

SKRIPSI
PENGARUH METODE EMOTIONAL DEMONSTRATION TERHADAP
PERILAKU PENCEGAHAN STROKE PADA MASYARAKAT
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PANAIKANG
KABUPATEN SINJAI
(Studi Intervensi di Desa Sanjai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai)

ANDI HAFSAH TAMRIN
K011171538



*Skripsi ini diajukan sebagai syarat untuk mendapatkan
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

DEPARTEMEN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

**PENGARUH METODE EMOTIONAL DEMONSTRATION TERHADAP
PERILAKU PENCEGAHAN STROKE PADA MASYARAKAT DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS PANAİKANG KABUPATEN SINJAI**

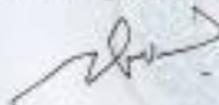
Disusun dan diajukan oleh

ANDI HAFSAH TAMRIN
K011171538

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelesaian Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
pada tanggal 12 Agustus 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Muh. Arsyad Rahman, S.KM., M.Kes
Nip. 19700418 199412 1 002

Pembimbing Pendamping



Nasrah, S.KM., M.Kes
Nip. 1989072 1201807 4001

Ketua Program Studi,



Dr. Suriah, S.KM., M.Kes
Nip. 197405202002122001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah di pertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Jumat
Tanggal 12 Agustus 2022.

Ketua : Muh. Arsyad Rahman, S.KM., M.Kes (.....)

Sekretaris : Nasrah, SKM., M.Kes (.....)

Anggota :

1. Muh Yusri Abadi, SKM., M.Kes (.....)

2. Rizky Chaeraty Syam, SKM., M.Kes (.....)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Andi Hafsah Tamrin

NIM : K011171538

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Hp : 082349051397

e-mail : andihafsahtamrin@gmail.com

denj an ini menyatakan bahwa judul skripsi **“Pengaruh Metode Emotional Demonstration Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Panaikang Kabupaten Sinjai”** benar bebas dari plagiat, dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, Agustus 2022



Andi Hafsah Tamrin

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku

Andi Hafsa Tamrin

Pengaruh Metode Emotional Demonstration Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Panaikang Kabupaten Sinjai (Studi Intervensi di Desa Sanjai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai)

(ix + 140 Halaman + 9 Lampiran)

Latar Belakang: Stroke sebesar 10% dari seluruh kematian di dunia merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah penyakit jantung koroner (13%) dan kanker (12%), Sulawesi Selatan berada pada urutan ke 17 (10.6%) tertinggi yang memiliki pasien penyakit stroke. Intervensi untuk mengurangi angka kejadian stroke salah satunya dengan edukasi *Emotional Demonstrasi* (Emo Demo). **Tujuan:** untuk menganalisis perbedaan pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat tentang pencegahan stroke sebelum dan sesudah edukasi melalui emo demo dan edukasi metode ceramah menggunakan *leaflet*. **Metode:** Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif menggunakan desain penelitian *quasi eksperimen* dengan rancangan *The Nonequivalent Control Group Design*, populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat yang berumur 35-44 tahun dan tinggal di wilayah kerja Puskesmas Panaikang, dengan jumlah sampel 68 responden. Teknik pengambilan sampel adalah *accidental sampling*, Instrumen penelitian menggunakan kuesioner. Dilaksanakan pada bulan Mei 2022 di Kecamatan Sinjai Selatan Kabupaten Sinjai. Analisis data menggunakan Uji *Wilcoxon* dan Uji *Mann-Whitney*. **Hasil:** Ada peningkatan skor pengetahuan responden menggunakan metode emo demo dengan rata-rata skor awal (3.03) setelah *posttest* 1 (13.9) dengan ($p < 0.001$). Ada peningkatan skor pengetahuan responden menggunakan metode ceramah dengan rata-rata skor awal (4.5) setelah *posttest* 1 (13.41) dengan ($p < 0.001$). Ada peningkatan skor sikap responden menggunakan metode emo demo dengan rata-rata skor awal (40.91) setelah *posttest* 1 (53.91) dengan ($p < 0.001$). Ada peningkatan skor sikap responden menggunakan metode ceramah dengan rata-rata skor awal (40.06) setelah *posttest* 1 (51.15) dengan ($p < 0.001$). Ada peningkatan skor tindakan responden menggunakan metode emo demo dengan rata-rata skor awal (4.9) setelah *posttest* 1 (9.35) dengan ($p < 0.001$). Ada peningkatan skor tindakan responden menggunakan metode ceramah dengan rata-rata skor awal (6.91) setelah *posttest* 1 (9.03) dengan ($p < 0.001$). **Kesimpulan:** ada perbedaan pengetahuan, sikap dan tindakan sebelum dan sesudah intervensi menggunakan edukasi emo demo dan edukasi ceramah dengan nilai $p = 0,000 < 0,005$ namun peningkatan berdasarkan nilai rata-rata peningkatan signifikan terjadi pada kelompok intervensi menggunakan edukasi emo demo. **Saran:** Untuk peneliti selanjutnya lebih mengembangkan variabel selain dari variabel yang telah digunakan.

Kata Kunci : Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Emo Demo, Ceramah

Daftar Pustaka : 84 (2000-2022)

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah *rabbi' alamin*, segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT. Atas berkah dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini yang berjudul “Pengaruh Metode Emotional Demonstrasi Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Panaikang Kabupaten Sinjai” sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Universitas Hasanuddin.

Penyusunan skripsi ini bukanlah semata-mata hasil kerja penulis sendiri. Ada banyak usaha dan kerja keras yang telah dilakukan dalam rangka penyelesaian skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak akan pernah terselesaikan tanpa adanya bimbingan, dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati, penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak **Muh. Arsyad Rahman, SKM., M.Kes** selaku pembimbing 1 dan Ibu **Nasrah, SKM, M.Kes** selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan serta meluangkan waktu dan pemikiran serta memberikan arahan, bimbingan, saran, kritik dan motivasi kepada penulis untuk meningkatkan kualitas diri sehingga skripsi ini bisa terselesaikan dengan baik.

Penghargaan dan ucapan terimakasih yang tidak terhingga penulis ucapkan yang sangat tulus kepada kedua orang tua tercinta, Ayahanda **H. Andi Tamrin Jabir S.Pt** dan Ibunda **Hj. Nisbah** yang telah membesarkan saya, mendidik, membimbing

dan memberikan segala dukungan, serta segala doa yang tidak pernah berhenti untuk kesuksesan penulis. Juga kepada saudara, kakak ipar, keluarga dan teman yang selalu ada untuk bertukar pikiran, memberikan motivasi dan senantiasa menguatkan penulis. Penulis juga ingin menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Bapak **Prof.Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc** selaku rektor Universitas Hasanuddin.
2. Bapak **Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc, PhD** selaku dekan, Bapak **Prof. Dr. Atjo Wahyu, SKM., M.Kes** selaku Plt. wakil dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovasi beserta seluruh tata usaha, kemahasiswaan atas bantuannya selama penulis menempuh pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Bapak **Muh, Arsyad Rahman, SKM, M.Kes** selaku ketua departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku
4. Bapak **Muh. Yusri Abadi, SKM, M.Kes** dan Ibu **Rizky Chaeraty Syam, SKM., M.Kes** selaku tim penguji yang telah memberikan saran, kritik dan arahan untuk menyempurnakan penulisan skripsi ini.
5. Bapak **Prof. Dr. Tahir Abdullah, MSPH** selaku Penasehat Akademik yang senantiasa memberikan motivasi selama penulis menempuh pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
6. Bapak/Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, khususnya Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku yang telah

memberikan ilmu, motivasi serta membagikan pengalaman hidup kepada penulis selama menempuh pendidikan di bangku kuliah.

7. Seluruh staf pegawai FKM Unhas atas segala arahan dan bantuan yang diberikan selama penulis menempuh pendidikan terkhusus kepada Kak Aty staf jurusan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku atas segala bantuannya dalam pengurusan administrasi penulis.
8. Pihak Puskesmas, Kepala Desa, kepala RT, Kader dan masyarakat yang telah memberikan banyak bantuan selama penulis melakukan penelitian.

Tidak lupa juga saya ucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Sahabat-sahabat terhebat Yanti, Icil, Emil, Tantri yang selalu ada dalam suka duka berbagi kebahagiaan, keceriaan, memberikan motivasi dan bantuan yang tiada habisnya.
2. Sahabat terkasih Ilam Nur Azim yang tiada hentinya memberikan dukungan dan motivasi bagi penulis.
3. Teman-teman PBL Desa Kampung Beru yang telah menemani hari-hari sejak PBL I, II dan III dan senantiasa memberikan semangat satu sama lain dalam penyelesaian skripsi.
4. Teman-teman KKN Tematik Kabupaten Sinjai Posko 1 yang menemani suka duka ber KKN Online selama 1 bulan.
5. Teman-teman FKM 2017, REWA 2017 dan Sobat Seventeen PKIP 2017 yang telah berjuang bersama selama menempuh pendidikan di FKM Unhas.

6. Semua pihak, saudara, sahabat yang mungkin penulis tidak sebut namanya satu persatu yang telah membantu penyusunan skripsi ini. Penulis mengucapkan terima kasih.

Akhir kata, semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi masyarakat secara umum dan bagi bidang ilmu secara khusus, serta teruntuk penulis sendiri sehingga dapat memberi kontribusi nyata bagi pendidikan dan penerapan ilmu di lapangan guna pengembangan lebih lanjut.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabaratu

Makassar, 17 Agustus 2022

Andi Hafsah Tamrin

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	Ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Tinjauan Umum Tentang Edukasi	11
B. Tinjauan Umum Tentang <i>Stroke</i>	14
C. Tinjauan Umum Tentang <i>Emotional Demonstration</i> (Emo Demo).....	30
D. Tinjauan Umum Tentang Media <i>Leaflet</i>	32
E. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan	34
F. Tinjauan Umum Tentang Sikap	39
G. Tinjauan Umum Tentang Tindakan	40
H. Tinjauan Umum Tentang Perilaku	41
I. Tinjauan Umum Tentang perilaku CERDIK	47
J. Matriks Penelitian Terdahulu	57
K. Kerangka Teori	59
BAB III KERANGKA KONSEP.....	61
A. Kerangka Konsep	61
B. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	63
C. Hipotesis Penelitian.....	64
BAB IV METODE PENELITIAN	65
A. Jenis Penelitian.....	65
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	67

C. Populasi dan Sampel	67
D. Instrumen Penelitian.....	69
E. Validitas	77
F. Reliabilitas.....	77
G. Deskripsi Intervensi	78
H. Langkah-langkah intervensi	79
I. Teknik Pengambilan Data	85
J. Metode Pengumpulan Data	85
K. Pengelolaan dan Analisis Data.....	86
BAB V HASIL PENELITIAN	89
A. Gambaran Umum Lokasi	89
B. Hasil.....	89
C. Pembahasan	126
BAB VI PENUTUP	139
A. Kesimpulan.....	139
B. Saran	140
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel. 4.1	Desain <i>Pretest Posttest Control Group Design</i>	66
Tabel 4.2	Pertanyaan Uji Coba Media Boom Boom <i>Ballons</i>	76
Tabel 4.3	Matriks Kegiatan Penelitian	78
Tabel 4.4	Langkah Langkah Kegiatan Metode <i>Emotional Demonstration</i> ...	81
Tabel 4.5	Langkah Langkah Kegiatan Metode Ceramah	83
Tabel 5.1	Distribusi Uji Normalitas Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol	90
Tabel 5.2	Distribusi Uji Homogen Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol	91
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Umur, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Tingkat Pendidikan.....	92
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Riwayat Penyakit Keluarga, Riwayat Penyakit Dan Rutin Cek Kesehatan Setiap Bulan.....	93
Tabel 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Pertanyaan Pengetahuan pada Kelompok Intervensi	95
Tabel 5.6	Distribusi Responden Berdasarkan Pertanyaan Pengetahuan pada Kelompok Kontrol	97
Tabel 5.7	Gambaran Tingkat Pengetahuan Responden Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol	98
Tabel 5.8	Distribusi Responden Berdasarkan Pertanyaan Sikap pada Kelompok Intervensi	101
Tabel 5.9	Distribusi Responden Berdasarkan Pertanyaan Sikap pada Kelompok Kontrol	105
Tabel 5.10	Gambaran Sikap Responden Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol	108

