi terjadi peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas berasal dari kejadian seperti stroke iskemik, gagal jantung dan kematian jantung mendadak, sehingga perlu dirancang strategi untuk meningkatkan kesadaran pasien tentang Atrial Fibrilasi dan komplikasinya diperlukan di antara individu dengan keterbatasan literasi kesehatan.	(Reading et al., 2017)

2.2.6. Penelitian Aplikasi *Smartphone* untuk Mencegah Stroke

Penelitian tentang aplikasi *smartphone* untuk mencegah stroke bisa dilihat pada Tabel 2.6.

Tabel 2.6 Penelitian aplikasi *smartphone* untuk mencegah stroke

NO	PENELITI	NEGARA	SAMPEL	ISI APLIKASI
1.	(Feigin et al., 2017)	New Zealand	Responden Risiko Stroke: Hipertensi, DM	<i>Mobile Application to Reduce Risk of Stroke (MARS)</i> aplikasi ini menyediakan alat penelitian yang unik untuk mengumpulkan data epidemiologi yang sangat dibutuhkan pada stroke dan PTM utama lainnya.
2.	(Park et al., 2017)	San Francisco	Responden Penyakit Cerebral Vasikuler Disease (CVD)	<i>Mobile Health</i> dalam bentuk pesan teks dan aplikasi seluler menyediakan cara yang inovatif dan pendekatan yang efektif untuk mempromosikan pencegahan dan pengelolaan penyakit Cerebral Vasikuler Disease (CVD)
3.	(Randomized et al., 2019)	New Zealand	Responden usia >19 tahun, minimal 2 faktor risiko	Aplikasi yang berisi Pengetahuan faktor risiko dan memotivasi untuk mengambil tindakan untuk mengurangi risiko.
4.	(Zhang & Ho, 2017)	Singapore	Responden dengan kondisi sehat	Aplikasi Stroke Risiko Meter yang berisi perhitungan risiko terkena stroke untuk individu normal.

Sumber: Data ekstraksi literatur review jurnal

2.3 Tinjauan Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*)

2.3.1. Definisi Pemberdayaan Keluarga

Menurut (Ardian, 2014), pemberdayaan berasal dari kata daya (*power*) yang artinya kekuatan berasal dari dalam. Secara konseptual pemberdayaan keluarga merupakan upaya untuk meningkatkan harkat dan martabat keluarga, terutama keluarga yang kurang mampu atau keluarga yang belum dapat mencapai tujuan hidup berkeluarga. Dengan kata lain memberdayakan keluarga adalah memampukan dan memandirikan keluarga. Keberdayaan keluarga merupakan unsur dasar yang memungkinkan suatu keluarga untuk bertahan, dinamis mengembangkan diri dan mencapai tujuannya. Pemberdayaan keluarga dapat diartikan sebagai suatu proses dalam memandirikan klien dalam mengontrol status kesehatannya. Proses sosial dalam mengenal, mempromosikan dan meningkatkan kemampuan orang untuk memenuhi kebutuhannya, menyelesaikan masalahnya sendiri dan memobilisasi sumber-sumber yang diperlukan untuk mengontrol hidup mereka.

Peneliti menyimpulkan bahwa pemberdayaan keluarga didefinisikan sebagai kemampuan keluarga dalam melakukan tugas kesehatan keluarga dan mampu menggunakan sumber daya atau potensi yang dimilikinya sehingga mampu beradaptasi dan mandiri dalam mengatasi masalah kesehatan pada anggota keluarganya. Hal ini diharapkan akan munculnya perilaku adaptif dalam keluarga. Perilaku adaptif yang dipengaruhi oleh dukungan sosial untuk individu dari berbagai usia (Price, Jessica A., Zoe A. Morris, and Shane Costello, 2018). Perilaku adaptif keluarga mencakup keterampilan konseptual, keterampilan sosial dan keterampilan praktis dalam mengatasi masalah kesehatan (Tassé, M. J., & Balboni, G., 2021). Keterampilan konseptual meliputi keterampilan akademik, komunikasi, dan kemampuan individu dalam mengarahkan diri sendiri. Keterampilan sosial meliputi keterampilan interpersonal, tanggung jawab sosial, perilaku disiplin. Keterampilan praktis meliputi kebersihan diri sendiri, kemandirian, berumah tangga, manajemen uang, keterampilan dalam kesehatan dan keselamatan kerja.

2.3.2. Tujuan Pemberdayaan Keluarga

Menurut Hasanah, dkk, 2015, pemberdayaan keluarga memiliki dimensi tujuan yang luas dan beragam yaitu:

- a. Membantu sasaran untuk menerima/melewati /menjalani/ mempermudah proses perubahan yang harus / akan dijalani / ditemui individu / keluarga.
- b. Menggali kapasitas / potensi laten anggota keluarga (kepribadian, keterampilan manajerial dan keterampilan kepemimpinan).
- c. Mendorong sasaran agar memiliki daya ungkit / daya lompat serta sebagai lecutan untuk lari mengejar cita-cita keluarga.
- d. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan hidup seluruh anggota keluarga sepanjang tahap perkembangan dan siklus hidupnya.
- e. Membangun daya tahan dan daya adaptasi yang tinggi terhadap perubahan agar mampu menjalani kehidupan dengan sukses tanpa kesulitan dan hambatan yang berarti.
- f. Membina dan mendampingi proses perubahan sampai pada tahap kemandirian dan tahapan tujuan yang dapat diterima.

2.3.3. Bentuk-bentuk Pemberdayaan Keluarga

Menurut Hasanah, dkk, 2015, kegiatan pemberdayaan mencakup dua kegiatan utama sebagai berikut;

- a. Penumbuh kembangan kesempatan
 Penumbuh kembangan kesempatan merupakan kemauan, dan kemampuan keluarga untuk berpartisipasi. Partisipasi di sini tidak terbatas pada keterlibatan dalam memberikan korbanan dan atau pelaksanaan kegiatan, melainkan keterlibatan keluarga secara sukarela sejak pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan dan kegiatan serta pemanfaatan hasil-hasil dalam membangun keharmonisan rumah tangga.
- b. Pengembangan kesempatan individu
 Pengembangan kapasitas individu merupakan organisasi dan jejaring kelembagaan. Yang dimaksud dengan kapasitas adalah kemampuan individu dan atau organisasi untuk menunjukkan efektivitas, efisiensi, dan keberlanjutan fungsi-fungsinya sesuai dengan status dan perannya masing-masing. Kapasitas disini bukan sesuatu hal yang pasif, melainkan merupakan bagian dari suatu proses yang berkelanjutan. Kapasitas menyangkut mutu SDM dan

pemanfaatannya. Karena itu fungsi-fungsi individu dalam organisasi menjadi kata kunci yang harus diperhatikan.

2.3.4. Prinsip Pemberdayaan Keluarga

Menurut Ardian (2014) agar pemberdayaan keluarga dapat tercapai, maka perlu memperhatikan beberapa prinsip penting pemberdayaan keluarga. Beberapa prinsip penting tersebut diantaranya:

- a. Pemberdayaan keluarga hendaknya tidak memberikan bantuan atau pendampingan yang bersifat charity yang akan mendatangkan ketergantungan dan melemahkan, melainkan bantuan, pendampingan dan atau pelatihan yang mempromosikan self reliance dan meningkatkan kapasitas sasaran pemberdayaan.
- b. Hendaknya menggunakan metode pemberdayaan yang menjadikan pihak yang dibantu/dibina/didamping menjadi lebih kuat melalui latihan daya juang/tahan, menghadapi masalah atau kenelangkaan.
- c. Meningkatkan partisipasi yang membawa pihak yang diberdayakan meningkatkan kapasitasnya.
- d. Menjadikan pihak yang diberdayakan mengambil kontrol penuh, pengambilan keputusan penuh dan tanggungjawab penuh untuk melakukan kegiatan yang akan membawanya menjadi lebih kuat.

2.3.5. Ruang Lingkup Pemberdayaan Keluarga

Menurut Ardian (2014), ruang lingkup substansi pemberdayaan keluarga meliputi berbagai wilayah dan ranah utama terkait kehidupan keluarga sebagai berikut:

a. Ketahanan Keluarga

Pemberdayaan keluarga menekankan pada peningkatan pengetahuan, kesadaran, serta peningkatan kapasitas keluarga dalam kaitannya dengan kondisi dinamik suatu keluarga yang harus memiliki keuletan dan ketangguhan serta kemampuan secara fisik-material dan psikis mental spiritual guna hidup mandiri dan mengembangkan diri dan keluarganya untuk hidup harmonis dan meningkatkan kesejahteraan lahir dan bathin. Peningkatan ketahanan keluarga meliputi ketahanan fisik, ketahanan sosial dan ketahanan psikologis keluarga. Ketahanan keluarga merupakan konsep besar kehidupan yang didalamnya meliputi konsep keberfungsian keluarga, interaksi dalam keluarga, pengelolaan

stres keluarga, kelentingan keluarga, kesejahteraan keluarga yang meliputi seluruh tahap perkembangan keluarga dan akan berdampak terhadap hubungan timbal balik antara keluarga dengan lingkungannya (ekologi keluarga) (Ardian, 2014).

b. Keberfungsian, peran dan tugas keluarganya

Pemberdayaan keluarga menekankan pada peningkatan potensi dan kapasitas keluarga dalam memenuhi fungsinya seperti dinyatakan Resolusi Majelis Umum PBB bahwa: keluarga sebagai wahana untuk mendidik, mengasuh dan sosialisasi anak, mengembangkan kemampuan seluruh anggotanya agar dapat menjalankan fungsinya di masyarakat dengan baik, serta memberikan kepuasan dan lingkungan sosial yang sehat guna tercapainya keluarga sejahtera. Agar fungsi keluarga berada pada kondisi optimal, perlu peningkatan fungsional dan struktur yang jelas, yaitu suatu rangkaian peran dimana keluarga sebagai sistem sosial terkecil dibangun (Ardian, 2014).

