

BAB I

PENDAHULUAN UMUM

1.1 Latar Belakang

Menurut laporan dari *World Stroke Organization* (2022), lebih dari 12,2 juta orang di seluruh dunia, atau sekitar 1 dari 4 orang berusia di atas 25 tahun, diprediksi akan mengalami stroke. Secara keseluruhan, diperkirakan terdapat lebih dari 101 juta kasus stroke yang terjadi secara global, dengan sekitar 7,6 juta kasus baru stroke iskemik atau 62% dari total kejadian stroke setiap tahunnya (Feigin et al., 2022). Menurut data WHO (2024), stroke juga tercatat sebagai penyebab kematian tertinggi kedua dan penyebab utama kecacatan di dunia. Lebih lanjut, 15 juta orang setiap tahun mengalami stroke, dengan 5 juta di antaranya mengalami kelumpuhan permanen, menjadikan stroke sebagai penyebab kematian ketiga tertinggi secara global setelah kanker dan penyakit jantung koroner (WHO, 2024). Di kawasan Asia Tenggara, laporan dari *South East Asean Medical Information Center* (SEAMIC) menunjukkan bahwa stroke menjadi penyebab kematian paling umum di negara-negara ASEAN, dengan mencatat 4,4 juta kematian. Indonesia berada di posisi teratas dengan angka kematian tertinggi akibat stroke, diikuti oleh Filipina, Singapura, Brunei, Malaysia, dan Thailand (WHO, 2019).

Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, stroke menjadi penyebab kematian utama di Indonesia dengan prevalensi mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Provinsi Sumatera Utara merupakan salah satu wilayah dengan prevalensi stroke tertinggi, yaitu sebesar 6,3%. Jika tidak ada upaya pencegahan dan penanganan yang efektif, jumlah kasus stroke di Indonesia diprediksi akan mengalami peningkatan hingga dua kali lipat pada tahun 2020 (Riskesdas, 2018). Data tahun 2018 menunjukkan, prevalensi stroke di Indonesia pada penduduk usia di atas 15 tahun, berdasarkan diagnosis dokter, adalah 10,9%. Sementara itu, di Sumatera Utara, angka penderita stroke mencapai 45,97%. Di Kota Padangsidimpuan, sebanyak 30,63% penderita melakukan pemeriksaan ulang secara rutin ke fasilitas kesehatan. Sebaliknya, 45,65% tidak melakukan pemeriksaan ulang secara teratur, dan 17,97% lainnya tidak pernah melakukan pemeriksaan ulang (Laporan Riskesdas Sumut, 2018).

Stroke merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan di dunia, dan mereka yang pernah mengalami stroke memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena stroke sekunder. Pencegahan stroke sekunder melibatkan perubahan perilaku kesehatan yang berfokus pada pengelolaan faktor risiko, seperti hipertensi, dislipidemia, diabetes, dan gaya hidup tidak sehat (WHO, 2024). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pencegahan stroke sekunder dapat secara signifikan mengurangi angka kejadian stroke berulang, namun tingkat kepatuhan pasien terhadap anjuran pencegahan masih menjadi tantangan besar (Feigin et al., 2022).

Menurut laporan Dinas Kesehatan Kota Padangsidimpuan (2023), jumlah penderita stroke di Kota Padangsidimpuan dengan rentang usia >15 tahun sebanyak 44 penderita pada tahun 2022 dan meningkat menjadi 142 penderita pada tahun

2023 dari tahun sebelumnya dengan jumlah stroke berulang yaitu 103 orang. Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan di Kota Padangsidempuan, pada bulan Januari – Agustus 2024 penderita stroke yang dirawat inap di RSUD Kota Padangsidempuan berjumlah 256 orang. Dari data tersebut, jumlah kasus stroke berulang (sekunder) sebanyak 173 pasien. Sementara itu, jumlah penderita stroke di RS. TNI Padangsidempuan berjumlah 47 orang, dan yang mengalami stroke berulang sebanyak 32 pasien. Berdasarkan berbagai sumber didapatkan data penderita stroke sekunder di Kota Padangsidempuan pada bulan Januari-Oktober 2024 yaitu berjumlah 205 penderita.