Tabel 5.11	Distribusi Responden Berdasarkan Pertanyaan Tindakan pada Kelompok Intervensi	111
Tabel 5.12	Distribusi Responden Berdasarkan Pertanyaan Tindakan pada Kelompok Kontrol	113
Tabel 5.13	Gambaran Tindakan Responden Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol	114
Tabel 5.14	Perbedaan Pengetahuan Sebelum Dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Intervensi	116
Tabel 5.15	Perbedaan Sikap Sebelum Dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Intervensi	117
Tabel 5.16	Perbedaan Tindakan Sebelum Dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Intervensi	118
Tabel 5.17	Perbedaan Pengetahuan Sebelum Dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Kontrol	119
Tabel 5.18	Perbedaan Sikap Sebelum Dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Kontrol	120
Tabel 5.19	Perbedaan Tindakan Sebelum Dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Kontrol	121
Tabel 5.20	Perbedaan Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Sebelum Dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Eksperimen Dan Kelompok Kontrol	122

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Teori Lawrence W.Green 1980.....	59
Gambar 2.2	Teori of Planned Behavior (1967).....	60
Gambar 3.1	Kerangka konsep Edukasi Pencegahan Stroke	62
Gambar 4.1	Alat Bahan <i>Emotional Demonstration</i>	71
Gambar 4.2	Media Kartu	73
Gambar 4.3	<i>Leaflet Edukasi Metode Ceramah</i>	75
Gambar 4.4	Alur Penelitian.....	84

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari membangun manusia seutuhnya seperti diselenggarakan upaya pencegahan Penyakit Tidak Menular (PTM). Upaya pencegahan PTM ditujukan untuk menurunkan angka kejadian PTM yang setiap tahun semakin meningkat di Indonesia. Karena hingga saat ini PTM menjadi penyebab kematian tertinggi di Indonesia, hingga menggeser angka kematian yang terjadi akibat dari penyakit menular (PM), khususnya penyakit Stroke.

Stroke sebesar 10% dari seluruh kematian di dunia merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah penyakit jantung koroner (13%) dan kanker (12%) di negara-negara maju. Prevalensi stroke bervariasi di berbagai belahan dunia, prevalensi stroke di Amerika Serikat adalah sekitar 7 juta (3,0%), sedangkan di Cina prevalensi stroke berkisar antara 1,8% (pedesaan) dan 9,4% (perkotaan). Di seluruh dunia, Cina merupakan negara dengan tingkat kematian cukup tinggi akibat stroke (19,9% dari seluruh kematian di Cina), bersama dengan Afrika dan Amerika Utara (Mutiarasari, 2019). Insiden stroke di seluruh dunia sebesar 15 juta orang setiap tahunnya, sepertiganya meninggal dan sepertiganya mengalami kecacatan permanen. Angka kematian akibat stroke ini mencapai 1 per 18 kematian di

Amerika Serikat. Kurun waktu 5 tahun, lebih dari setengah pasien stroke berusia >45 tahun akan meninggal (Todd dkk., 2011).

Secara Nasional, prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur >15 tahun sebesar 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Provinsi Kalimantan Timur (14,7%) dan di Yogyakarta (14,6%) merupakan Provinsi dengan prevalensi tertinggi stroke di Indonesia, sementara itu Papua dan Maluku Utara memiliki prevalensi stroke terendah dibandingkan provinsi lainnya yaitu 4,1% dan 4,6%, Sulawesi Selatan berada pada urutan ke 17 (10,6%). Prevalensi stroke pada penduduk umur 15-24 tahun adalah 1,2%, 25-34 tahun adalah 2,8%, 35-44 tahun adalah 6,9%, umur 45-54 tahun adalah 21,8%, umur 55-64 tahun adalah 33,3%, 65-74 tahun adalah 22,5% dan 75+ tahun adalah 11,5 % (Risikesdas, 2018).

Stroke menurut World Health Organization (WHO) adalah suatu keadaan dimana ditemukan adanya tanda klinis yang berkembang dengan cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan bahkan dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular. Selain itu penyakit stroke juga menjadi penyebab dimensia dan depresi (PUSDATIN RI, 2019). Badan kesehatan dunia memprediksi bahwa kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta di tahun 2030 (Field dkk, 2010).

Salah satu faktor penyebab tertinggi terjadinya stroke disebabkan oleh penyakit hipertensi karena penyakit ini tidak menampilkan tanda dan gejala yang signifikan serta “membunuh” penderitanya secara perlahan, hal inilah yang menyebabkan hipertensi sering disebut sebagai *the silent killer* yang dapat meningkatkan terjadinya stroke sebanyak 6 kali (American Heart Association, 2018). Dikutip dari hasil penelitian Hidayati dkk, (2021) menunjukkan bahwa penderita hipertensi derajat 2 memiliki risiko mengalami stroke sebesar 1,44 kali lebih besar daripada penderita hipertensi derajat 1.

Hasil penelitian Boehme dkk, (2017) menyebutkan bahwa terdapat dua faktor penyebab stroke yaitu faktor risiko yang dapat diubah dan tidak dapat diubah. Dimana faktor risiko yang dapat diubah yaitu hipertensi dan faktor perilaku seperti merokok, aktifitas fisik, diet. Adapun upaya untuk memodifikasi faktor penyebab stroke dapat dilakukan dengan upaya pencegahan yang disebut dengan perilaku CERDIK. Adapun perilaku **CERDIK** adalah akronim dari **C**ek kesehatan secara berkala, **E**nyahkan asap rokok, **R**ajin aktivitas fisik, **D**iet seimbang, **I**stirahat yang cukup, dan **K**elola stress. Hal ini menandakan bahwa perilaku CERDIK merupakan harapan untuk dilakukan sebagai perilaku sehat oleh masyarakat.

Abiyoga & Meihartati (2020) didalam penelitiannya menyebutkan bahwa melakukan pemeriksaan secara berkala akan mempengaruhi kualitas hidup. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Simbolon dkk, (2018) diperoleh 70,6% penderita stroke terjadi diakibatkan oleh faktor merokok. Penelitian Yusnabeti,

(2018) menunjukkan bahwa umur <45 tahun akan berisiko terkena stroke 5,43 kali lebih tinggi dan umur ≥ 45 tahun sebesar 1,18 kali lebih tinggi terkena stroke dibandingkan dengan yang mempunyai aktifitas fisik yang cukup. Owolabi, (2018) konsumsi sayuran hijau yang kurang dapat meningkatkan risiko 2 kali lebih besar untuk terkena stroke. Penelitian Mayuri dkk, (2017) melakukan pola tidur sehat merupakan strategi penanggulangan faktor penyebab stroke seperti hipertensi. Dan pada penelitian Ngurah & Sedana, (2020) menemukan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat stres dengan perilaku pencegahan stroke yang jika diabaikan dapat meningkatkan tekanan darah yang memicu terjadinya stroke.

Kejadian stroke paling sering dijumpai di antara orang-orang dalam usia menengah dan usia lanjut. Penyakit stroke yang biasanya didominasi oleh masyarakat berusia ≥ 50 tahun, kini cenderung diderita oleh pasien berusia <50 tahun. Namun sekarang ini ada kecenderungan diderita juga oleh pasien di bawah 40 tahun (Sitorus dkk, 2008). Hal ini dapat dilihat dari data Kemenkes RI, (2018). Kasus Stroke tertinggi yang terdiagnosis adalah kelompok umur 55-56 tahun (33,3%), kemudian disusul pada umur 65-74 tahun (22,5%), selanjutnya pada umur 45-54 tahun (21,8%), 35-44 tahun adalah 6,9% dan terendah pada umur 15-24 tahun. Sedangkan pada tahun 2013 kasus stroke tertinggi berada pada kelompok umur >75 tahun sebesar 43,1 % dan terendah pada kelompok umur 15-24 tahun sebesar 0,2% (kemenkes RI, 2013).

Masalah yang menjadi dasar penyebab seseorang menderita stroke dipengaruhi oleh perilaku individu yang kurang memahami bagaimana cara mencegah agar terhindar dari stroke, karena yang sangat mempengaruhi terbentuknya tindakan seseorang (*Oven Bihavior*) adalah pengetahuan atau ranah kognitif yang harus dimiliki (Notoatmodjo, 2013). Hal ini diperkuat dengan penelitian Asda dkk, (2018) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan stroke dengan nilai signifikan 0,033 ($p < 0,1\%$) sehingga semakin baik pengetahuan seseorang maka semakin baik perilaku pencegahan stroke. Sedangkan pola pikir dan tingkah laku merupakan suatu respon atau reaksi yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Karena pada dasarnya sikap itu tidak dapat dilihat, tetapi dapat diimplementasikan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup (Notoatmodjo, 2013).

Seorang ahli psikologi sosial yaitu Newcomb, menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan dan kesiapan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu, suatu sikap belum bisa dikatakan tindakan atau aktifitas melainkan *presdisposisi* tindakan terhadap sesuatu yang akan dilakukan. Sehingga dalam penentuan sikap yang utuh diperlukan pengetahuan, pikiran serta emosi yang terkendali ini dapat memegang peranan yang sangat penting (Notoatmodjo, 2013). Sehingga dalam pelaksanaan pola sikap dan tingkah laku pencegahan terkena penyakit stroke pada masyarakat dapat dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap.

Hal ini diperkuat dengan penelitian Mujiran dkk, (2019) juga menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap.

Sikap yang dimiliki seseorang merupakan respon batin yang timbul dan diperoleh berdasarkan pengetahuan yang dimiliki. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap merupakan respon seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang masih bersifat terselubung dan disebut *convert behavior*. Sedangkan tindakan nyata sering disebut sebagai respon seseorang terhadap stimulus dan merupakan *overt behavior* (Notoatmodjo, 2012). Berdasarkan hasil penelitian Haslina, (2021) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan pengetahuan dengan tindakan pencegahan stroke dengan hasil Uji-*square* menunjukkan nilai dan $p= 0,000$ ($p<0,005$).

Berdasarkan faktor-faktor penyebab stroke yang sebelumnya telah dijelaskan maka perlu dilakukan edukasi sejak dini untuk mencegah kejadian stroke salah satunya melalui metode *emotional demonstration*. *Emotional Demonstration* (Emo Demo) adalah salah satu metode edukasi masyarakat yang dikembangkan oleh *Global Alliance for Improved Nutrition* (GAIN). Emo Demo dikembangkan berdasarkan teori *Behavior-Centered Design* (BCD). BCD menggunakan ilmu pengetahuan dan kreatifitas karena teori ini berprinsip bahwa perilaku hanya dapat berubah sebagai respon sesuatu yang baru, menantang dan menarik (Amareta & Ardianto, 2017).