Peran keluarga merupakan kunci utama keberhasilan keberfungsian keluarga (*families first-key to successful family functioning*). Tugas dasar keluarga berkaitan dengan keberlangsungan kehidupan keluarga hari ke hari, yaitu meliputi penyediaan kebutuhan dasar anggota keluarga, menjalani dengan sukses tugas perkembangannya, sementara itu terdapat lima peran utama keluarga bagi efektifnya fungsi keluarga yaitu penyediaan sumberdaya yang dibutuhkan keluarga untuk tumbuh dan berkembang, dukungan, pengasuhan dan kasih sayang, pengembangan keterampilan hidup, pemeliharaan dan pengelolaan sistem keluarga dan kepuasan seksual suami istri (Ardian, 2014).

c. Sumber Daya Keluarga

Sumber daya bermakna sebagai sumber dari kekuatan, potensi dan kemampuan untuk mencapai suatu manfaat dan tujuan. Sumber daya merupakan asset yaitu sesuatu apapun baik yang dimiliki atau yang dapat diakses, yang dapat memberikan nilai tukar untuk mencapai tujuan. Asset tersebut bisa berupa sumber daya ekonomi, potensi manusia, karakter pribadi, kualitas lingkungan, sumber daya alam dan fasilitas masyarakat (Ardian, 2014).

Sumber daya keluarga ditinjau dari sudut pandang ekonomi merupakan alat atau bahan yang tersedia dan diketahui fungsinya untuk memenuhi kebutuhan atau tujuan keluarga. Sumber daya dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu

yang dapat diukur, nyata secara fisik dan yang tidak dapat diukur (intangible) seperti integritas dan kepercayaan. Sumber daya terbagi tiga kelompok yaitu sumber daya manusia meliputi aspek kognitif, afektif, psikomotorik serta sumber daya waktu, sumber daya ekonomi seperti pendapatan, kesehatan, keuntungan pekerjaan dan kredit dan sumber daya lingkungan meliputi lingkungan fisik, sumber daya sosial serta lembaga politik (Ardian, 2014).

Berdasarkan pengertian sumber daya tersebut, maka sumber daya keluarga dapat diartikan sebagai apa yang dimiliki dan dikuasai individu dalam keluarga baik bersifat fisik material dan maupun non fisik, dapat diukur maupun tidak dapat diukur, sumber daya ekonomi, manusia maupun lingkungan disekitar keluarga untuk mencapai tujuan keluarga itu sendiri. Sumber daya keluarga dimaksudkan agar keluarga tersebut dapat memenuhi kebutuhan anggota, baik kebutuhan fisik maupun kebutuhan non fisik keluarga. Kebutuhan fisik sering diasosiasikan dengan kebutuhan dasar manusia meliputi kebutuhan sandang, pangan dan papan (Ardian, 2014).

d. Interaksi dan Komunikasi Keluarga

Interaksi keluarga dapat dipandang melalui pendekatan, diantaranya pendekatan sistem yang meliputi *husband-wife interaction* (marital relationship), *parent-child interaction*, *sibling interaction*, *intergeneration interaction*. Kajian interaksi keluarga didasari teori keluarga sebagai institusi penting bagi kehidupan individu dan pembangunan harmoni sosial. Interaksi keluarga dipandang sebagai proses yang akan mempengaruhi kualitas hidup seseorang (kesejahteraan, karakter pribadi dan keberhasilan seseorang), yang pada akhirnya mempengaruhi dan dipengaruhi sistem sosial yang luas. Mengkaji secara spesifik pola dan keragaman interaksi antara anggota keluarga (suami-istri, orang tua-anak, antar anak dan antar generasi dalam keluarga), terutama berkaitan dengan dampak perubahan sosial, serta kajian mutakhir pola interaksi yang efektif untuk menghindari, meminimalkan atau resolusi konflik antara anggota keluarga. Komunikasi merupakan aspek penting dalam kehidupan manusia. Komunikasi dilakukan dengan menyatakan kebutuhan satu pihak dan mendengarkan kebutuhan pihak lain (Ardian, 2014).

2.3.6. Intervensi Pemberdayaan Keluarga

Pada tahun 1988, Dunst dan Trivette mengemukakan teori pemberdayaan keluarga sebagai intervensi keperawatan dengan menyajikan model intervensi berdasarkan tiga komponen utama pemberdayaan yang berasal dari pengamatan ilmiah dan sintesa literatur (Dunst and Trivette, 1988).

a. Komponen pertama; ideologi pemberdayaan

Menjelaskan bahwa semua individu dan keluarga menyakini memiliki kekuatan dan kemampuan serta kapasitas untuk menjadi kompeten.

b. Komponen kedua; partisipasi pengalaman

Proses membangun kekuatan dari kelemahan yang ada secara benar, komponen ini merupakan bagian dari model intervensi keluarga.

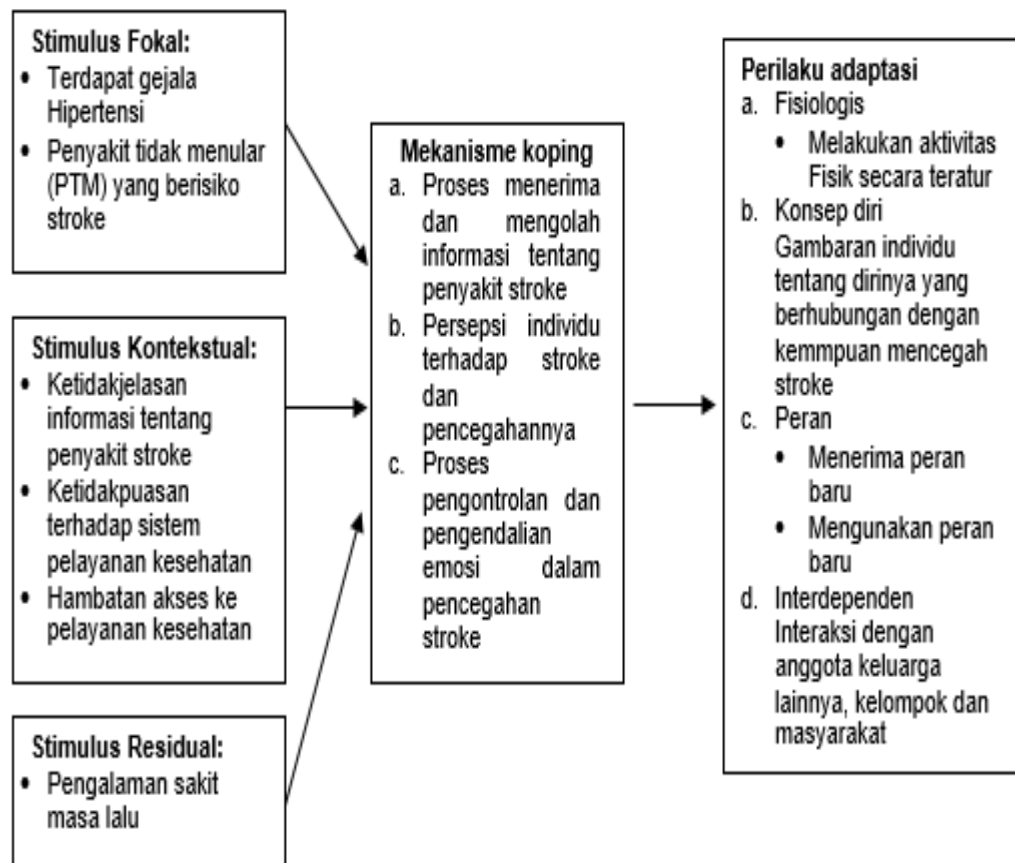
c. Komponen ketiga; hasil pemberdayaan

Komponen ini terdiri dari perilaku yang diperkuat atau dipelajari, penilaian terhadap peningkatan pengawasan misal; konsep diri dan motivasi intrinsik (Ardian, 2014).

2.4 Teori Pemberdayaan Keluarga

2.4.1. Teori adaptasi

Model adaptasi teori adaptasi dapat digunakan untuk menjelaskan fenomena masalah dan proses adaptasi pada pasien stroke. Dasar penggunaan model ini adalah bahwa upaya untuk mengurangi disabilitas dan meningkatkan kualitas hidup pasien stroke dapat dicapai dengan cara meningkatkan kemampuan pasien beradaptasi terhadap berbagai stimulus. Skema berikut menggambarkan masalah, proses coping dan perilaku adaptasi pasien stroke berdasarkan model adaptasi (Roy, S.C., & Andrews, 1999). Masalah perilaku adaptasi pencegahan dapat dilihat pada Gambar 2.3.



Gambar 2.3. Skema masalah perilaku adaptasi pencegahan stroke

Sumber : Allgood & Tommey, 2006; Ch'ng et al, 2008

2.4.2. *Transtheoretical Model*

Banyak teori yang berusaha melakukan pendekatan dalam menjelaskan pembentukan perilaku sehat. Salah satunya adalah *Transtheoretical Model*. Teori ini melakukan pendekatan dengan menggunakan tahapan dalam menjelaskan perubahan atau pembentukan perilaku sehat. Asumsi dasar model ini adalah pada dasarnya individu tidak dapat mengubah perilaku dalam waktu yang singkat, terutama pada perilaku yang menjadi kebiasaan sehari-hari (Prochaska, 2008).

Transtheoretical Model adalah model pembentukan perilaku yang berfokus pada kemampuan individu dalam membuat keputusan daripada pengaruh sosial dan biologis. Dalam menjelaskan pembentukan perilaku sehat, teori ini menggunakan tahapan-tahapan yang mana dalam setiap tahapan terdapat proses pengambilan keputusan berdasarkan prinsip-prinsip tertentu. Teori ini menggunakan dimensi waktu yaitu tahapan perubahan perilaku, untuk mengintegrasikan proses dan prinsip perubahan perilaku dari berbagai teori intervensi (Fenn et al., 2022).