Stroke berulang mencakup hampir 25% dari hampir 800.000 stroke yang terjadi setiap tahun di Amerika Serikat. Faktor risiko stroke iskemik meliputi hipertensi, diabetes melitus, hiperlipidemia, sleep apnea, dan obesitas. Modifikasi gaya hidup, termasuk berhenti merokok, mengurangi penggunaan alkohol, dan meningkatkan aktivitas fisik, juga penting dalam penatalaksanaan pasien dengan riwayat stroke atau serangan iskemik transien (Villines, 2023). Berbagai penelitian telah menemukan tingkat kekambuhan stroke yang berbeda-beda. Sebuah penelitian besar dari Australia dan Selandia Baru menyebutkan tingkat kekambuhan kumulatif sebesar 19,8% dalam 5 tahun dan 26,8% dalam 10 tahun. Mengalami satu kali stroke merupakan faktor risiko untuk mengalami stroke berikutnya. Secara umum, penyebab stroke berulang sama dengan penyebab stroke pertama.

Stroke sekunder sering membawa dampak yang lebih berat dari pada serangan stroke yang pertama, serta berisiko mengakibatkan gangguan kognitif, kecacatan dan bahkan kematian diakibatkan oleh luasnya kerusakan otak (Ekawati et al., 2021). Sekitar 22% pasien stroke mengalami stroke sekunder atau 5% dalam satu tahun, 650 orang atau 21,4% 1000 orang/tahun mengalami stroke sekunder. Stroke sekunder dapat dicegah dengan melakukan pola makan yang sehat, tidak merokok, mengurangi konsumsi garam, melakukan aktifitas fisik, patuh minum obat, terapi antirombitik seperti antiplatelet dan antikoagulen, mengontrol kadar gula darah, tidak mengkonsumsi alkohol (AHA, 2022).

Stroke merupakan salah satu penyebab utama kematian dan kecacatan di Indonesia. Rendahnya kesadaran masyarakat tentang faktor risiko stroke, kurangnya pengetahuan tentang gejala stroke, serta belum optimalnya pelayanan kesehatan terkait stroke menjadi tantangan serius dalam upaya pencegahan stroke (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Selain itu, ketaatan pasien terhadap program terapi pencegahan stroke sekunder juga masih rendah, yang berkontribusi terhadap tingginya angka stroke berulang dan angka kematian akibat stroke di Indonesia. Stroke sekunder dapat dicegah dengan melakukan perubahan perilaku dan modifikasi gaya hidup. Beberapa tindakan yang terbukti efektif dalam mencegah stroke berulang meliputi: (1). Mengontrol Tekanan Darah, (2). Mengontrol Kadar Gula Darah, (3). Berhenti Merokok, (4). Berhenti Minum Alkohol, (5). Menjaga Berat Badan Ideal, (6). Melakukan Aktivitas Fisik, (7). Menghindari Stres.

Meskipun telah banyak penelitian mengenai faktor risiko stroke dan intervensi pencegahannya, masih terdapat beberapa gap penelitian, yaitu: 1. Kepatuhan Jangka Panjang: Banyak studi yang berfokus pada efektivitas intervensi jangka pendek, namun sedikit yang mengevaluasi kepatuhan jangka panjang pasien dalam menjalankan

pola hidup sehat setelah mengalami stroke pertama (Smith et al., 2023); 2. Perbedaan Kultural dan Sosial: Penelitian yang ada umumnya dilakukan di negara-negara maju, sementara perilaku pencegahan di negara berkembang seperti Indonesia masih jarang dieksplorasi, khususnya terkait dengan peran dukungan keluarga dan komunitas lokal dalam pencegahan stroke sekunder (Chen et al., 2023); 3. Pendekatan Teknologi dan Digital: Belum banyak studi yang membahas penggunaan aplikasi mobile dan telemedicine sebagai alat bantu untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam program pencegahan stroke sekunder (Kang et al., 2022).