Metode *Emotional Demonstration* merupakan metode untuk mengubah perilaku yang tadinya tidak tau menjadi tahu dan tidak sadar menjadi sadar bahwa mereka berada pada pola hidup tidak sehat. Kelebihan metode edukasi emo demo ini digunakan karena murah, kegiatan mudah untuk dilakukan, dapat dilakukan di mana saja, pelaksanaan kegiatan ini lebih mengandalkan pendekatan emosional dan demonstrasi (peragaan langsung), dengan penyampain pesan secara sederhana yang menyenangkan dan menyentuh emosi serta dalam pelaksanaannya sangat santai dikondisikan seperti di sebuah permainan. Sehingga lebih mudah dipahami dan menumbuhkan partisipasi peserta (Ningtyias dkk, 2019). Beberapa hasil penelitian menunjukkan tingkat keberhasilan penyuluhan kesehatan menggunakan metode emo demo. Salah satunya penelitian yang dilakukan oleh Hasma menyebutkan bahwa emo demo hipertensi yang dilakukan pada wilayah kerja Puskesmas Anggeraja Kabupaten Engrekang, menghasilkan respon perubahan perilaku secara positif, dibuktikan dari hasil evaluasi terdapat perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan sesudah intervensi (Hasma, 2021).

Berdasarkan uraian sebelumnya hipertensi merupakan salah satu faktor tertinggi penyebab stroke. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sinjai 2018, menyebutkan bahwa hipertensi merupakan penyakit tertinggi pertama yaitu sebanyak 3.954 orang. Prevalensi penderita yang terkena hipertensi sejak bulan Januari-Oktober tahun 2021 sudah ada sekitar 5044 kasus baru (Kunjungan pertama dan belum tercatat di RS/berfasilitas kesehatan lainnya), dengan jumlah

penduduk 259.478 jiwa, penderita hipertensi yang tercatat umur 18-44 tahun sebanyak ±810 penderita (Dinkes, 2021).

Berdasarkan dari data tersebut Puskesmas Panaikang, Kecamatan Sinjai Timur merupakan salah satu Puskesmas yang memiliki data tertinggi pasien hipertensi di Kabupaten Sinjai dengan tingkat kejadian hipertensi sebesar 567 penderita, dibandingkan dengan Puskesmas Manimpahoi dengan tingkat kejadian hipertensi sebesar 483 penderita (Dinkes, 2021). Ada banyak kegiatan edukasi kesehatan yang telah dilakukan di Puskesmas Panaikang, salah satunya kegiatan edukasi pencegahan penyakit tidak menular yaitu sosialisai Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) menggunakan metode ceramah.

Bergerak dari masalah tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh edukasi *emotional demonstrasi* terhadap perilaku pencegahan stroke di wilayah kerja Puskesmas Panaikang di Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai dan edukasi ceramah menggunakan *leaflet* sebagai metode pembandingan.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah terdapat pengaruh metode *emotional demonstration* terhadap perilaku pencegahan stroke pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Panaikang?

C. Tujuan Penelitian

Dalam penelitian ini, terdapat beberapa tujuan yang ingin dicapai:

1. Tujuan Umum

Secara umum tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui pengaruh metode *emotional demonstration* terhadap perilaku pencegahan stroke terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Panaikang Sinjai Timur.

2. Tujuan Khusus

Tujuan Khusus penelitian ini yaitu:

- a. Menganalisis perbedaan pengetahuan masyarakat tentang perilaku pencegahan stroke sebelum dan setelah edukasi melalui emo demo dan edukasi metode ceramah menggunakan *leaflet*
- b. Menganalisis perbedaan sikap masyarakat tentang perilaku pencegahan stroke sebelum dan setelah edukasi melalui emo demo edukasi metode ceramah menggunakan *leaflet*
- c. Menganalisis perbedaan tindakan masyarakat tentang perilaku pencegahan stroke sebelum dan setelah edukasi melalui emo demo edukasi metode ceramah menggunakan *leaflet*
- d. Menganalisis perbedaan perbandingan *pretest* dan *posttest* dengan edukasi penyuluhan perilaku pencegahan stroke menggunakan metode emo demo dan metode ceramah menggunakan *leaflet* pada masyarakat.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Instansi Pendidikan

Diharapkan dapat dijadikan sarana pertukaran informasi dan dapat digunakan sebagai bahan bantuan, pertimbangan serta pengembangan di bidang kesehatan.

2. Bagi keilmuan

Sebagai salah satu pencapaian dari Tri Dharma Perguruan Tinggi (pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat) dalam bidang ilmu kesehatan masyarakat serta dapat dijadikan bahan masukan/tambahan pada penelitian selanjutnya.

3. Bagi penelitian

Diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan dalam melaksanakan penelitian serta pengalaman bagi penulis untuk menerapkan ilmu yang telah didapatkan selama dibangku kuliah sehingga dapat bermanfaat dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka Tentang Edukasi

1. Pengertian Edukasi

Edukasi atau disebut dengan Pendidikan kesehatan merupakan upaya-upaya yang terencana untuk mengubah perilaku individu, kelompok, keluarga dan masyarakat. Hasil yang diharapkan dari suatu pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif oleh sasaran dari promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

Edukasi merupakan suatu proses interaktif yang mendorong terjadinya pembelajaran, dan pembelajaran merupakan upaya penambahan pengetahuan baru, sikap, dan keterampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu (Smaltzer & Bare, 2008 dalam Susianti, 2016).

2. Metode Edukasi

Metode edukasi yang digunakan disesuaikan dengan tujuan dan sasaran pembelajaran. Metode edukasi terbagi menjadi tiga bagian yaitu:

- a. Metode edukasi individu yaitu edukasi yang digunakan untuk memotivasi seorang individu untuk melakukan perilaku baru atau membina individu agar mau melakukan perubahan perilaku baru. Berikut merupakan pendekatan yang digunakan (Notoatmodjo, 2007):

- 1) Bimbingan atau penyuluhan (*Guidance and Councelling*) metode atau cara ini dilakukan dengan adanya pertemuan antara pasien dan perawat lebih intensif.
 - 2) Wawancara (*Interview*) pada metode ini terjadi dialog antara pasien dan perawat untuk menggali informasi yang lebih akurat.
- b. Metode edukasi kelompok dan massa perlu memperhatikan besarnya kelompok sasaran.
- 1) Ceramah merupakan metode edukasi yang digunakan secara bervariasi dimana melibatkan peserta melalui adanya tanggapan baik atau perbandingan dengan pendapat dan pengalaman peserta.
 - 2) Diskusi merupakan salah satu jenis edukasi yang sering digunakan dalam pemberian edukasi. Metode diskusi ini dilakukan dengan cara pembentukan kelompok untuk membahas suatu permasalahan.
 - 3) Curah pendapat (*Brain Storming*) adalah suatu bentuk diskusi dalam rangka menghimpun gagasan, pendapat, informasi, pengetahuan, pengalaman, dari semua peserta.
 - 4) Bermain Peran (*Role-play*) merupakan metode untuk “menghadirkan” peran-peran yang ada pada dunia nyata kedalam suatu pertunjukan peran.
 - 5) Simulasi adalah bentuk metode praktik yang sifatnya untuk mengembangkan keterampilan peserta belajar (keterampilan mental dan fisik).

3. Media edukasi

Media kesehatan dibagi menjadi 3 berdasarkan fungsinya sebagai penyalur kesehatan (Riarsih, 2019) yaitu:

a. Media Cetak

Variasi media cetak antara lain:

- 1) *Booklet*, merupakan suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
- 2) *Leaflet*, merupakan bentuk penyampaian informasi atau pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat berupa kalimat maupun gambar, atau kombinasi.
- 3) *Flyer* (selebaran), bentuknya seperti *leaflet* tetapi tidak berlipat.
- 4) *Flip chart* (Lembaran balik), media penyampaian pesan informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik biasanya dalam bentuk buku tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan lembar baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.
- 5) *Rubrik* atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan.
- 6) Poster merupakan bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, atau di tempat umum.

7) Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.

b. Media Elektronik

Berikut adalah berbagai jenis media elektronik yang dapat digunakan sebagai media kesehatan, yaitu:

- 1) Televisi: penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui televisi dapat berupa dalam bentuk sinetron, pidato, cerdas cermat dan sebagainya.
- 2) Radio: penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui radio dapat berupa obrolan (tanya jawab), ceramah, radio sport dan sebagainya.
- 3) Video
- 4) *Slide* atau *power point*
- 5) Film Strip
- 6) Media papan (*Bill board*): biasanya dipasang di tempat umum, biasanya juga ditulis pada lembaran yang ditempel pada kendaraan umum

B. Tinjauan Umum Tentang Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke secara medis sering diartikan dengan “penyakit pembuluh darah otak”. Hal ini terjadi ketika pasokan darah ke otak berkurang atau terhambat karena diakibatkan oleh hal-hal tertentu, yang mengarah pada kurangnya kadar oksigen dalam sel-sel otak secara mendadak. Dalam beberapa menit, sel-sel

otak bisa rusak dan kehilangan fungsinya. Kerusakan otak ini mempengaruhi fungsi tubuh yang dikendalikan oleh sel-sel otak yang telah rusak.

Stroke merupakan suatu keadaan darurat medis yang serius. Sekitar 30% dari penderita stroke meninggal dunia dalam jangka waktu tiga bulan. Adapun lebih dari 50% pasien yang selamat bisa memulihkan kemampuan perawatan diri mereka dan kurang dari 20% pasien menderita cacat berat. Faktor yang mempengaruhi pemulihan tergantung pada keparahan kerusakan pada otak (termasuk jenis stroke dan area tubuh yang terpengaruh), Komplikasi yang terjadi dan kemampuan perawatan diri pasien sebelum stroke terjadi. Selain itu, sikap, dan perilaku pasien serta dukungan dari keluarga/perawat mereka serta perawatan rehabilitasi yang sesuai juga bisa memberikan efek yang sangat signifikan.

2. Klasifikasi Stroke

Menurut Warlow dkk, (2008) stroke diklasifikasikan berdasarkan :

a. *Stroke Iskemik (Stroke Non Haemorrhagic)*

Stroke iskemik merupakan tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. 80% stroke adalah stroke iskemik. Stroke iskemik ini dibagi menjadi 3 jenis, yaitu :

- 1) *Stroke trombotik*: proses terbentuknya trombus yang membuat penggumpalan.
- 2) *Stroke embolik*: tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.

3) *Hipoperfusion sistemik*: berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

b. Stroke Perdarahan (*Stroke Haemorrhagic*)

Stroke haemorrhagic adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Hampir 70% kasus *stroke haemorrhagic* terjadi pada penderita hipertensi. *Stroke haemorrhagic* ada 2 jenis, yaitu:

- 1) *Haemorrhagic intraserebral*: pendarahan yang terjadi di dalam jaringan otak.
- 2) *Haemorrhagic sub-araknoid*: pendarahan yang terjadi pada ruang *sub-araknoid* (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

3. Etiologi Stroke

Menurut Smeltzer & Bare, (2013) stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari kejadian dibawah ini, yaitu:

- a. Trombosis yaitu terjadinya pembekuan darah di dalam pembuluh darah pada otak atau leher. *Arteriosklerosis serebral* adalah penyebab utama thrombosis, yang merupakan penyebab paling umum dari stroke. Secara umum, thrombosis tidak terjadi secara tiba-tiba dan kehilangan bicara sementara *hemiplegia* atau *paresthesia* pada setengah tubuh dapat mendahului paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

- b. Embolisme serebral yaitu terjadinya pembekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya yang merusak *sirkulasi serebral*.
- c. Iskemia yaitu adanya penurunan aliran darah ke area otak.
- d. *Hemoragi serebral* yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan pendarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Pasien dengan pendarahan dan hemoragi akan mengalami penurunan nyata pada tingkat kesadaran dan dapat menjadi *stupor* atau tidak *responsive*.

Akibat dari keempat kejadian di atas maka akan terjadi penghentian suplai darah ke otak, yang mengakibatkan kehilangan fungsi otak dalam gerakan, berfikir, memori, bicara, atau sensasi pada sementara waktu atau permanen.