Transtheoretical Model menjelaskan tahapan pembentukan atau perubahan perilaku dengan memasukkan beberapa komponen utama yaitu, *the stages of change*, *the processes of change*, *decisional balance*, *self-efficacy*, dan *temptation*. Yang mana *decisional balance* menyangkut pertimbangan baik dan buruknya perubahan yang akan dilakukan, *self efficacy* menyangkut kepercayaan diri dalam mengatasi situasi yang berisiko tanpa kembali pada kebiasaan lama serta *termination* menyangkut hasrat untuk kembali pada kebiasaan lama (Fenn et al., 2022).

Tiga komponen tersebut merupakan variabel yang saling terkait dengan *stage of change* dan *processes of change*. *Stage of Change*. Tahapan perubahan (*stage of change*) merupakan bagian penting dalam konstruk *Transtheoretical Model* karena menggambarkan dimensi waktu. Perubahan terjadi melalui tahapan-tahapan dan terjadi dalam periode waktu tertentu. *Transtheoretical Model* mengemukakan enam tahap dalam perubahan perilaku. Enam tahapan tersebut meliputi, *precontemplation*, *contemplation*, *preparation*, *action*, *maintenance* dan *termination* (Prochaska, 2008).

a. Tahap pertama adalah *precontemplation*.

Pada tahap ini seseorang tidak memiliki niat untuk berubah untuk waktu yang akan datang, biasanya dihitung selama 6 bulan ke depan. Niat untuk berubah tidak muncul bisa disebabkan oleh kurangnya informasi tentang perilaku mereka. Pada tahap ini mereka cenderung menghindari membaca, memikirkan, dan membicarakan tentang risiko-risiko atas kebiasaannya.

b. Tahap selanjutnya adalah *contemplation*.

Pada tahap ini seseorang mulai memiliki niatan untuk berubah dalam 6 bulan ke depan. Mulai memperhatikan baik buruknya perubahan yang akan dijalani. Proses menimbang antara baik dan buruk bisa membuat seseorang berada pada tahap ini dalam periode yang cukup panjang.

c. Tahap *preparation*.

Pada tahap ini seseorang bermaksud berubah dalam waktu dekat, biasanya dihitung dalam waktu satu bulan. Mereka biasanya telah memiliki rencana yang mengarah pada usaha perubahan, seperti mengikuti kelas edukasi kesehatan, konsultasi atau olahraga.

d. Tahap *action*.

Pada tahap ini seseorang telah melakukan modifikasi gaya hidup spesifik yang jelas terlihat berbeda dari 6 bulan. Pada *Transtheoretical Model*, *action* hanya salah satu dari 6 tahap yang ada. Tidak semua modifikasi perilaku dihitung sebagai *action*, hanya perilaku yang memenuhi kriteria dan disepakati oleh para ilmuwan dan para profesional. Setelah melakukan perubahan perilaku secara spesifik.

e. Tahap *maintenance*.

Tahap ketika seseorang berusaha menjaga agar perilaku lama yang ia tinggalkan tidak kembali lagi. Dalam tahap ini, seseorang kurang tertarik untuk kembali melakukan kebiasaan lamanya dan semakin meningkatkan kepercayaan dirinya bahwa ia dapat meneruskan perubahan perilaku yang telah dilakukan. Berdasarkan *temptation* dan data *self efficacy*, diperkirakan *maintenance* ini berlangsung sekitar 6 bulan sampai 5 tahun.

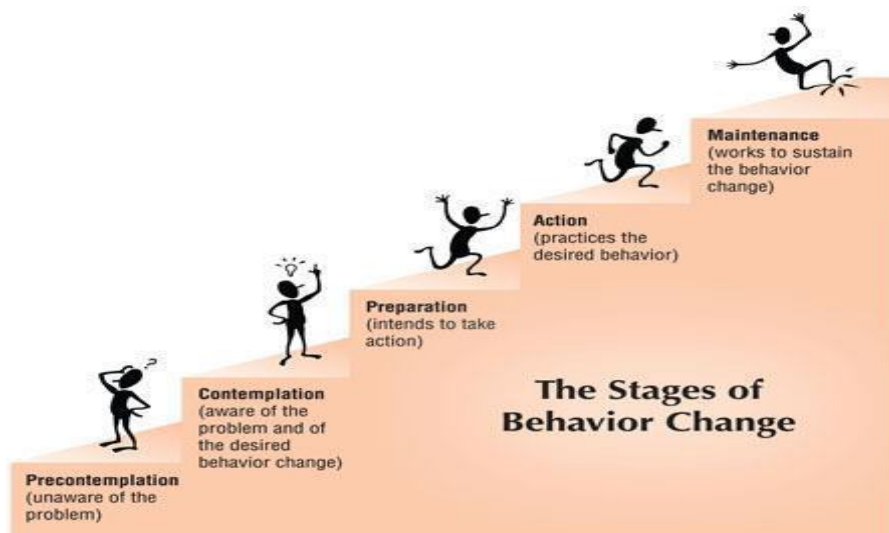
f. Pada tahapan terakhir, *termination*.

seseorang sudah tidak memiliki hasrat sama sekali untuk kembali pada kebiasaan lamanya yang tidak sehat serta memiliki *self efficacy* 100%, sehingga apapun yang terjadi padanya, entah itu depresi, bosan, cemas, sendirian, marah, atau stres, mereka tidak akan pernah kembali pada kebiasaan lamanya yang tidak sehat.

Komponen *Transtheoretical Model* digunakan untuk melakukan asesmen dan intervensi dalam pembentukan perilaku sehat. Pada umumnya, asesmen dilakukan untuk mengetahui posisi partisipan dalam *stage of change*. Selanjutnya, intervensi dilakukan sesuai dengan posisi partisipan dalam *stage of change*. Melalui kriteria yang telah ditetapkan pada setiap *stage of change*, *Transtheoretical Model* dapat diterapkan untuk mengidentifikasi dan menjelaskan bagaimana perilaku seseorang dapat berubah. Misalnya, ketika seseorang tidak memiliki niat untuk berubah, maka dia berada pada tahap *precontemplation*. Sehingga intervensi yang dapat dilakukan agar niat berubah muncul adalah dengan memberi informasi tentang perilaku sehat sehingga kesadarannya untuk berubah meningkat. Begitu juga dalam tahapan selanjutnya, intervensi disesuaikan dengan tahapan yang sedang dijalani oleh seseorang (Saputra & Sary, 2013).

Transtheoretical Model dapat mengidentifikasi dan menjelaskan bagaimana seseorang mengubah perilakunya. *Transtheoretical Model* dapat digeneralisasikan pada berbagai masalah perilaku dengan populasi yang beragam. Hal tersebut

menjadi kelebihan bagi teori ini karena tidak semua teori dapat digeneralisasikan dengan mudah. Meskipun begitu, *Transtheoretical Model* tidak lepas dari kritik. Faktanya manusia terlalu kompleks dan multidimensi untuk dikategorikan dalam tahapan yang diskrit. Hal tersebut menunjukkan bahwa pembagian dan penentuan tahapan bagi seseorang tidak dapat dengan mudah dipastikan (Saputra & Sary, 2013). *Transtheoretical model* dapat dilihat pada Gambar 2.4.

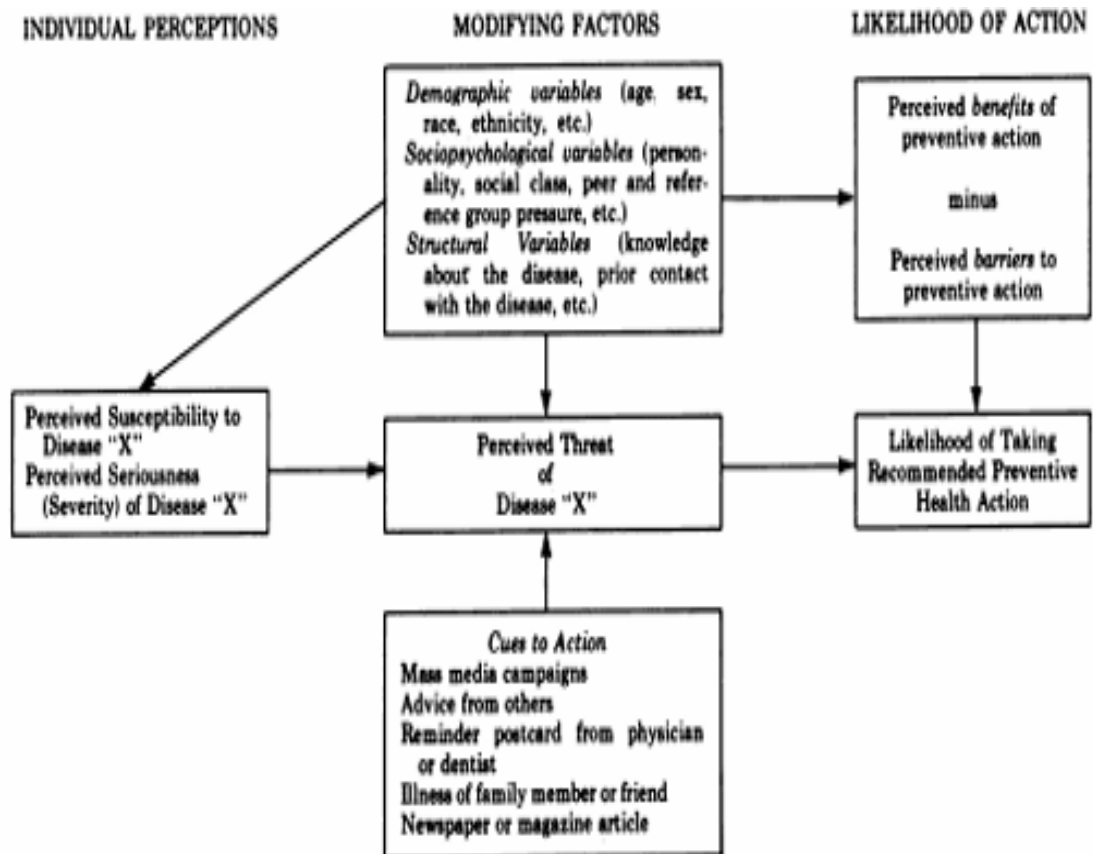


Gambar 2.4 *Transtheoretical Model*
Sumber: Prochaska, 2008

2.4.3. Teori *Health Belief Model*

Teori *health belief model* dikemukakan oleh Rosenstock pada tahun 1966. Pada tahun 1970 dan 1980, teori Kembali disempurnakan oleh Becker, dkk. Teori ini membicarakan mengenai suatu konsep dalam mengetahui persepsi seseorang dalam menerima atau tidaknya tentang kesehatan dirinya. Hal yang akan diketahui meliputi kemauan seseorang untuk menghindari penyakit, kepercayaan bahwa adanya bentuk usaha dapat terhindar dari penyakit (Hupunau, 2019).

Teori *health belief model* merupakan hasil dari penjabaran model sosio-psikologis. Teori ini muncul akibat adanya masalah kesehatan akibat tidak berhasilnya seseorang ataupun masyarakat dalam menerima bentuk pencegahan dan kesembuhan penyakit yang diberikan oleh provider (Notoatmodjo, 2015). Teori ini digunakan sebagai bentuk penggambaran atas kepercayaan seseorang dalam berperilaku hidup sehat. Selain itu, teori ini sering juga digunakan dalam memprediksi berbagai perilaku dalam hal kesehatan (Glanz et. al, 2008). Teori *Health Belief Model* dapat dilihat pada Gambar 2.5.



Gambar 2.5. *Health Belief Model Theory*

Sumber: Rosenstock & Irwin, 1974

Gambar 2.5 merupakan model dari teori *health belief model*. Menurut Glanz, terdapat beberapa variabel pada teori tersebut, yaitu:

a. *Perceived Susceptibility*

Perceived Susceptibility merupakan keadaan kerentanan terhadap penyakit yang dirasakan seseorang dan dirinya percaya termasuk kedalam seseorang yang memiliki risiko terhadap penyakit tersebut.

b. *Perceived Severity*

Perceived Severity merupakan keadaan keseriusan seseorang dalam terkena suatu penyakit sehingga melakukan tindakan pengobatan dan dampak dari kelanjutan penyakit tersebut.

c. *Perceived Benefits*

Perceived Benefits merupakan keadaan seseorang yang merasakan adakah manfaat yang diterima atas tindakan ataupun perilaku yang dilakukan, sehingga seseorang akan mempertimbangkan segala tindakan atau perilaku yang dilakukan.

d. *Perceived Barriers*

Perceived Barriers merupakan suatu keadaan yang memperlambat atau rintangan saat seseorang berperilaku untuk berubah.

e. *Perceived Self-efficacy*

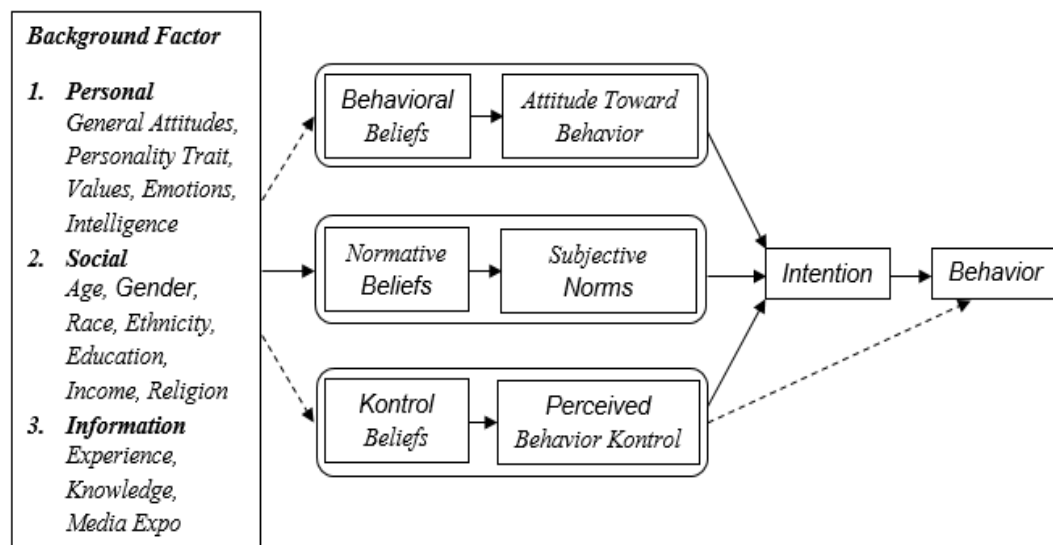
Self-efficacy merupakan suatu keadaan seseorang yang merasakan bahwa dirinya akan berhasil dalam mendapatkan hasil saat melakukan tindakan atau perilaku tertentu.

f. *Cues to Action*

Cues to action merupakan suatu hal yang memiliki isyarat atau petunjuk yang dapat digunakan seseorang dalam melakukan tindakan atau perilaku.

2.4.4. Teori *Planned Behavior*

Teori ini merupakan teori yang dikembangkan dari *theory reasoned action*. Teori *planned behavior* dijadikan oleh Ajzen untuk menambahkan suatu hal yang tidak terdapat pada teori *reasoned action*. Hal yang ditambahkan yaitu *perceived behavioural kontrol* (Pratiwi, 2017). Penambahan tersebut dilakukan dikarenakan bahwa suatu perilaku dilakukan tidak hanya ditentukan oleh sikap atau norma subjektif, dapat juga ditentukan oleh persepsi individu terhadap kontrol yang dapat dilakukan yang berasal dari keyakinan pada kontrol tersebut. Teori ini juga menjelaskan bahwa seseorang dapat berperilaku atas intensi atau niat asalkan dirinya memiliki kontrol terhadap perilakunya (Amanu, 2018). Model Teori *Planned Behavior* dapat dilihat pada Gambar 2.6.



Gambar. 2.6. *Theory of Planned Behavior*

Sumber: Krapf, S., 2014

Teori ini memiliki beberapa dimensi atau variabel, yaitu (Sholihah, 2019 dan Amanu, 2018):

a. *Background Factor*

Background factor dapat juga mempengaruhi *intention*. Faktor ini terbagi menjadi tiga yaitu personal, sosial, dan informasi. Faktor personal merupakan sifat-sifat yang dimiliki oleh dirinya seperti kepribadian, emosi, kecerdasan, dll. Faktor sosial merupakan hal yang dapat mempengaruhi saat berinteraksi sosial seperti, usia, jenis kelamin, pendidikan, agama, dll. Faktor informasi merupakan hal yang mempengaruhi kognitif saat berperilaku seperti pengetahuan dan keterpaparan media.

b. *Perceived Behavioural Kontrol*

Perceived Behavioural Kontrol didasari oleh keyakinan berupa *kontrol belief*, yang merupakan suatu keyakinan seseorang terhadap faktor pendukung atau penghambat saat berperilaku yang didasari oleh pengalaman atau pengetahuan dari dirinya ataupun dari orang lain.

c. *Subjective Norm*

Subjective norm didasari oleh keyakinan berupa *normative belief*, yang merupakan suatu keyakinan seseorang terhadap kepercayaan orang lain yang dapat dijadikan referensi atau mempengaruhinya dalam berperilaku.

d. *Attitude Toward Behaviour*

Attitude Toward Behaviour merupakan keyakinan seseorang mengenai konsekuensi yang didapat baik positif atau negative yang didapat akibat suatu perilaku.

e. *Intention*

Intention merupakan keyakinan yang dimiliki seseorang untuk seberapa kuat dan besar usaha untuk melakukan suatu perilaku.

f. *Behavior*

Behavior merupakan suatu tindakan yang seseorang lakukan karena adanya niat untuk melakukan tindakan tersebut.

2.5 Tinjauan Interaksi Keluarga dalam Sehat/Sakit

Status sehat/sakit anggota keluarga dan keluarga saling mempengaruhi. Suatu penyakit dalam keluarga mempengaruhi keseluruhan keluarga dan interaksinya, sementara itu keluarga pada gilirannya mempengaruhi perjalanan penyakit dan status kesehatan anggota keluarganya. Karena itu, pengaruh status sehat/sakit terhadap keluarga dan dampak status sehat/sakit keluarga saling

terkait atau sangat saling bergantung (Wright & Leahey, 2000). Keluarga cenderung menjadi pemicu masalah kesehatan anggota keluarganya dan sekaligus menjadi pelaku dalam menentukan masalah kesehatannya. Kembali kepada interaksi antara status kesehatan keluarga dan anggotanya, keluarga adalah sumber utama konsep sehat sakit dan perilaku sehat. Penelitian di bidang kesehatan secara jelas menunjukkan bahwa keluarganya (Campbell & Jovchelovitch, 2000).

Keluarga cenderung terlibat dalam pengambilan keputusan dan proses terapi pada setiap tahapan sehat dan sakit anggota keluarga, dari keadaan sejahtera (saat promosi kesehatan dan strategi pencegahan diajarkan) hingga tahap diagnosis, terapi dan pemulihan. Proses menjadi seorang “pasien” dan penerima layanan kesehatan terdiri atas serangkaian keputusan dan peristiwa yang melibatkan interaksi sejumlah individu, termasuk keluarga, teman, dan penyedia pelayanan kesehatan profesional. Selain itu, peran yang dimainkan keluarga dalam proses ini berbeda-beda setiap saat, bergantung pada kesehatan individu, tipe masalah kesehatan (akut, kronik, berat), dan tingkat perhatian serta keterlibatan keluarga (McDaniel et al., 1992). Tahap sehat/sakit dan interaksi keluarga dapat dilihat pada Tabel 2.7.

Tabel 2.7. Enam tahap sehat/sakit dan interaksi keluarga

ENAM TAHAP SEHAT/SAKIT DAN INTERAKSI KELUARGA	
Tahap 1	Upaya Keluarga dalam Promosi Kesehatan
Tahap 2	Penilaian Keluarga terhadap Gejala
Tahap 3	Mencari Perawatan
Tahap 4	Merujuk dan Mendapatkan Perawatan
Tahap 5	Respon Akut Klien dan Keluarga terhadap penyakit
Tahap 6	Adaptasi terhadap Penyakit dan Pemulihan

Sumber : diambil sebagian dari Doherty, 1992; Suchman, 1965; dan Campbell, 2000.