4. Patogenesis Stroke

Menurut Misbach, (2011) patogenesis stroke berdasarkan jenisnya sebagai berikut :

- a. Stroke Iskemik (*Stroke Non haemorrhagic*)

Iskemik otak dapat bersifat fokal atau global. Pada iskemik global, aliran otak secara keseluruhan menurun akibat tekanan perfusi, misalnya karena *syok irreversible* akibat henti jantung, perdarahan sistemik yang passif, fibrilasi atrial berat dan lain-lain. Iskemik fokal terjadi akibat menurunnya tekanan perfusi otak regional. Keadaan ini disebabkan oleh

adanya sumbatan atau pecahnya salah satu pembuluh darah otak di daerah sumbatan atau tertutupnya aliran darah sebagian atau seluruh pembuluh darah otak. Penyebabnya antara lain terbentuknya trombus, adanya emboli, dan berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

Karena adanya penutupan aliran darah pada bagian otak tertentu, maka terjadi serangkaian proses patologik pada daerah iskemi. Perubahan ini dimulai dari tingkat seluler, berupa perubahan fungsi dan struktural sel yang diikuti kerusakan pada fungsi utama serta integritas fisik dari susunan sel, selanjutnya akan berakhir dengan kematian neuron. Selain itu terjadi pula perubahan milieu ekstra seluler, karena peningkatan pH jaringan serta kadar gas darah, keluarnya zat neurotransmitter (glutamat), serta metabolisme sel-sel yang iskemik, disertai kerusakan sawar darah otak (blood brain barrier).

b. Stroke Pendarahan (*Stroke Haemorrhagic*)

Pecahnya pembuluh darah di otak dibedakan menurut anatominya, yaitu perdarahan intraserebal dan perdarahan sub-araknoid. Berdasarkan penyebabnya, perdarahan intraserebral dibagi atas perdarahan intraserebral primer dan perdarahan intraserebral sekunder. Perdarahan intraserebral primer disebabkan oleh hipertensif kronik yang menyebabkan vaskulopati serebral dengan akibat pecahnya pembuluh darah otak. Perdarahan *intraserebral sekunder* terjadi antara lain akibat anomaly vaskuler

kongenital, koagulopati, tumor otak, vaskulopati non hipertensif, vaskulitis, moyo-moya, post stroke iskemik, dan obat anti koagulan.

Pada perdarahan intraserebral, pembuluh darah yang pecah terdapat di dalam otak atau pada massa otak. Pada perdarahan sub-araknoid, pembuluh darah yang pecah terdapat di ruang subarachnoid. Pecahnya pembuluh darah disebabkan karena adanya kerusakan dinding arteri (arteriosklerosis) atau karena kelainan kongenital seperti malformasi arteri-vena, infeksi (sifilis), dan trauma.

5. Tanda dan Gejala Stroke

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologic yang bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak kuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Sehingga fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

a. Kehilangan motorik

Gejala penyakit hilangnya kontrol volunter terhadap gerak motorik. Biasanya, gejala ini muncul secara bertahap sehingga sulit dikenali pada awalnya.

- 1) Adanya kelumpuhan fokal seperti *hemiparesis* (lumpuh sebelah badan kanan/kiri saja)
- 2) *Baal* mati rasa sebelah badan, rasa kesemutan, terasa seperti terkena cabai

- 3) Mulut mencong, lidah moncong bila diluruskan
- 4) Berjalan menjadi sulit, langkahnya kecil-kecil.

b. Kehilangan komunikasi

Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut:

- 1) *Disartria* (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan saat berbicara sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk berbicara.
- 2) *Disfasia* atau *afasia* (bicara defektif atau kehilangan bicara)
- 3) *Apraksia* (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

c. Gangguan persepsi

Ketidakmampuan untuk memberikan kesan dan pendapat, stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual-spasial dan kehilangan sensorik, seperti penglihatan terganggu, penglihatan ganda, gerakan tidak terkoordinasi serta kehilangan keseimbangan.

d. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis

Disfungsi ini ditunjukkan dengan kesulitan dalam memahami, lupa, dan kurang termotivasi, yang menyebabkan pasien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka.

e. Disfungsi kandung kemih

Setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan *urinal/ bedpan*

6. Faktor Risiko terjadinya Stroke

Faktor risiko terjadinya stroke dibedakan menjadi dua yaitu yang dapat dimodifikasi/diubah dan yang tidak dapat dimodifikasi yaitu sebagai berikut (Noviyanti, 2014):

a. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi

1) Usia

Dari berbagai penelitian, diketahui bahwa semakin tua usia semakin besar pula risiko terkena stroke. Hal ini berkaitan dengan proses *degenerasi* (penuaan) yang terjadi secara alamiah pada orang-orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena adanya *plak*. Stroke dapat terjadi hampir pada semua usia, namun lebih dari 70% kasus stroke terjadi pada usia diatas 65 tahun (Pinzo & Asanti, 2010).

2) Jenis kelamin

Laki-laki memiliki risiko lebih besar untuk terkena stroke dibanding perempuan. Hal ini dikarenakan perempuan memiliki hormon estrogen yang berperan dalam mempertahankan kekebalan tubuh sampai menopause dan sebagai proteksi atau pelindung pada proses aterosklerosis. Namun setelah perempuan tersebut mengalami menopause, besar risiko terkena stroke antara laki-laki dan perempuan menjadi sama (Farida & Amalia, 2009).

3) *Hereditas* (Keturunan)

Terkait dengan riwayat stroke di keluarga, orang dengan riwayat stroke pada keluarga memiliki risiko yang lebih besar untuk terkena penyakit stroke dibanding orang yang tanpa riwayat stroke pada keluarganya.

4) Ras atau Etnis

Orang asia memiliki kecenderungan terkena stroke lebih besar dari orang eropa, hal ini ada kaitannya dengan lingkungan hidup, pola makan dan sosial ekonomi. Makanan asia lebih banyak mengandung minyak dari pada makanan orang eropa. Keadaan ini makin meningkatkan hampir 4 kali lipat pada umur sekitar 50 tahun, namun

pada usia sekitar 65 tahun penduduk Amerika yang terkena stroke sama dengan keturunan AfrikaAmerika (Wardhana, 2011).

b. Faktor yang dapat diubah

1) Merokok

Dari hasil berbagai penelitian diketahui bahwa orang-orang yang merokok memiliki kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibanding orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen ini dapat mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Dengan demikian, dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

2) Alkohol

Mengonsumsi alkohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma homosistein, kardiomiopati, dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan risiko stroke. Konsumsi alkohol yang sedang dapat menguntungkan, karena alkohol dapat menghambat thrombosis sehingga dapat menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin (Misbach, 2011).

3) *Diabetes Mellitus*

Diabetes Mellitus atau kencing manis memiliki risiko mengalami stroke. Hal ini terkait dengan pembuluh darah penderita diabetes yang umumnya lebih kaku (tidak lentur). Adanya peningkatan ataupun penurunan kadar glukosa darah secara tiba-tiba juga dapat menyebabkan kematian otak. Seorang dikatakan menderita diabetes mellitus apabila hasil pemeriksaan kadar gula darah sewaktu >200 mg/dl atau pemeriksaan gula darah puasa >140 mg/dl, atau pemeriksaan gula darah 2 jam postprandial >200 mg/dl (Smeltzer & Bare, 2008).

4) Hiperlipidemia (Hiperkolesterol)

Hiperkolesterol merupakan keadaan ketika kadar kolesterol di dalam darah berlebih. LDL yang berlebih akan mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah yang lama kelamaan akan semakin banyak dan menumpuk sehingga mengganggu aliran darah. Penelitian menunjukkan angka stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolestrol di atas 240 mg%. Setiap kenaikan 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Kenaikan HDL 1 m mol (38,7 mg%) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigliserid menaikkan jumlah terjadinya stroke (Yulianto, 2017).

5) Obesitas

Kegemukan merupakan salah satu faktor risiko terjadinya stroke. Hal tersebut terkait dengan tingginya kadar lemak dan kolesterol dalam darah pada orang dengan obesitas, yaitu biasanya kadar LDL lebih tinggi dibanding kadar HDL.

6) Penyakit hipertensi

Orang yang tekanan darahnya tinggi mempunyai peluang besar untuk mengalami stroke. Hipertensi mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses aterosklerosis. Hipertensi berperan dalam proses aterosklerosis melalui efek penekanan pada sel endotel atau lapisan dalam dinding arteri yang berakibat pembentukan plak pembuluh darah semakin cepat seseorang dikatakan hipertensi bila tekanan darahnya 140/90 mmHg (Junaidi, 2011).

7) Komorbid dengan penyakit jantung (penyakit jantung koroner)

Gangguan jantung dapat meningkatkan risiko stroke. Otak membutuhkan 25% dari konsumsi oksigen ke seluruh tubuh dengan menggunakan 20% curah jantung semenit. Penyakit jantung koroner (CAD) meningkatkan risiko stroke. Kondisi jantung lainnya, seperti cacat katup jantung, denyut jantung tidak teratur (termasuk fibrilasi atrium), dan bilik jantung membesar, dapat membentuk

penggumpalan darah yang dapat menyumbat pembuluh darah di otak lalu menyebabkan stroke.

8) Aktifitas Fisik

Kurang olahraga merupakan faktor risiko independen untuk terjadinya stroke dan penyakit jantung. Olahraga secara cukup rata-rata 30 menit/hari dapat menurunkan risiko stroke (A.Yulianto, 2011). Kurang gerak menyebabkan kekakuan otot serta pembuluh darah. Selain itu orang yang kurang gerak akan menjadi kegemukan yang menyebabkan timbunan dalam lemak yang berakibat pada tersumbatnya aliran darah oleh lemak (atheroklerosis). Akibatnya terjadi kemacetan aliran darah yang bisa menyebabkan stroke (Dourman, 2013). Diperkirakan sebanyak 17% kelompok usia produktif memiliki aktifitas fisik yang kurang. Dari angka prevalensi tersebut, antara 31% sampai dengan 51% hanya melakukan aktifitas fisik.

9) Kebiasaan Makan

Generasi muda sering menerapkan kebiasaan makan yang tidak sehat dengan sering mengkonsumsi makanan siap saji yang tinggi dengan lemak dan kolesterol tapi rendah serat. Kolesterol dapat menyumbat pembuluh darah yang pada akhirnya menyebabkan tekanan darah meninggi dan terjadi pecahnya pembuluh darah yang disebut stroke (Dourman, 2013). Pemakaian garam dapur berlebihan

meningkatkan terjadinya stroke (Yulianto, 2017). Asupan makanan yang mengandung banyak sayur dan buah mengurangi terjadinya stroke, melalui mekanisme antioksidan atau melalui kenaikan kadar kalium (Misbach, 2011). Kebiasaan makan mempengaruhi risiko stroke melalui efeknya pada tekanan darah, kadar kolesterol, gula darah, obesitas, dan prekursor aterosklerosis lain (Sediaoetama, 2000).

10) Stres Berkepanjangan

Seseorang yang mengalami situasi stres berat mempunyai risiko lebih tinggi untuk timbul stroke. Tingginya tingkat stres dapat menimbulkan tekanan darah (Dourman, 2013). Stres merupakan faktor risiko hipertensi, PJK, obesitas, dan diabetes yang juga merupakan faktor risiko penyebab stroke (Lingga, 2013).