Enam tahapan sehat/sakit dan interaksi keluarga disajikan pada Tabel 2.7 untuk menggambarkan secara lebih lanjut mengenai hubungan ketergantungan antara keluarga dan status kesehatan anggotanya. Enam tahap yang dijelaskan berikut menggunakan lima tahap penyakit dan perawatan medis menurut Suchman (1965) dan lima tahap siklus sehat dan sakit keluarga menurut Doherty dan Campbell (1988). Tahapan ini juga menampilkan rangkaian pengalaman keluarga yang sifatnya sementara terhadap penyakit/disabilitas.

a. Tahap 1: Upaya Keluarga Dalam Promosi Kesehatan

Keluarga berperan penting dalam semua bentuk promosi kesehatan dan penurunan risiko (Campbell & Jovchelovitch, 2000; McDaniel et al., 1992). Namun, keluarga juga dapat memanjakan anggotanya kepada hal-hal yang membahayakan kesehatan. Banyak bentuk promosi kesehatan, pencegahan dan penurunan risiko melibatkan isu seputar gaya hidup seperti menghentikan kebiasaan merokok dan berolahraga secara teratur. Apakah seorang anak mendapat imunisasi tertentu, atau apakah seorang ayah dimotivasi untuk meningkatkan kegiatan olahraga dan memakan makanan yang bergizi, atau apakah seorang ibu mendapatkan perawatan pranatal yang baik, semua melibatkan-kurang lebihnya-keputusan dan partisipasi keluarga.

Promosi kesehatan di mulai di keluarga. Strategi kesejahteraan, agar berhasil, biasanya membutuhkan perbaikan gaya hidup seluruh anggota keluarga. Selain itu, di dalam kesehatan dan citra tubuhnya-seperti, apakah mereka lemah atau sering sakit atau sehat dan kuat. Sayangnya, keluarga juga dapat menjadi sumber penyakit di antara anggota keluarga. Ketidakteraturan sosial keluarga sering kali berakibat negatif kepada kesehatan anggota keluarganya. Berbagai masalah kesehatan khusus lebih sering dijumpai terjadi pada keluarga yang bermasalah, di antaranya tuberkulosis, gangguan jiwa (Bemak et al., 1996), anoreksia, dan bulimia (Campbell & Jovchelovitch, 2000), hipertensi (Gentry et al., 1973), penyakit jantung koroner dan kematian akibat stroke (Knutsen & Knutsen, 1991; Syme et al., 1964).

Sebuah tinjauan pustaka (Ross et al., 1990), menunjukkan pengaruh kuat terhadap kesehatan. Dalam tinjauan ini ditemukan bahwa terdapat tiga faktor dalam keluarga yang menjelaskan hubungan sebab-akibat antara keluarga dan penyakit: hubungan pernikahan, kedudukan sebagai orang tua, dan sistem dukungan sosial keluarga. Menurut sebuah penelitian, California Health Project, jenis hubungan pernikahan pasangan dapat mempengaruhi status kesehatan keluarga (Fisher & Ransom, 1995). Para peneliti ini menemukan bahwa suami-istri yang berasal dari keluarga yang "seimbang" dan "tradisional" memiliki nilai kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasangan menikah yang berasal dari keluarga yang "bercerai" dan "mengalami ketegangan emosional".

b. Tahap 2: Penilaian Keluarga Terhadap Gejala

Tahap ini dimulai ketika suatu gejala individu:

- 1) Dikenali
- 2) Ditafsirkan terkait dengan keparahannya, kemungkinan penyebab, dan makna atau artinya
- 3) Dirasakan mengganggu oleh yang mengalami gejala tersebut dan keluarganya.

Tahap ini atas keyakinan keluarga akan gejala atau penyakit seorang anggota keluarga dan bagaimana menangani penyakit tersebut (Doherty & Campbell, 1988; Campbell & Jovchelovitch, 2000). Karena keluarga berperan sebagai titik tumpu acuan guna mengkaji perilaku kesehatan dan batasan dasar sehat-sakit, keluarga dapat mempengaruhi persepsi individu. Anggota keluarga sentral (biasanya ibu) yang mempengaruhi penilaian kesehatan di beberapa kepustakaan disebut "ahli kesehatan keluarga" (Doherty & Baird, 1983).

Keluarga mempengaruhi pengenalan dari interpretasi gejala penyakit. Keluarga imigran yang miskin atau yang baru tiba sering kali merespon lambat terhadap gejala awal karena kurangnya akses ke pelayanan kesehatan atau karena mereka tidak mengenali beberapa gejala sebagai tanda penyakit yang serius (Rice et al., 2005; Koos, 1954).

c. Tahap 3: Mencari Perawatan

Tahapan pencarian perawatan dimulai ketika keluarga memutuskan bahwa anggota keluarga yang sakit benar-benar sakit dan membutuhkan pertolongan. Individu yang sakit dan keluarga mulai mencari pengobatan, informasi, saran, dan validasi profesional dari extended family, teman, tetangga, pihak nonprofesional lainnya (struktur rujukan awan), dan Internet. Keputusan menyangkut apakah penyakit anggota keluarga sebaiknya ditangani di rumah atau di klinik atau di rumah sakit, cenderung di negosiasikan di dalam keluarga (McDaniel et al., 1992). Sebagai contoh, Richardson (1970), dalam sebuah penelitian terhadap rumah tangga berpendapatan rendah di daerah perkotaan, menemukan bahwa setengah keluarga yang memiliki anggota keluarga yang sakit melaporkan bahwa mereka berkonsultasi dengan anggota keluarga lain mengenai apa yang harus mereka lakukan terhadap situasi yang mereka alami. Knapp dan rekan (1966) juga menemukan bahwa keluarga merupakan sumber informasi yang paling sering menyebutkan mengenai obat buatan rumah dan pengobatan mandiri.

Keluarga tidak hanya memberikan definisi dasar sehat, tetapi anggota keluarga juga dapat menekan seorang anggota keluarganya untuk mencapai tahap ini jika keluarga beranggapan bahwa anggota keluarga tidak memberikan reaksi semestinya. Proses ini mungkin akan menjadi hal yang sangat sulit bagi keluarga, terutama jika yang menjadi masalah utama adalah gangguan psikiatri. Hal ini dapat terjadi karena di beberapa budaya, penyakit jiwa sering kali dipandang sebagai kondisi yang memalukan bagi seluruh keluarga. Selain itu, keluarga harus menjuluki individu tersebut sakit jiwa dan mengungkapkan masalah ke masyarakat dan/ atau mengakui rasa bersalah dan malu yang mereka rasakan. Masalah akan menjadi semakin rumit ketika individu yang mengalami gangguan jiwa tersebut menyangkal gangguan yang dialaminya atau menyalahkan keluarga (Schock & Gavazzi, 2004)

d. Tahap 4: Merujuk Dan Mendapatkan Perawatan

Tahap ini dimulai saat dilakukan kontak dengan pelayanan kesehatan atau tenaga kesehatan profesional dan/atau praktisi pengobatan tradisional atau rakyat. Banyak penelitian telah menunjukkan secara jelas bahwa keluarga berfungsi sebagai lembaga yang membantu dalam menentukan tempat terapi harus diberikan dan oleh siapa (de Souza Praça & Gualda, 2000; Charney et al., 1976). Keluarga bertindak sebagai agen perujukan kesehatan utama dan akan merujuk anggotanya ke jenis layanan atau praktisi yang dinilai sesuai. Tentu saja, keputusan mengenai layanan yang akan digunakan juga ditentukan oleh ketersediaan dan kemudahan akses pelayanan kesehatan bagi keluarga.

Sebagian besar data mengenai pemanfaatan pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa dokter dan dokter spesialis merupakan sumber perawatan utama yang digunakan oleh keluarga berada, sedangkan ruang gawat darurat merupakan sumber perawatan yang paling umum digunakan oleh keluarga miskin. Dikalangan keluarga pekerja dan kelas menengah yang memiliki asuransi kesehatan, terdapat peningkatan dalam pemanfaatan kelompok praktik (Organisasi Pemeliharaan Kesehatan) yang dibayar dimuka dan sistem pengelolaan perawatan lainnya. Walaupun di beberapa variabel, seperti penerimaan, ketepatan, adekuasi perawatan yang diberikan, dan keseriusan kondisi merupakan hal yang penting, kemudahan akses ke fasilitas perawatan utama tampaknya juga menjadi penentu utama dalam menentukan siapa yang akan dihubungi oleh keluarga (Campbell & Jovchelovitch, 2000).

e. Tahap 5: Respons Akut Klien Dan Keluarga Terhadap Penyakit

Ketika klien menerima asuhan dari praktisi kesehatan, klien menyerahkan hak dan keputusan tertentu, dan diharapkan menerima peran sebagai pasien, yang ditandai dengan ketergantungan pada sarana profesional, kemauan untuk menaati saran pelayanan kesehatan, dan berupaya untuk pulih. (Parsons, 1951) menyebutkan status sosial ini dengan "Peran sisakit". Bagaimana peran ini didefinisikan dan dijalankan dirumah akan dipengaruhi oleh latar belakang sosial budaya dan keunikan keluarga. Beberapa keluarga membebaskan individu yang sakit dari semua kewajibannya dan memberikan "layanan dan bantuan" secara penuh. Keluarga yang lain mengharapkan tidak banyak perubahan perilaku terhadap individu yang sakit tersebut, mereka berharap bahwa yang bersangkutan dapat melakukan tugas seperti biasanya; pendekatan ini sering dijumpai saat individu yang sakit adalah ibu atau individu yang menjadi pemberi asuhan sentral (McDaniel et al., 1992).

Dengan demikian, unit keluarga berperan penting dalam menentukan perilaku peran anggotanya yang sakit. Keluarga juga merupakan lembaga penentu dalam memutuskan tempat pengobatan harus diberikan-rumah sakit, klinik, atau rumah. Upaya yang dilakukan oleh profesional kesehatan untuk menangani penyakit dan mempromosikan kesehatan yang baik seringkali bertentangan dengan nilai dan sikap keluarga terhadap pengobatan dan apa yang penting bagi keluarga (McDaniel et al., 1992).

f. Tahap 6: Adaptasi Terhadap Penyakit dan Pemulihan

Proses adaptasi pemulihan anggota keluarga terhadap penyakit dan adaptasi serta koping keluarga sebagai sebuah unit, telah lama dipelajari secara mendalam oleh para ilmuwan keluarga dan perawat peneliti keluarga. Tahap adaptasi adalah masa saat perawat dihubungi untuk membantu keluarga menghadapi stressor kesehatan. nlsu yang penting adalah apakah pasien tersebut dapat mengemban kembali tanggung jawab perannya yang terdahulu (sebelum sakit) atau pasien mampu untuk menciptakan sebuah peran baru yang dapat dilakukan dalam keluarga (Litman, 1974).

Baik karena sifat penyakit pasien serius (sangat melumpuhkan atau memburuk secara progresif) maupun karena anggota keluarga yang sakit adalah anggota keluarga yang penting dan penyokong fungsi keluarga, sehingga dampaknya terhadap keluarga. Keluarga kemudian menjalankan sebuah peran pendukung yang penting selama periode pemulihan dan

rehabilitasi klien. Jika dukungan ini tidak tersedia keberhasilan pemulihan/rehabilitasi menurun secara signifikan (Litman, 1974).

2.6 Tinjauan Suku Dayak

a. Etnografi Suku Dayak

Suku Dayak adalah suku-suku asli yang mendiami Pulau Kalimantan, lebih tepat lagi adalah yang memiliki budaya terrestrial (daratan, bukan budaya maritime). Sebutan ini adalah sebutan umum karena orang Daya terdiri dari beragam budaya dan bahasa. Dalam arti sempit, Dayak hanya mengacu kepada suku Ngaju (*rumpun Ot Danum*) di Kalimantan Tengah, sedangkan arti yang luas suku Dayak terdiri dari atas 6 rumpun suku. Suku Bukit di Kalimantan Selatan dan Rumpun Iban diperkirakan merupakan suku Dayak yang menyeberang dari pulau Sumatera. Sedangkan suku Maloh di Kalimantan Barat diperkirakan merupakan suku Dayak yang datang dari pulau Sulawesi. Mata pencaharian yang dilakukan oleh Suku Dayak untuk keberlangsungan hidup adalah dengan bercocok tanam, dilengkapi dengan berburu dan menangkap ikan untuk sumber makanan yang mereka butuhkan (Seran, E. Y., & Mardawani, M., 2020).

b. Pola Kebiasaan Makan Suku Dayak

Kebutuhan manusia yang dapat dikatakan penting adalah makan dan minum, sebab kegiatan tersebut merupakan suatu keharusan agar manusia dapat hidup. Bila dikaji secara lebih mendalam, Kebutuhan akan makan dan minum manusia sebenarnya bukan hanya merupakan kebutuhan biologis semata, akan tetapi yang lebih penting di sini adalah adanya sesuatu yang mendorong agar terwujudnya suatu makanan dan minuman. Pada setiap masyarakat yang ada di seluruh dunia akan selalu mempunyai makanan dan minuman yang khas daerah tersebut. Hal ini dikarenakan sistem pengetahuan masyarakat tersebut yang berkaitan dengan basil alam dan lingkungannya. Oleh sebab itu setiap masyarakat melalui proses belajar secara turun temurun menciptakan berbagai jenis makannya (Maslow, 2021).

Makanan pokok adalah makanan yang dikonsumsi sehari-hari. Pada masyarakat Dayak makanan utamanya di samping beras adalah ubi kayu (singkong) yang disertai sayur mayur yang dapat dari hasil meramu seperti daun singkong, daun jereng, daun cuka, daun rumidang, dan lain-lain. Bila ada hewan buruan maka menu makanan mereka untuk beberapa hari akan selalu

menggunakan daging tersebut. Hal ini disebabkan ada cara atau teknik tertentu agar daging yang didapat melalui buruan ini dapat tahan lama, yaitu dengan memasukkan pada bambu dan kemudian diberi air dan garam serta daun sangsang, setelah itu direbus, jenis makanan ini dapat tahan selama berminggu-minggu bahkan berbulan-bulan (Ramadhini & Suryati, 2018).

Masyarakat Dayak mulai berkomunikasi dengan masyarakat lain seiring dengan waktu. Interaksi dengan masyarakat di luar dirinya sedikit demi sedikit telah menambah pengetahuannya dalam mengolah jenis makanan. Hal ini menyebabkan secara kualitas sistem pemasakan mereka pun semakin meningkat. Dewasa ini mereka telah menggunakan bumbu-bumbu yang dijual di pasar-pasar, seperti vetsin, gula merah, dan lain-lain. Bervariasinya bumbu-bumbu yang digunakan tersebut menyebabkan masyarakat Dayak sekarang mempunyai cita rasa masakan yang lebih bervariasi. Namun demikian ada suatu ciri kesamaan antara masa lalu dan masa kini, yaitu mereka lebih suka memasak makanannya secara diturnis. Adapun jenis sayuran yang dijadikan menu masyarakat Dayak Kanayatn sekarang pada umurnya yaitu rebung (anak pohon bambu), daun ubi singkong dan ikan atau daging babi. Ikan didapat dari memancing, sedangkan babi atau rusa didapat dengan berburu (Setyowati, 2010).

Kebutuhan akan lauk pauk yang diawetkan, ada juga jenis makanan yang berupa buah-buahan yang diawetkan. Misalnya buah durian. Caranya hampir sama dengan pakasam daging. Waktu penyimpanan sekitar 3 bulan di tempayan kemudian barn dimasak. Jenis pakasam durian ini dapat dimakan secara langsung atau dimakan secara digoreng. Jenis makanan ini merupakan makanan ringan, akan tetapi ada pula yang dipakai sebagai lauk pauk. Dalam pemakasam tersebut masyarakat memakai daun sangsang, yang berfungsi sebagai vetsin (Ramadhini & Suryati, 2018).

Perilaku pola kebiasaan makan pada suku Dayak adalah kebiasaan makan-makanan yang asin, diawetkan dan berlemak. Beberapa perilaku makan makanan yang berisiko adalah sering makan makanan asin, sering makan makanan manis dan sering makan makanan berlemak (Ramadhini & Suryati, 2018). Pengaruh asupan natrium terhadap hipertensi terjadi melalui peningkatan volume plasma (cairan tubuh) dan tekanan darah. Penelitian yang dilakukan oleh (Aristi et al., 2020), yang menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara asupan tinggi natrium dengan kenaikan tekanan darah.

Menurut penelitian Johnson et al, dosis fruktosa yang tinggi (10%) air menghasilkan asupan energi dibandingkan dengan jumlah fruktosa yang biasa dikonsumsi (60%) dapat meningkatkan tekanan darah dan perubahan mikrovaskular. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Pradono menunjukkan bahwa ada hubungan makan atau minum manis dengan hipertensi. Lemak jenuh dan kolesterol diketahui dapat memperbesar risiko seseorang untuk terkena hipertensi dan penyakit jantung (Pradono, J., 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Syahrini yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara kebiasaan konsumsi makanan berlemak dengan kejadian hipertensi (Syahrini, E. N., 2012).

c. Kepercayaan Balian pada Suku Dayak sebagai Tradisi Pengobatan

Pengobatan yang dilakukan suku Kutai dan Dayak dalam mengatasi masalah kesehatannya masih bervariasi, ada yang menggunakan tenaga kesehatan (Dokter, Perawat dan Bidan) tetapi ada juga yang menggunakan kearifan lokal berupa tumbuhan obat, keterampilan dan menggunakan bacaan (doa) dan ada juga yang menggunakan kedua pendekatan tersebut. Perilaku dan sikap masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya menjadi permasalahan pelik yang dihadapi oleh pemerintah. Di satu sisi, kearifan lokal yang dimiliki masyarakat melalui obat dan keterampilan tradisional yang mereka lakukan merupakan keuntungan yang harus tetap dipertahankan sebagai kekayaan budaya Indonesia, tetapi di sisi yang lain penggunaan obat tradisional dan keterampilan tradisional dapat menyebabkan permasalahan kesehatan (Thanthirige et al., 2016).

Pada suku Dayak dikenal dengan Balian, ritual pengobatan tradisional melalui upacara balian dilakukan untuk menyembuhkan penyakit masyarakat dari gangguan ilmu hitam, santet, sihir, gendam, teluh, dan lain-lain. Adapula upacara balian bertujuan untuk menolak bala dari dan menangkai musibah serta membayar nazar. Pada pelaksanaannya dipimpin kepala prosesi ritual atau dukun yang disebut pemelian atau balean dadas. Prosesi upacara balian biasanya dilakukan dengan menghadirkan pernak-pernik sesajen, benda-benda, mantra dan iringan musik dalam rangka penyembuhan pasien yang sakit dengan mengundang roh atau arwah leluhur (Nugroho, 2020). Maka secara teknis balian menggunakan terapi secara spiritual magis yang sakral oleh para balean dadas untuk menyembuhkan para pasiennya (Irawati, 2014). Tradisi kuliner memanfaatkan kekayaan sumber daya alam dari lahan pertanian

dan berbagai ekosistem, utamanya hutan kemudian sungai, dan danau. Walau sebagian dari pengetahuan dan pemanfaatan sumber daya alam adalah sama di masyarakat Kalimantan, namun komunitas masing-masing punya juga cara yang unik untuk memasak dan mengolah makanan, dan juga mempunyai pilihan makanan yang khas yang menandai tradisi dan ciri khas komunitas tertentu, misalnya nasi lembek, sagu, nasi campur keladi, dll (Eghenter, 2018).