7. Dampak Stroke

Menurut (Vitahealth, 2006 dalam Santoso, 2015) dampak stroke bergantung pada lokasi penyerangan stroke berada pada bagian mana di otak. Tetapi memang pasti ada perubahan-perubahan yang terjadi setelah seseorang mengalami stroke. Beberapa dampak seseorang yang mengalami stroke:

a. Kelumpuhan (Gangguan gerak atau mobilisasi)

Cacat umum yang diakibatkan oleh stroke adalah kelumpuhan sebelah bagian tubuh (hemiplegi). Bila stroke menyerang pada bagian kiri otak, maka akan terjadi hemiplegi kanan. Kelumpuhan yang terjadi pada bagian

wajah kanan hingga kaki sebelah kanan termasuk tenggorokan dan lidah. Bila dampak yang ditimbulkan ringan, biasanya bagian yang dirasakan tidak bertenaga. Begitupun jika yang terserang bagian kanan otak, yang terjadi adalah hemiplegia kiri dan lebih ringan disebut hemiparesis kiri. Bagaimanapun pasien stroke akan kesulitan dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti duduk, berdiri, berjalan, berpakaian, makan dan mengendalikan buang air besar ataupun kecil.

b. Perubahan mental

Stroke tidak selalu membuat mental seorang penderita menjadi merosot dan beberapa perubahan biasanya bersifat sementara. Setelah seseorang terkena stroke terjadi gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar dan fungsi intelektual lainnya. Semua hal tersebut dengan sendirinya mempengaruhi penderita. Sedih, marah dan sering merasa tidak berdaya seringkali menurunkan semangat hidupnya sehingga muncul berbagai dampak emosional yang lebih berbahaya. Hal ini juga disebabkan karena kini penderita kehilangan kemampuan-kemampuan tertentu yang sangat fasih untuk dilakukan sebelumnya.

c. Gangguan Komunikasi

Seperempat dari semua pasien stroke paling tidak mengalami gangguan komunikasi yang berhubungan dengan berbicara, mendengar, membaca, menulis dan bahkan bahasa isyarat dengan gerak tangan.

Ketidakberdayaan inilah yang membuat orang yang merawatnya sangat bingung.

d. Gangguan Emosional

Pada umumnya penyakit stroke membuat penderita tidak mampu mengerjakan sesuatu, maka sebagian besar penderita akan mengalami kesulitan dalam mengendalikan emosinya. Hal ini membuat penderita sering merasa sedih, gelisah, takut dan marah atas kekurangan yang dia alami. Perasaan seperti ini tentunya merupakan suatu anggapan yang wajar sebagai trauma psikologis akibat dari stroke meskipun hal tersebut juga sebenarnya dapat disebabkan pengaruh kerusakan pada otak secara fisik. Penderita akan mengalami depresi yang membuat penderita tidak mau bergaul, cepat lelah, lesuh, sulit tidur, mudah tersinggung, putus asa, bahkan dapat berakibat ingin bunuh diri

e. Kehilangan indra perasa

Penderita stroke bisa kehilangan kemampuan sensoris sentuh. Cacat sensoris dapat mengganggu kemampuan dalam mengenali benda yang dipegangnya. Dalam kasus yang ekstrem, pasien bahkan tidak mampu mengenali anggota tubuhnya sendiri.

C. Tinjauan Pustaka Tentang *Emotional Demonstration* (Emo Demo)

1. Pengertian Emo Demo (*Emotional Demonstration*)

Emotional Demonstration (Emo Demo) adalah salah satu metode edukasi masyarakat masyarakat yang dikembangkan oleh *Global Alliance for Improved Nutrition* (GAIN) melalui pendekatan baru yang mengacu pada teori *Behavior Centered Design* (BCD). BCD dicetuskan oleh *Environmental Health Group* dari *London School Of Hygiene and Tropical Medicine* (LSHTM) . BCD dikembangkan berdasarkan prinsip evolusioner dan psikologi lingkungan sekaligus juga sebagai cara untuk merencanakan dan menguji intervensi perubahan perilaku yang bersifat imajinatif dan Provokatif (Kemenkes RI, 2017).

Emo demo adalah sebuah panduan kegiatan yang sangat partisipatif yang bertujuan untuk menyampaikan pesan sederhana dengan cara yang menyenangkan dan atau menyentuh emosi, sehingga membuatnya mudah diingat dan berdampak dibandingkan dengan strategi perubahan perilaku tradisional lainnya.

Teori BCD berprinsip bahwa perilaku hanya dapat berubah sebagai respon atas sesuatu yang baru, menantang, mengejutkan atau menarik (Aunger & Curtis, 2015). Metode emo demo ini menggunakan cara-cara yang bersifat imajinatif dan provokatif untuk mencapai perubahan perilaku dalam bidang kesehatan masyarakat.

Perubahan hanya dapat terjadi sebagai respon terhadap hal yang baru, menggugah dan menyenangkan. Metode Pendidikan kesehatan yang biasa dilakukan cenderung menanamkan pengetahuan dahulu. Metode emo demo yang dilakukan sebagai intervensi menggunakan pendekatan *Behavior Centered Design* (BCD). Pendekatan ini berusaha memasukkan unsur psikologi sebagai inovasi untuk merubah perilaku individu. Penggabungan ilmu pengetahuan dan kreativitas dalam penyusunan pesan, menjadikan metode ini dapat mentransfer pesan perubahan perilaku yang lebih mudah diterima sasaran (Aunger & Curtis, 2015).

2. Prinsip Emo-Demo

- a. Sosial: setiap orang menginginkan berkumpul secara sosial, menciptakan group dinamis dan menyenangkan.
- b. Cerita : Lebih mudah diingat dari pada realita, menceritakan hal inspiratif dan tidak pernah terbayangkan serta membuat mereka terinspirasi.
- c. Emosional : Edukasi ditujukan untuk perasaan mereka bukan pikiran mereka.
- d. Nyata: menggunakan perlengkapan untuk membuat idenya lebih nyata seperti kehidupan sehari-hari.
- e. Tidak terduga: Tidak sama dengan pola lainnya, membuat mereka terkejut.
- f. Sederhana: Buat secara sederhana.

3. Kelebihan dan Kelemahan Metode Emo-Demo

- a. Kelebihan dari Metode Emo-Demo menurut Global Alliance For Improved Nutrition (GAIN) yaitu:
 - 1) Orang biasanya lebih percaya kepada apa yang mereka lihat atau kerjakan daripada apa yang mereka dengar atau baca.
 - 2) Peragaan dapat diulang dan langsung dicoba oleh peserta.
 - 3) Menggunakan benda nyata atau sesungguhnya.
 - 4) Suasana relatif santai dan menyenangkan.
- b. Kelemahan dari metode Emo-Demo menurut Global Alliance For Improved Nutrition (GAIN) yaitu:
 - 1) Banyak media dan alat yang digunakan
 - 2) Apabila alat atau benda yang diperaga termasuk alat berat atau agak rumit atau jumlahnya terbatas, hanya beberapa orang yang mempunyai kesempatan untuk mempraktikkannya.
 - 3) Memerlukan persiapan dan perencanaan yang matang.

D. Tinjauan Umum Tentang Media *Leaflet*

Leaflet adalah selebaran lipat yang berisi keterangan singkat tetapi lengkap, komponen *Leaflet* antara lain judul, teks (materi), foto, ilustrasi, masing–masing komponen dapat berdiri sendiri atau gabungan, ukuran terkecil sekitar setengah folio dan terbesar satu folio, dapat digunakan sebagai promosi, pengumuman atau sebagai alat informasi (kemenkes RI, 2016).

Leaflet merupakan alat promosi sederhana yang digunakan dalam bentuk selebaran kertas dan berukuran kecil yang mudah digunakan, berisi cerminan kebiasaan, kehidupan dan kepercayaan yang mudah dimengerti oleh masyarakat, namun pada umumnya *Leaflet* sendiri terdiri dari 200 sampai 400 karakter atau huruf yang ditata dan disertai gambar untuk mendukung isi *Leaflet* tersebut (Handayani, 2010).

Leaflet adalah selebaran kerja yang menjadi sarana dalam suatu kegiatan promosi yang biasanya berisi tulisan cetak dan beberapa gambar tertentu tentang suatu topik khusus untuk sasaran dan tujuan tertentu dan menggunakan bahasa yang sederhana, singkat serta mudah dipahami.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *Leaflet* adalah sumber informasi yang sangat efektif untuk mudah dimengerti dengan adanya pesan-pesan kesehatan yang menjelaskan melalui bentuk maupun gambar. Ukuran umumnya 20×30 cm, dengan jumlah tulisan umumnya 200–400 kata, secara umum berisi garis–garis besar penyuluhan dan isi harus dapat ditangkap dengan sekali baca. *Leaflet* biasanya diberikan setelah pelajaran dan penyuluhan selesai dilaksanakan atau dapat pula diberikan sewaktu penyuluhan berlangsung untuk memperkuat ide yang disampaikan. Kekuatan media *Leaflet* adalah dapat disimpan lama, sasaran dapat menyesuaikan, dan belajar mandiri, pengguna dapat melihat isinya pada saat santai, jangkauan sasaran lebih luas, dapat membantu media lain, isi dapat dicetak kembali (Suiraoaka & Supariasa, 2012).

E. Tinjauan Pustaka Tentang Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah manusia menggunakan penginderaan terhadap suatu objek. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan merupakan sesuatu yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang.

Ada 6 tingkatan pengetahuan di dalam domain kognitif (Notoatmodjo, 2012), yaitu:

a. Tahu (*know*),

Tahu (*know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Contoh: dapat menyebutkan tanda-tanda kekurangan kalori dan protein pada anak kita.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami (*comprehension*) diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan suatu materi tersebut secara benar. Contoh: dapat menjelaskan mengapa harus makan makanan bergizi.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi (*application*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Contoh: dapat menggunakan rumus-rumus statistik dalam perhitungan hasil penelitian.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis (*analysis*) yaitu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Contoh: dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*),

Sintesis (*synthesis*) merupakan kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Contoh: dapat menyusun, dapat merencanakan dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi (*evaluation*) tingkat pengetahuan yang berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Contoh: dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan yang kekurangan gizi.

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor (Notoatmodjo, 2003) antara lain:

a. Faktor Internal

1) Pendidikan

Pendidikan merupakan proses yang membawa seseorang untuk meraih atau memiliki wawasan dan pengetahuan yang seluas-luasnya. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi pola pikir dan daya cerna seseorang terhadap informasi yang dia terima. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin tinggi pula informasi yang dapat diserap dan tingginya informasi yang dia serap mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang begitu juga sebaliknya.

2) Pengalaman

Pengalaman adalah hal-hal yang pernah dialami oleh seseorang ataupun orang lain sehingga bisa dikatakan bahwa pengalaman dapat bersumber dari diri sendiri ataupun dari orang lain.

3) Intelligensi

Intelligensi merupakan kemampuan yang dibawa seseorang sejak lahir sehingga membuat orang tersebut memungkinkan berbuat sesuatu dengan cara tertentu. Tingkat inteligensi mempengaruhi seseorang

dalam menerima suatu informasi. Orang yang memiliki inteligensi tinggi akan mudah menerima suatu pesan maupun informasi.

4) Usia

Usia adalah umur seorang individu mulai saat dilahirkan. Pada umumnya seiring bertambahnya usia, seseorang akan memiliki pemikiran yang lebih matang, dalam menerima informasi dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dibandingkan dengan orang yang belum tinggi tingkat kedewasaannya. Namun perlu ditekankan, seseorang yang berumur lebih tua tidak mutlak akan memiliki pengetahuan yang lebih tinggi dibandingkan dengan seseorang yang lebih muda.