Masakan asli Lundayeh yang sampai saat ini menjadi favorit adalah samu/telu' yaitu makanan fermentasi dibuat dari ikan atau daging babi kemudian dicampur nasi dan garam untuk mengawetkannya. Kemudian disimpan sekitar sebulan lebih sehingga rasanya menjadi agak asam. Yang lebih favorit dan sering dilakukan pada jaman dulu, telu dimasukkan di bambu kemudian ditanam di sawah. Itu bisa tahan sampai satu tahun. Samu/telu' menjadi pemicu selera makan atau disukai karena 'nasi lancar masuk'. Aromanya yang khas dan tajam menjadi bagian dari suasana makan bersama (Eghenter, 2018).

Danau Empangau memiliki keanekaragaman jenis ikan air tawar. Balai Riset Perikanan Perairan Umum Kementerian Kelautan dan Perikanan (KKP), mendata ada sekitar 65 jenis ikan dari 19 familia yang hidup dan berkembang biak di danau ini. Pelbagai jenis ikan tersebut, di antaranya ialah entukan, ringo, tengadak, ulanguli, gurami, belidak, tapah, toman, biawan, dan buntal. Selain dijual sebagai ikan segar, warga desa di Kecamatan Bunut Hilir ini juga mengolah hasil tangkapan mereka menjadi ikan asin. Ikan diasinkan sebagai alternatif bahan pangan untuk keluarga, atau dijual (Kasih, 2018).

Perilaku makan makanan yang berisiko adalah sering makan makanan asin, sering makan makanan manis dan sering makan makanan berlemak. Kondisi perilaku makan makanan berisiko pada komunitas Lansia, terjadi peningkatan prosentasenya dari tahun 2007 ke tahun 2013, hanya pada perilaku makan makanan manis yang terjadi penurunan 9,4 %, sedangkan pada perilaku makan makanan asin meningkat tajam sebesar 1,7 % (Budianto, 2014).

Pengaruh asupan natrium terhadap hipertensi terjadi melalui peningkatan volume plasma (cairan tubuh) dan tekanan darah. Penelitian yang dilakukan oleh Febby yang menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara asupan tinggi natrium dengan kenaikan tekanan darah. Menurut penelitian Johnson et al, dosis fruktosa yang tinggi (10%) air menghasilkan asupan energi

dibandingkan dengan jumlah fruktosa yang biasa dikonsumsi (60%) dapat meningkatkan tekanan darah dan perubahan mikrovaskular. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Pradono menunjukkan bahwa ada hubungan makan atau minum manis dengan hipertensi. Lemak jenuh dan kolesterol diketahui dapat memperbesar risiko seseorang untuk terkena hipertensi dan penyakit jantung (Pradono, J., 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Syahrini yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara kebiasaan konsumsi makanan berlemak dengan kejadian hipertensi (Syahrini, E. N., 2012).

Konsumsi ikan asin memiliki hubungan dengan kejadian hipertensi sistolik. Penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh (Indrastuti et al., 2019), ikan asin merupakan salah satu jenis ikan yang diawetkan dan memiliki kandungan natrium tinggi. Pengawetan dan natrium yang tinggi di dalam ikan asin inilah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah. Penelitian yang dilakukan memaparkan ikan asin memiliki hubungan dengan tekanan darah seseorang yang mengalami hipertensi. Dapat disimpulkan bahwa konsumsi ikan asin dapat meningkatkan tekanan darah, hal ini kandungan natrium yang tinggi (Aristi et al., 2020).

d. Kondisi sosial dan ekonomi

Sistem sosial masyarakat Dayak erat dengan desa. Setiap desa memiliki pemerintahan yang dipimpin oleh seorang pembekal dan penghulu. Pembekal bertindak sebagai pemimpin desa secara administratif. Sedangkan penghulu bertindak sebagai ketua adat. Kedua posisi ini merupakan posisi yang sangat terpadang oleh masyarakat Dayak. Pada zaman dahulu, jabatan pembekal dan penghulu dirangkap oleh seorang patih. Adapula seorang penasihat penghulu yang disebut mantir. Masyarakat Dayak juga memiliki hukum adat sendiri. Indonesia, melalui UUD 1945, mengakui dan menghormati keberadaan hukum adat, meskipun tidak masuk dalam sistem peradilan secara formal (Kutai, K. B. D., 1997).

Perekonomian masyarakat Dayak secara umum bertumpu pada pertanian dan perdagangan. Durian dan pinang adalah tumbuhan yang umum ditanam oleh masyarakat Dayak. Jenis pertanian yang umum dikenal masyarakat Dayak adalah berladang. Sebelum menanam, terdapat upacara adat untuk memilih lahan berladang agar diberkati. Seperti yang dilakukan masyarakat Dayak Kayong di Kabupaten Ketapang, pada saat hendak berladang, mereka melakukan upacara adat bernama Panggol. Pada dasarnya, Panggol adalah

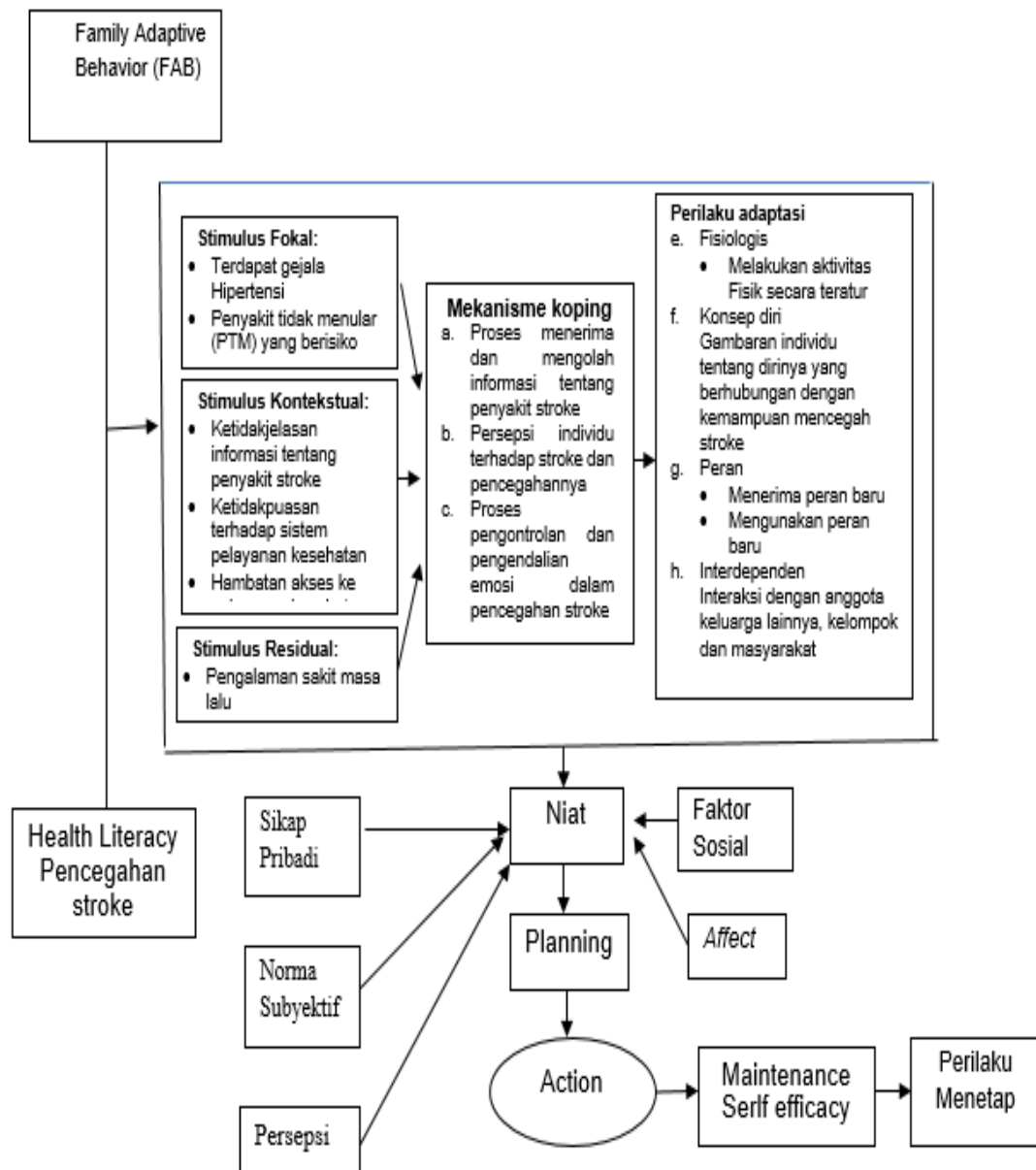
bentuk survei lahan yang subur untuk ditanami. Dalam hal perdagangan, selain menjual hasil pertanian, masyarakat Dayak juga sering kali menjual hasil kerajinan tangan seperti tikar, topi, tas dari anyaman rotan atau kulit binatang. Masyarakat Dayak juga melakukan perburuan binatang untuk keperluan makanan. Untuk melakukan perburuan, masyarakat Dayak sering menggunakan dondang, lonjo (tombak), dan ambang (parang) (Musa, D.T, 2023).

e. Interaksi Keluarga Suku Dayak

Struktur sosial suku Dayak menganut asas kekeluargaan yaitu tinggal dalam satu atap yang terdiri dari beberapa keluarga, dan asas kebersamaan mengutamakan gotong royong atau kebersamaan (Usop, 2014). dikarenakan masing-masing anggota keluarga bisa melakukan peran dan fungsinya dalam menciptakan kerukunan dengan melakukan adaptasi, integrasi dan pemeliharaan hubungan. Sehingga struktur keluarga tetap terjaga. Kecenderungan pada suku Dayak dalam hal interaksi antara status kesehatan keluarga dan anggota keluarga, yang mana keluarga cenderung terlibat dalam pengambilan keputusan dan proses terapi pada setiap tahapan sehat dan sakit anggota keluarga, dengan mengatasi masalah kesehatannya masih bervariasi, ada yang menggunakan tenaga kesehatan (Dokter, Perawat dan Bidan) tetapi ada juga yang menggunakan kearifan lokal berupa tumbuhan obat, keterampilan dan menggunakan bacaan (doa) dan ada juga yang menggunakan kedua pendekatan tersebut. Perilaku dan sikap masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya menjadi permasalahan pelik yang dihadapi oleh pemerintah. Di satu sisi, kearifan lokal yang dimiliki masyarakat melalui obat dan keterampilan tradisional yang mereka lakukan merupakan keuntungan yang harus tetap dipertahankan sebagai kekayaan budaya Indonesia, tetapi di sisi yang lain penggunaan obat tradisional dan keterampilan tradisional dapat menyebabkan permasalahan kesehatan (Thanthirige et al., 2016).