5) Pekerjaan

Pekerjaan merupakan kegiatan yang dilakukan dalam menunjang kehidupan, pekerjaan dapat membuat seseorang memperoleh pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung. Sebagai contoh, seorang individu yang bekerja di tenaga kesehatan akan memiliki pengetahuan yang lebih baik mengenai sesuatu yang berhubungan dengan bidang yang dikerjakannya dibandingkan dengan orang yang bekerja diluar bidang kesehatan.

b. Faktor Eksternal

1) Faktor lingkungan

Faktor lingkungan merupakan segala sesuatu yang ada disekitar individu dan mempengaruhi perkembangan dan perilaku seseorang. Dapat berkaitan dengan keadaan disekitar daerah tempat tinggalnya. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya informasi ke individu yang berada dalam lingkungan tersebut.

2) Tingkat ekonomi

Tingkat ekonomi berpengaruh terhadap tingkah lakunya. Individu yang berasal dari keluarga yang berstatus ekonomi baik umumnya memiliki sikap positif dalam memandang kesehatan dan masa depannya bila dibandingkan dengan mereka yang berasal dari keluarga dengan tingkat ekonomi rendah. Faktor ekonomi berhubungan pula dengan kesempatan mendapatkan informasi.

3) Media massa

Media massa dapat memberikan informasi yang dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*), sehingga menghasilkan pengetahuan. Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, termasuk penyuluhan kesehatan mempunyai pengaruh terhadap

pembentukan pengetahuan seseorang. Semakin banyak seseorang menerima informasi maka pengetahuannya pun akan meningkat.

F. Tinjauan Pustaka Tentang Sikap

1. Pengertian Sikap

Menurut Notoatmodjo (2012), sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yaitu:

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Newcomb (1998), salah seorang psikolog sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dengan kata lain, fungsi sikap merupakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup.

2. Tingkatan Sikap

Seperti halnya pengetahuan, sikap terdiri dari beberapa tingkatan, yaitu:

- a. Menerima (*receiving*), yaitu sikap dimana seseorang atau subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

- b. Menanggapi (*responding*), yaitu sikap memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.
- c. Menghargai (*valuing*), yaitu sikap dimana subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus. Dalam arti membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi orang lain merespon.
- d. Bertanggungjawab (*responsible*), sikap yang paling tinggi tindakannya adalah bertanggungjawab terhadap apa yang diyakininya.

G. Tinjauan Pustaka Tentang Tindakan

1. Pengertian Tindakan

Menurut Notoatmodjo (2012), tindakan adalah seseorang yang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik).

2. Tingkatan Tindakan

Ada 3 tingkatan tindakan sebagai berikut:

a. Respon Terpimpin

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh merupakan indikator tindakan tingkat pertama. Contoh: seorang ibu memeriksakan kehamilannya tetapi masih menunggu diingatkan oleh bidan atau tetangganya.

b. Mekanisme

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai tindakan tingkat kedua. Contoh: seorang anak secara otomatis menggosok gigi setelah makan, tanpa disuruh ibunya.

c. Adopsi

Adopsi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya, tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Contoh: menggosok gigi, bukan sekedar gosok gigi, melainkan dengan teknik-teknik yang benar.

H. Tinjauan Umum Tentang Perilaku

1. Pengertian Perilaku

Perilaku adalah semua tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati. Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup yang bersangkutan). Sedangkan dari segi kepentingan kerangka analisis, perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut baik dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung (Notoatmodjo, 2012).

Timbulnya perilaku (yang dapat diamati) merupakan resultan dari tiga daya pada diri seseorang, yakni daya seseorang yang cenderung untuk

mengulangi pengalaman yang enak dan cenderung untuk menghindari pengalaman yang tidak enak (disebut *conditioning* dari Pavlov & Pragmatisme dari James); daya rangsangan (stimulasi) terhadap seseorang yang ditanggapi, dikenal dengan "*stimulus-respons theory*" dari Skinner: daya individual yang sudah ada dalam diri seseorang atau kemandirian.

Proses pembentukan dan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari diri individu itu sendiri, antara lain susunan syaraf pusat, persepsi, motivasi, emosi dan belajar. Susunan syaraf pusat memegang peranan penting dalam perilaku manusia, karena perilaku merupakan perpindahan dari rangsangan yang masuk ke respon yang dihasilkan. Perpindahan ini dilakukan oleh susunan syaraf pusat dengan unit-unit dasarnya yang disebut neuron. Neuron memindahkan energi dalam impuls-impuls syaraf. Perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi ini adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indra pendengaran, penciuman dan sebagainya (Irwan, 2017).

2. Pembentukan Perilaku

Prosedur pembentukan perilaku menurut Notoatmodjo (2010), yaitu :

- a. Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang menjadi penguat atau *reinforceber* berupa hadiah atau rewards bagi perilaku yang akan dibentuk.

- b. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki, Kemudian disusun dalam urutan tempat menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
- c. Menggunakan komponen-komponen tersebut secara urut sebagai tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforce* atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut.
- d. Melakukamn pembentukan prilaku dengan menggunakan urutan komponen yang telah disusun.

3. Komponen Perilaku

Ada 3 komponen prilaku menurut (Priyoto, 2015):

- a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah cara seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam pembentukan tindakan seseorang (*over behavior*).

- b. Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah suatu reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek.

c. Keterampilan (*practice*)

Setelah seseorang mengetahui stimulasi atau objek kesehatan, kemudian melakukan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahuinya.

4. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu :

a. Perilaku pemeliharaan kesehatan

Perilaku atau usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak terkena penyakit dan usaha untuk menyembuhkan sakit terdiri dari tiga bagian diantaranya :

- 1) Perilaku pencegahan sakit dan menyembuhkan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bila telah sehat dari sakit.
- 2) Perilaku peningkatan kesehatan, bila seorang dalam keadaan sehat.
- 3) Perilaku gizi, makanan dan minuman.

Dari tiga cakupan diatas perilaku yang terkait dengan penelitian ini adalah perilaku seseorang dalam pencegahan sakit.

b. Perilaku pencarian dan penggunaan system atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan. Perilaku ini menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita suatu

penyakit, tindakan perilaku ini dimulai dari pengobatan sendiri sampai mencari pengobatan keluar negeri.

- c. Perilaku kesehatan lingkungan Bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial budaya dan sebagainya, sampai lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

Becker (1979) dalam Notoatmodjo (2010), perilaku kesehatan ini menjadi 3 bagian yaitu :

- 1) Perilaku hidup sehat

Perilaku yang berhubungan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan.

- 2) Perilaku sakit

Perilaku sakit mencakup respon seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit.

- 3) Perilaku peran sakit

Perilaku orang sakit meliputi tindakan memperoleh kesehatan, mengenal atau mengetahui fasilitas kesehatan untuk penyembuhan penyakit, dan mengetahui hak dan kewajiban orang sakit.

5. Perilaku Pencegahan Stroke

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia tahun 2012, stroke dapat dicegah dengan merubah gaya hidup, mengendalikan, mengontrol,

dan mengobati penyakit yang menjadi faktor risiko, terutama faktor risiko tertinggi hipertensi. Pencegahan stroke bagi pasien hipertensi dibagi menjadi dua yaitu:

a. Pencegahan primer

Pencegahan primer adalah upaya yang dilakukan sebelum seseorang terkena stroke. Pencegahan primer melalui pendidikan kesehatan bisa berupa kampanye melalui *flyer* tentang bahaya rokok terhadap stroke, memberikan informasi tentang stroke melalui pendidikan kesehatan menggunakan media cetak, elektronik, *billboard* atau ceramah (Konsensus Nasional Pengelolaan Stroke, 1999). Cara untuk mempertahankan gaya hidup sehat, yaitu:

- 1) Hentikan kebiasaan merokok.
- 2) Berat badan diturunkan atau dipertahankan sesuai berat badan ideal:
 - a) BMI <25 kg/m².
 - b) Garis lingkar pinggang < 80 cm untuk wanita.
 - c) Garis lingkar pinggang <90 cm untuk pria.
- 3) Makan makanan sehat :
 - a) Rendah lemak jenuh dan kolesterol.
 - b) Menambah asupan kalium dan mengurangi natrium.
 - c) Makan buah-buahan dan sayur-sayuran.

- 4) Olahraga yang cukup dan teratur dengan melakukan aktivitas fisik yang bernilai aerobik (jalan cepat, bersepeda, berenang, dll) secara teratur minimal 30 menit dan minimal tiga kali dalam seminggu.
- 5) Tekanan darah dipertahankan pada 120/80 mmHg.

b. Pencegahan sekunder

Pencegahan ini merupakan upaya pencegahan agar seseorang tidak terkena stroke berulang caranya dengan:

- 1) Mengendalikan faktor risiko yang telah ada seperti mengontrol tekanan darah tinggi, kolesterol, gula darah, dan asam urat.
- 2) Merubah gaya hidup.
- 3) Minum obat sesuai anjuran dokter secara teratur.
- 4) Kontrol ke dokter secara teratur.

I. Tinjauan Umum Tentang Perilaku CERDIK

CERDIK merupakan salah satu strategi dalam pengendalian Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular (FR PTM) yaitu pemberdayaan dan peningkatan peran serta masyarakat secara mandiri dan berkesinambungan dalam mencegah peningkatan kejadian PTM di masyarakat dan bertujuan untuk mendorong masyarakat agar mandiri dalam penerapan gaya hidup sehat.

1. Cek kesehatan secara berkala

Pemeriksaan kesehatan secara dini dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit, Pemantauan dapat dilakukan melalui pengukuran tinggi

badan, berat badan, lingkar perut, tekanan darah serta pemeriksaan gula darah sewaktu, monitoring perilaku merokok, diet dan aktifitas fisik yang dilakukan secara rutin dan periodik.

a. Cek Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB)

Mengukur tinggi badan dan berat badan berguna untuk mendapatkan nilai indeks massa tubuh (IMT) yang nantinya akan digunakan dalam menentukan apakah berat badan dan tinggi badan anda sudah ideal atau beresiko terkena penyakit tidak menular.

b. Cek Lingkar Perut Anda

Lemak perut jika berlebihan akan memicu masalah kesehatan yang serius, seperti serangan jantung, stroke, dan diabetes. Batas aman lingkar perut untuk pria adalah 90 cm dan wanita adalah 80 cm.

c. Cek Tekanan Darah

Tekanan darah adalah salah satu cara deteksi dini risiko hipertensi, Stroke, dan penyakit jantung. Angka hasil pemeriksaan “Normal” jika di bawah 140/90 mmHg.

d. Cek Kadar Gula Darah

Cek kadar darah menunjukkan kadar glukosa dalam darah. Hasilnya membantu deteksi masalah diabetes, hasil tes normal jika kadar gula dalam darah kurang dari 100.

e. Cek Kolesterol Total

1) LDL (Kolesterol “Buruk”)

Kolesterol LDL dapat mengumpul di dinding arteri anda dan meningkatkan risiko anda untuk terkena penyakit jantung. Itulah sebabnya kolesterol LDL disebut sebagai kolesterol jahat.

2) HDL (Kolesterol “ Baik”)

Untuk kolesterol HDL atau yang disebut juga dengan kolesterol “baik” semakin tinggi angkanya maka semakin rendah risiko anda terkena penyakit jantung

3) Tridliserida

Kadar trigliserida yang tinggi telah dikaitkan dengan risiko yang lebih tinggi karena penyakit arteri koroner.

f. Cek Arus Puncak Ekspirasi

Arus puncak ekspirasi adalah salah satu cek kesehatan dalam uji fungsi paru, pengukuran ini biasa dilakukan pada penderita asma atau berbagai penyakit obstruktif lainnya untuk menilai kemampuan paru-paru.

g. Deteksi Dini Kanker Leher Rahim

Cara yang paling umum untuk deteksi dini kanker leher rahim adalah dengan melakukan pilihan pemeriksaan berkala yaitu:

1) Test PAP SMEAR

Test ini dapat dilakukan di rumah sakit, klinik, dokter kandungan ataupun laboratorium tedekat dengan bantuan tenaga kesehatan telatih. Test PAP Smear dapat dilakukan bila anda tidak dalam keadaan haid atau hamil. Untuk hasil tebaik, sebaiknya tidak berhubungan intim minimal 3 hari sebelum pemeriksaan.