2.7 Kerangka Teori

Berdasarkan Tinjauan Pustaka yang tertuang dalam BAB II, maka dirumuskan kerangka teori pada Gambar 2.7.



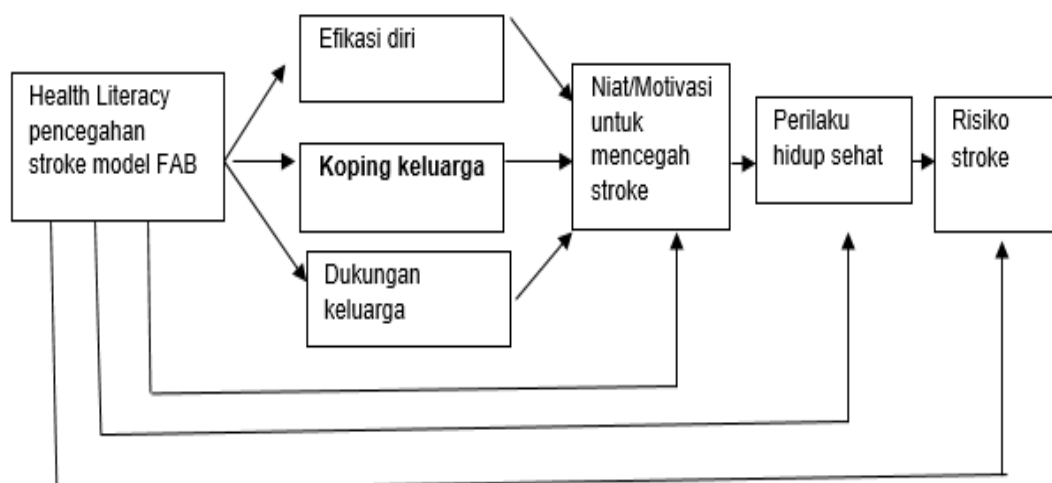
Gambar 2.7 Kerangka Teori

Sumber: Gabungan teori adaptasi (Roy & Andrews, 1999), **Teori Perilaku Interpersonal** (Triandis (1980) *Theory of Planned Behaviour*, (Fishbein dan Ajzen, 1980), *Health belief Model* (Stretcher & Rosenstock, 1997) dan Teori *Transtheoretical Model* (Prochaska, 2008).

2.8 Kerangka Konsep

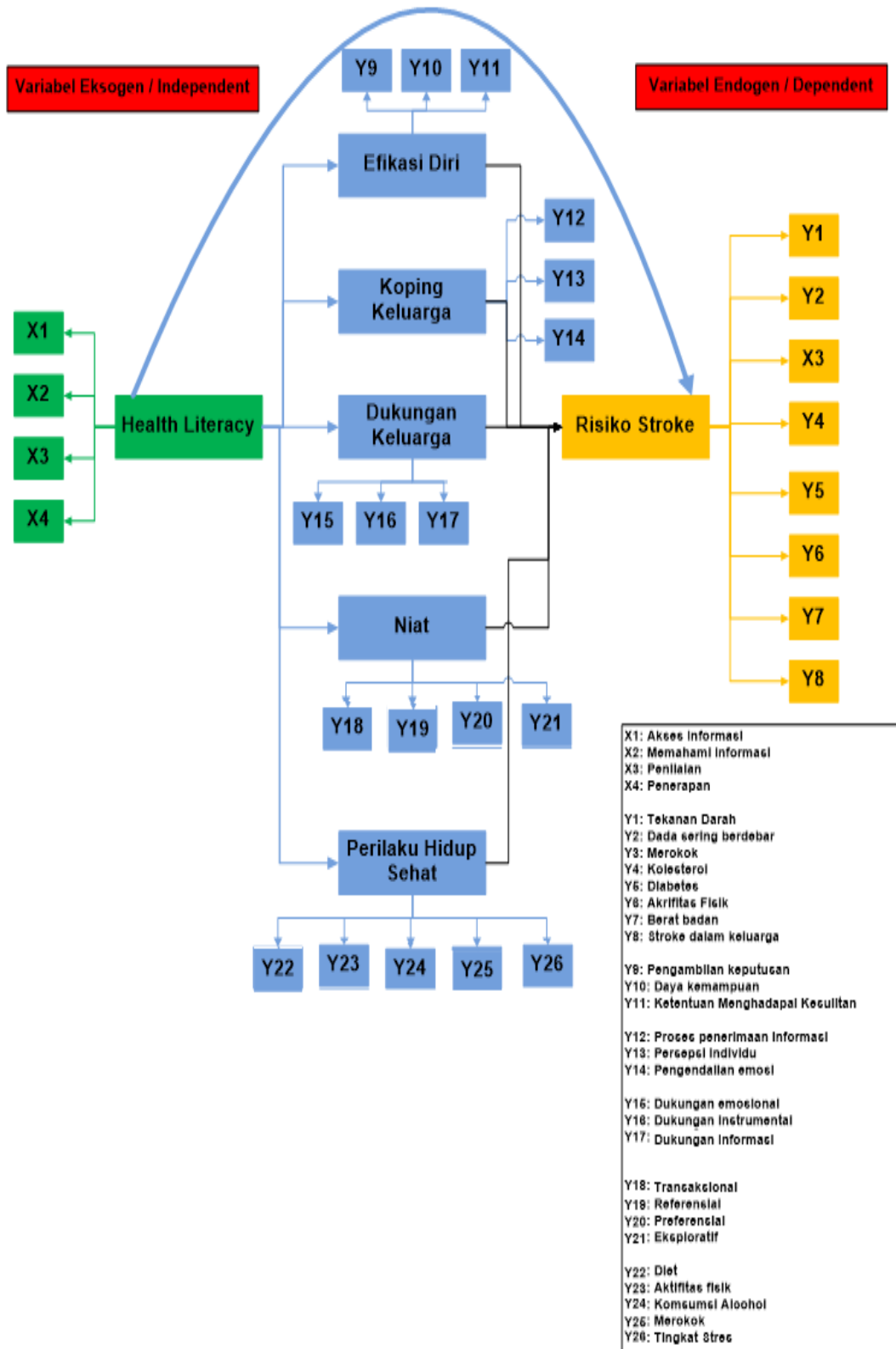
Kerangka konsep pada dasarnya adalah kerangka yang menghubungkan konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur pada penelitian ini. Kerangka konsep penelitian ini disusun untuk dijadikan landasan pikir pelaksanaan penelitian. Landasan pikir diperoleh dari pengembangan tinjauan teori pada bab sebelumnya. Proses terbangunnya kerangka konsep dalam penelitian ini mengadopsi konstruksi kerangka teori yang terbentuk melalui penggabungan dari beberapa teori, model dan hasil penelitian sebelumnya. Teori dan model tersebut kemudian digali secara mendalam dan ditetapkan menjadi variabel apa saja yang dominan mempengaruhi pencegahan stroke.

Pada tahap awal, *Health Literacy* pencegahan stroke digali dan dipahami mendalam dengan menggunakan metode *literature review* yaitu kajian pustaka, jurnal-jurnal, teori, model terkait dengan pencegahan stroke, faktor-faktor yang mempengaruhinya serta teori-teori yang dianggap berpengaruh terhadap pencegahan stroke mulai dipetakan. Kemudian faktor-faktor tersebut kembali diklasifikasikan untuk melihat variabel mana yang lebih kuat atau berpengaruh terhadap *Health Literacy* pencegahan stroke. Hasilnya terdapat variabel yang dominan mempengaruhi stroke yaitu efikasi diri, koping keluarga, dukungan keluarga, motivasi pencegahan stroke, perilaku hidup sehat, dan risiko stroke. Konsep-konsep ini dikaitkan dalam bentuk diagram sehingga dapat menunjukkan variabel-variabel penelitian. Berdasarkan uraian diatas maka peneliti menggambarkan kerangka konsep pada Gambar 2.8.



Gambar 2.8 Kerangka Konsep Penelitian Upaya Pencegahan Stroke

Indikator dari setiap variabel dapat dilihat pada Gambar 2.9.



Gambar 2.9. Pengembangan Indikator setiap variabel

2.9 Hipotesis

- a. Ada pengaruh *Health Literacy* pencegahan stroke model FAB terhadap efikasi diri, koping keluarga, dan dukungan keluarga.
- b. Ada pengaruh *Health Literacy* pencegahan stroke model FAB terhadap motivasi/niat pencegahan stroke.
- c. Ada pengaruh *Health Literacy* pencegahan stroke model FAB terhadap Perilaku hidup sehat.
- d. Ada pengaruh *Health Literacy* pencegahan stroke model FAB terhadap Risiko stroke.
- e. Ada pengaruh efikasi diri, koping keluarga, dan dukungan keluarga terhadap motivasi mencegah stroke.
- f. Ada pengaruh motivasi mencegah stroke terhadap Perilaku hidup sehat.
- g. Ada pengaruh Perilaku hidup sehat terhadap risiko stroke.
- h. Ada perbedaan *Health Literacy* pencegahan stroke Berbasis *Family Adaptive Behavior (FAB)* sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada Suku Dayak.
- i. Implementasi model *Health Literacy* pencegahan stroke Berbasis *Family Adaptive Behavior (FAB)* dinilai efektif sebagai model pencegahan stroke pada Suku Dayak.