2) Test IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat)

Tes ini dapat dilakukan dirumah untuk mendeteksi kanker dengan cara mengoleskan larutan asam asetat (asam cuka 3-5%) pada leher rahim. Asam asetat menegaskan dan menandai pra-kanker dengan perubahan warna agak keputihan. Hasilnya dapat diketahui saat itu juga atau dalam waktu 15 menit. Tes IVA dapat dilakukan kapan saja, termasuk saat menstruasi, saat asuhan nifas atau pasca keguguran.

h. Sadari Periksa Payudara Sendiri

Pemeriksaan payudara sendiri bisa dilakukan perempuan sejak berusia 20 tahun. Pemeriksaan payudara sendiri dapat dilakukan sehabis mandi. Gerakan meraba atau memijat lembut lebih mudah karena masih adanya sabun yang menempel di kulit

Berikut tahap-tahap pemeriksaan yang dapat dilakukan:

- 1) Lihat payudara anda di cermin dengan bahu lurus dan tangan diletakkan di pinggul. Amatilah ukuran, bentuk dan warna payudara. Apakah ada perubahan yang mudah terlihat atau pembengkakan.
- 2) Angkat lengan dan lihat perubahan yang mungkin terjadi. Sambil melihat cermin perlahan-lahan tekan puting susu antara jari telunjuk dan ibu jari, serta lakukan cek terhadap keluaran puting susu (dapat berupa air susu atau kekuningan atau darah).
- 3) Lakukan perabaan terhadap payudara anda sambil berbaring. Gunakan tangan kanan untuk meraba payudara kiri dan tangan kanan kiri untuk meraba payudara kanan.
- 4) Lakukan perabaan terhadap payudara anda dengan gerakan yang sama sambil berdiri atau duduk. Kebanyakan wanita merasa lebih muda merasakan payudaranya ketika dalam kondisi basah sehingga sering dilakukan saat mandi (kemenkes RI, 2016).

2. Enyahkan Asap Rokok

Asap rokok merupakan salah satu asap yang mengandung racun berbahaya bagi tubuh (Agung dkk, 2013), kawasan yang bebas dari asap rokok merupakan salah satu wilayah yang paling efektif untuk melindungi masyarakat bebas dari bahaya asap rokok orang lain (Azkha, 2013).

Adapaun wilayah yang menjadi kawasan bebas asap rokok adalah tempat kerja, tempat belajar/mengajar, tempat pelayanan kesehatan, tempat ibadah, terminal/stasiun/bandara, rumah tangga dan angkutan umum. Sering kali perokok mengatakan bahwa merokok adalah hak asasi mereka sehingga mereka tidak boleh diganggu, tetapi mereka secara tidak sadar menjadi lupa bahwa disebelah mereka ada orang lain yang memiliki hak untuk memperoleh udara segar dan hidup sehat tanpa asap rokok.

3. Rajin berolah raga/aktifitas fisik

Olah raga sebagai pola hidup aktif merupakan upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan. Pembinaan kebugaran jasmani pada waktu muda dapat bermanfaat untuk pencapaian kesehatan dan kebugaran jasmani pada usia dewasa dan usia lanjut. Aktifitas fisik dan olahraga tidak hanya bermanfaat untuk kesehatan fisik tetapi ada juga peningkatan kekuatan otot dan tulang, meningkatkan kesehatan jantung, peredaran darah dan mengontrol berat badan.

Melakukan olahraga 2 atau 3 kali dalam 1 minggu selamat 30 menit, olahraga yang bisa dilakukan seperti jogging, bersepeda, senam aerobic, pergi ke tempat *gym*, berenang, dll. Beraktifitas dapat membantu mengurangi *hormone asrenalin* yang diproduksi tubuh dalam keadaan stress. Detak jantung semakin cepat belajar untuk menghadapi reaksi-reaksi tersebut dan kemudian akan bisa mengatasi seragan stres dengan baik. Detak jantung semakin cepat, tubuh kita berkeringat dan nafas menjadi berat (Depkes, 2009).

Adapun jenis aktivitas fisik yang dapat dilakukan dalam kegiatan sehari-hari seperti berjalan kaki, berkebun, mencuci mobil, mengepel lantai, naik turun tangga dan membawa belanjaan. Aktivitas fisik yang benar dilakukan secara bertahap hingga mencapai 30 menit, mengenal batasan dan tidak dipaksakan, dilakukan sebelum makan atau 2 jam sesudah makan, diawali dengan pemanasan dan peregangan, dan jika hendak berjalan/lari, menggunakan sepatu yang enak dan nyaman dipakai. Aktifitas fisik yang baik dan teratur dilakukan akan terasa manfaatnya dalam 3 bulan (Andriana, 2017).

4. Diet Seimbang

Diet sehat dengan kalori seimbang adalah pola konsumsi makanan yang mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, mencakup pemilihan makanan rendah gula, rendah garam, rendah lemak, tinggi serat dan kalori seimbang. Zat gizi yang dibutuhkan adalah karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral. Di dalam tubuh, zat-zat gizi tersebut berfungsi sebagai sumber energi atau tenaga (karbohidrat dan lemak), sumber zat pembangun (protein) untuk tetap tumbuh dan berkembang serta mengganti sel-sel tubuh yang rusak dan sumber zat pengatur 9 vitamin dan mineral.

Terdapat 10 pesan dalam website resmi depkes RI tentang gizi seimbang pada bagian Promosi Kesehatan yaitu:

- a) syukuri dan nikmati aneka ragam makanan;

- b) Banyak makan sayuran dan cukup buah-buahan;
- c) Biasakan mengomsumsi lauk pauk yang mengandung protein tinggi;
- d) Biasakan mengomsumsi aneka ragam makanan pokok;
- e) Batasi komsumsi pangan manis, asin, dan berlemak;
- f) Biasakan sarapan;
- g) Biasakan minum air putih yang cukup dan aman;
- h) Biasakan membaca label pada kemasan pangan;
- i) Cuci tangan pakai sabun dengan air bersih mengalir;
- j) Lakukan aktivitas fisik yang cukup dan pertahankan berat badan normal.

5. Istirahat yang cukup

Istirahat adalah suatu keadaan dimana kegiatan jasmaniah menurun yang berakibat badan menjadi lebih segar. Tidur adalah kebutuhan dasar setiap orang. Tidur yang cukup diharapkan bisa menjaga stamina dan kesehatan tubuh. Karena itulah setiap orang harus memenuhi kebutuhan tidur yang durasinya disesuaikan dengan usia. Kebiasaan tidur dimana dan kapan saja ini mempengaruhi pola hidup sehari-hari.

Efek terpenting yang mempengaruhi kualitas tidur adalah penyingkatan waktu menidurkan, pengurangan jumlah periode terbangun dan perpanjangan masa tidur. Pusat tidur di otak (sumsum lanjutan) mengatur fungsi fisiologi yang sangat penting bagi kesehatan tubuh. Pada waktu tidur, aktivitas saraf simpatif meningkat, dengan efek penyempitan pupil, perlambatan pernafasan, dan sirkulasi darah, serta stimulasi

aktivitas saluran cerna dengan penguatan peristaltik dan sekresi getah lambung-usus. Singkatnya, proses-proses pengumpulan energi dan pemulihan tenaga dari organisme diperkuat.

Pada saat tidur, umumnya selama satu malam dapat dibedakan 4-5 siklus tidur dari kira kira 1,5 jam. Setiap siklus terdiri dari dua stadium, yakni tidur non-REM dan tidur REM.

- a) Tidur *Non-Rapid Eye Movement* (REM), juga disebut *slow wave sleep* (SWS) berdasarkan registrasi aktivitas listrik otak (EEG= *Elektro-encefalogram*). Non-REM bercirikan denyut jantung, tekanan darah dan pernafasan yang teratur serta relaksasi otot tanpa gerakan otot muka atau mata. Slow wave sleep ini berlangsung kurang lebih 1 jam lamanya dan meliputi berturut-turut 4 fase, dimana fase 3 dan 4 merupakan bentuk tidur yang terdalam, dengan melepaskan hormone-hormon anabolic dan sitokin. Peristiwa ini penting untuk daya tahan tubuh, metabolisme dan reparasi alamiah sel-sel tubuh. Berdasarkan hal ini SWS menjadi lebih panjang pada keadaan-keadaan yang membutuhkan pertumbuhan atau konservasi, misalnya pada kehamilan, pertumbuhan dan thyroto-xicosis. Fase ini disusul oleh stadium tidur REM
- b) *Tidur Rapid Eye Movement* (REM) atau tidur paradoksal, dengan aktifitas EEG yang mirip dengan keadaan sadar dan aktif, bercirikan dengan gerakan mata cepat ke satu arah. Disamping itu, jantung, tekanan darah dan

pernapasan turun-naik, aliran darah ke otak bertambah dan otot-otot sangat rileks. Selama tidur REM yang pada kedua siklus pertama berlangsung 5-15 menit lamanya, timbul banyak impian, sehingga disebut juga tidur mimpi. Berangsur-angsur mimpi ini menjadi lebih panjang, hingga pada siklus terakhir (pada pagi hari) dapat berlangsung rata rata antara 20-30 menit lamanya (Tjay & Rahardja, 2015).

6. Kelola Stress

Stress merupakan suatu respon adaptif individu terhadap situasi yang diterima seseorang sebagai suatu tantangan atau ancaman keberadaannya. Secara umum orang yang mengalami stress merasakan perasaan khawatir, tekanan, letih, ketakutan dan depresi.

J. Matriks Penelitian Terdahulu

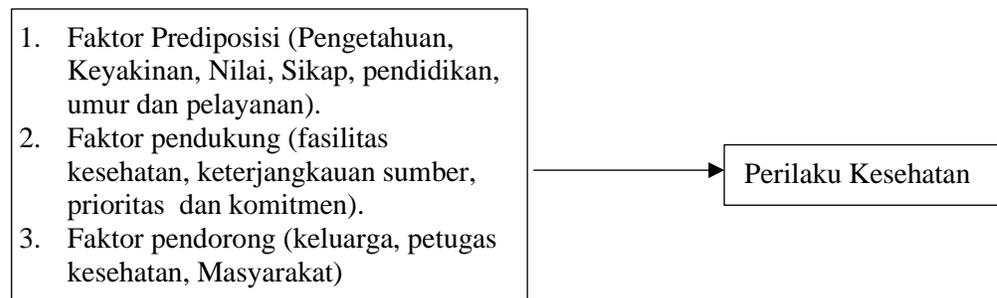
No	Judul Penelitian	Nama Penliti/ Tahun	Metode Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1	Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Pada Penderita Hipertensi di Desa Pitu Kecamatan Ngawi	Indah Epti Christiani/ 2018	Jenis penelitian Kuantitatif, <i>one Grup Pretest Posttest Design</i>	Variabel bebas: Pendidikan Kesehatan Variabel Terikat : Perilaku Pencegahan Stroke pada Pasien Hipertensi	Hasil menunjukkan setelah diberikan pendidikan kesehatan perilaku baik menjadi 60%, perilaku cukup, 35% dan kurang 5%
2	Penyuluhan Kesehatan dengan Metode Emo Demo Efektif Meningkatkan Praktik CTPS di MI Al-Badri Kalisat Kabupaten Jember	Dahlia Indah Amareta dan Efri Tri Ardianto/ 2017	Jenis penelitian Kuantitatif, <i>quasi eksperimen</i> dengan <i>One Group Pretest Posttest Design</i>	Variabel bebas: <i>Emotional Demonstration</i> Praktik CTPS Variabel Terikat: pengetahuan dan praktik CTPS	Hasil menunjukkan bawah pengetahuan responden memiliki pengetahuan sedang 76.6% dan pengetahuan baik 8.5%. sedangkan responden yang memiliki praktik yang baik 76.6%, dan yang kurang sebanyak 2.1 %
3	Efektivitas perilaku CERDIK dan PATUH Cegah Stroke Berulang	Fransiska Anita Ekawati dkk/ 2021	Jenis penelitian <i>quasi eksperimen pretest dan posttest without control</i>	Variabel bebas: edukasi pola Hidup Sehat CERDIK dan PATUH cegah stroke berulang Variabel terikat: pengukuran perilaku penderita post stroke	Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan Uji <i>Wilcoxon</i> pada Perilaku CERDIK dan PATUH cegah stroke berulang menunjukkan nilai $p=0.02$ dengan nilai $\alpha = 0.05$ yang berarti nilai $p < \alpha$, hal ini menunjukkan ada perbedaan perilaku CERDIK dan PATUH cegah stroke berulang sebelum dan sesudah diberikan edukasi Kesehatan Pola Hidup CERDIK dan PATUH cegah stroke berulang
4	Pengaruh Pemberian Edukasi Untuk Mencegah Stroke Terhadap Perubahan Perilaku Populasi Lansia Di Posyandu Srikandi, Dusun	Adi Wijaya/ 2009	Jenis Penelitian Kuantitatif, dengan desain <i>quasi eksperimen Non-</i>	Variabel bebas: intervensi berupa ceramah yang dilanjutkan dengan pemberian edukasi secara personal tentang stroke.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan (+0,97), sikap (+0,03), dan tindakan (+0,04) pada kelompok perlakuan

	Burikan Dan Posyandu Buah Apel, Dusun Keboan, Yogyakarta		<i>nonrandomized pretest-posttest intervensi with control group design</i>	Variabel Terikat: pengetahuan, sikap dan tindakan lansia	
5	Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan Serangan Stroke Terhadap Tingkat Kecemasan Penderita Hipertensi Di Desa Kalemandalle Kec. Bajeng Barat Kab. Gowa	Suharni/ 2014	Jenis Penelitian Kuantitatif, desain quasi eksperimen <i>Non-randomized pretest-posttest intervensi with control group design</i>	Variabel bebas: penyuluhan kesehatan dalam upaya pencegahan serangan stroke pada penderita hipertensi Variabel Terikat: Tingkat Kecemasan, Tingkat Pengetahuan, perubahan sikap dan perilaku individu	Analisis perbedaan hasil skor sesudah dilakukan intervensi berdasarkan pengolahan data statistik pada kelompok kontrol dan kelompok yang diberi perlakuan ada perbedaan bermakna pada kedua kelompok

K. Kerangka Teori

1. Teori Lawrence Green (1980)

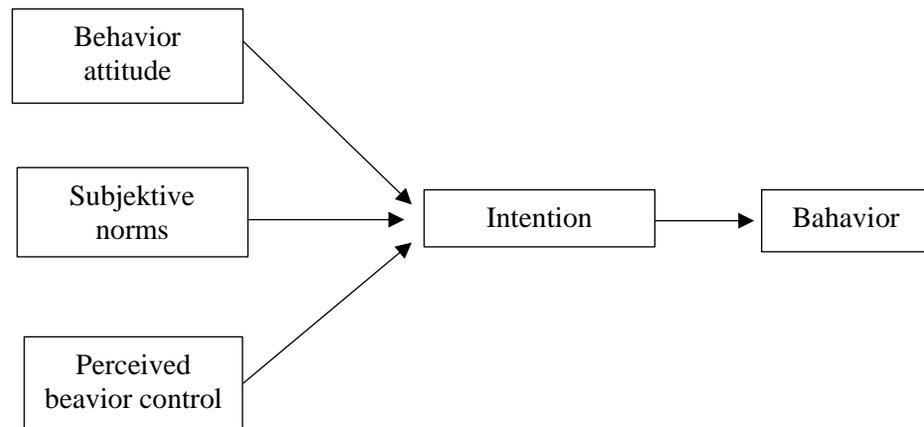
Teori Lawrence Green (1980) mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seorang individu atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku dan faktor di luar dari perilaku. Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku petugas terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.



Gambar 2.1 Teori Lawrence W.Green 1980

2. Teori of Planned Behaviour

Teori ini dikembangkan pada tahun 1967 oleh Fishbein untuk memahami hubungan sikap, niat dan perilaku manusia. Berdasarkan model teori ini perilaku, niat dipengaruhi oleh sikap, norma subjektif dan kontrol perilaku dirasakan.



Gambar 2.2 Model Theory of Planned Behavior

BAB III

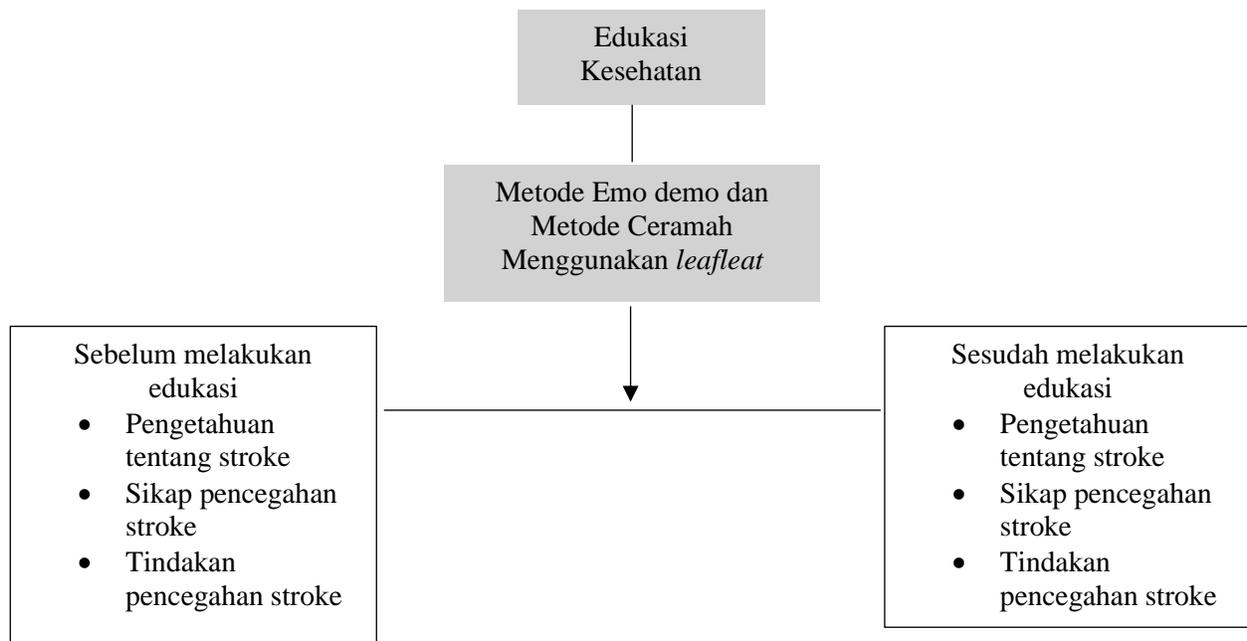
KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

Metode emo demo merupakan edukasi kesehatan yang digunakan dalam upaya pencegahan faktor risiko terjadinya stroke. Metode edukasi berupa emo demo dengan edukasi ceramah menggunakan *leaflet* dalam penelitian ini diharapkan mampu memberikan perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan pada masyarakat terutama masyarakat umur 35- 44 tahun mengenai masalah pencegahan stroke.

Berdasarkan teori Lawrence Green (1980) mengemukakan salah satu pernyataan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor predisposisi yaitu pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap, pendidikan, umur dan pelayanan. Sedangkan dalam Theory of Planned Behaviour mengemukakan bahwa perilaku terbentuk karena adanya niat yang dipengaruhi oleh sikap terhadap perilaku, norma subjektif dan kontrol perilaku. Kedua teori ini memberikan gambaran bahwa bagaimana mengubah dan mengkondisikan perilaku. Peningkatan pengetahuan mengenai pencegahan stroke sebagai stimulus yang dapat menambah pengetahuan tentang informasi kesehatan yang diperoleh melalui permainan dengan cara yang menyenangkan, mudah diingat, dan dipraktikkan. Maka dari itu metode emo demo adalah salah satu metode pendekatan untuk dapat mengubah perilaku seseorang individu mulai dari “tahu” menjadi “mau” dan “mampu”.

Berikut variabel yang diteliti yang terancang dalam kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka konsep Edukasi Pencegahan Stroke

Keterangan:

: Variabel Independen

: Variabel Dependen

B. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil Ukur	Skala
Edukasi <i>Emotional Demonstration</i>	Media edukasi <i>Emotional Demonstration</i> adalah media yang digunakan sebagai alat untuk edukasi mengenai pencegahan stroke kepada masyarakat usia 33-44 tahun. Edukasi ini menggunakan kartu yang berisi mengenai stroke.	Satuan Acara Penyuluhan	-	-	-
Edukasi metode ceramah	Media edukasi yang digunakan adalah <i>leaflet</i> yang berisi pengertian, klasifikasi, faktor risiko, tanda gejala, dampak dan pencegahan stroke.	Satuan Acara Penyuluhan	-	-	-
Pengetahuan	Pengetahuan dalam penelitian ini adalah segala sesuatu yang diketahui responden tentang stroke misalnya pengertian stroke, klasifikasi, faktor risiko, gejala, dan dampak.	Kuesioner sebanyak 15 pertanyaan	Meminta responden untuk menjawab kuesioner tentang stroke.	Skor Benar : 1 Salah : 0 Hasil pengukuran 1. Baik: jika 76-100% 2. Cukup: jika <76%	Ordinal
Sikap terhadap stroke	Sikap mengenai pencegahan stroke	Kuesioner sebanyak 16 pertanyaan	Penilaian sikap responden mengenai pola kehidupan sehari-hari dalam mencegah timbulnya komplikasi stroke akibat dari kebiasaan sehari-hari.	Sangat setuju: SS: 4 Setuju: S: 3 Tidak Setuju: KS: 2 Sangat Tidak Setuju: STS:1 Hasil pengukuran dinyatakan dalam: 1. Positif: jika nilai $\geq 50\%$ 2. Negatif: jika nilai <50%	Ordinal
Tindakan pencegahan stroke	Tindakan yang dilakukan apabila mengalami tanda gejala stroke dan tindakan yang akan dilakukan untuk mencegah terjadinya stroke.	Kuesioner sebanyak 10 pertanyaan	Meminta responden untuk menjawab kuesioner tentang stroke.	Skor Ya: 1 Tidak: 0 Hasil pengukuran tindakan pencegahan dinyatakan dalam: 1. Baik: jika nilai skor 76-100% 2. Cukup: jika nilai skor <76%	<i>Guttman</i>

C. Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis alternatif (Ha)

- a. Ada pengaruh penggunaan edukasi metode emo demo terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan perilaku pencegahan stroke pada masyarakat.
- b. Ada pengaruh penggunaan edukasi metode ceramah terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan perilaku pencegahan stroke pada masyarakat.

2. Hipotesis Nol (Ho)

- a. Tidak ada pengaruh penggunaan edukasi metode emo demo terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan perilaku pencegahan stroke pada masyarakat.
- b. Tidak ada pengaruh penggunaan edukasi metode ceramah terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan perilaku pencegahan stroke pada masyarakat.