Stroke membutuhkan penanganan yang menyeluruh termasuk upaya pemulihan dalam jangka waktu yang lama bahkan di sepanjang sisa hidupnya. Pasien kurang mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya dan juga bantuan minimal maupun total. Bantuan ini akan diberikan oleh orang paling dekat dengan pasien stroke yaitu keluarga (Friedman et al., 2010). Sampai saat ini belum ada pengobatan yang efektif dan efisien untuk stroke sekunder karena sifatnya yang multikausal (disebabkan banyak faktor). Upaya pencegahan merupakan salah satu cara yang paling efektif dan efisien untuk mengurangi angka kejadian stroke. Upaya pencegahan baru dapat dilakukan jika kita mengetahui faktor resiko apa saja yang dapat menyebabkan serangan stroke sekunder. Oleh karena itu, pengetahuan terhadap faktor resiko penyebab stroke sangat diperlukan untuk merumuskan cara pencegahan yang efektif (Nastiti, 2012).

Meskipun berbagai intervensi medis telah banyak dikembangkan, efektivitas program pencegahan stroke sekunder di lapangan masih jauh dari optimal. Salah satu faktor kunci yang sering terabaikan dalam pencegahan stroke sekunder adalah pemberdayaan keluarga. Keluarga, sebagai sistem pendukung utama pasien, memiliki peran yang sangat vital dalam mendukung kepatuhan terhadap pengobatan, perubahan gaya hidup, serta pemantauan kondisi kesehatan pasien. Namun, keterlibatan keluarga sering kali kurang optimal karena minimnya pengetahuan, dukungan, dan pendekatan yang komprehensif.

Family empowerment adalah merupakan suatu proses atau upaya untuk menumbuhkan kesadaran dan kemauan keluarga dalam memelihara dan meningkatkan status kesehatan (Notoatmodjo, 2007). Peningkatan pengetahuan dan kesadaran tentang cara-cara memberi dukungan serta memelihara dan meningkatkan kesehatan adalah awal dari pemberdayaan kesehatan yang selanjutnya menimbulkan kemauan atau kehendak untuk melaksanakan tindakan kesehatan sehingga keluarga dapat melaksanakan tindakan untuk berperilaku sehat.

Model *caregiver empowerment* menjelaskan dan memprediksi hasil positif dari pengasuhan. Model ini memprediksi bahwa, dari *filial value* dan variabel latar belakang tertentu, kegiatan pengasuhan dinilai sebagai tantangan, bukan sebagai pemicu stres. Menilai kegiatan pengasuhan sebagai tantangan, menemukan makna, dan menggunakan beberapa jenis strategi koping yang dihubungkan dengan pertumbuhan dan kesejahteraan (Jones et al., 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Chen et al. (2023) menunjukkan bahwa di Asia Tenggara, dukungan keluarga dan komunitas memainkan peran penting dalam pencegahan stroke sekunder. Studi ini menyoroti bahwa pasien yang mendapat dukungan sosial lebih mungkin untuk mematuhi anjuran dokter dalam melakukan

pemeriksaan rutin, minum obat, dan menerapkan pola hidup sehat. Di sisi lain, penelitian oleh Smith et al. (2023) menggarisbawahi bahwa kepatuhan terhadap program pencegahan sering kali menurun dalam jangka panjang, terutama jika tidak ada sistem pendukung yang memadai.

Berdasarkan literatur yang ada, pencegahan stroke sekunder sangat bergantung pada perubahan perilaku pasien, termasuk modifikasi gaya hidup, penggunaan obat, dan pengelolaan faktor risiko. Namun, penelitian menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan terhadap anjuran medis sangat bervariasi, terutama di kalangan pasien di negara berkembang kepatuhan terhadap perilaku pencegahan seperti minum obat, perubahan pola makan, olahraga, dan manajemen stres sering kali rendah, terutama di wilayah Asia Tenggara. Dukungan dari keluarga dan komunitas dapat memainkan peran penting dalam meningkatkan kepatuhan, namun aspek ini sering kali diabaikan dalam penelitian. Penting untuk mengembangkan pendekatan yang lebih komprehensif dan kontekstual yang mempertimbangkan faktor budaya dan sosial di negara berkembang seperti Indonesia (Chen et al., 2023). Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengeksplorasi pendekatan berbasis komunitas dan intervensi jangka panjang yang dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam pencegahan stroke sekunder.

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2013), salah satu masalah utama dalam penanganan stroke di Indonesia adalah kurang optimalnya pelayanan kesehatan, terutama di daerah pedesaan dan terpencil. Kurangnya fasilitas medis yang memadai, minimnya pengetahuan masyarakat tentang tanda-tanda awal stroke, serta rendahnya tingkat kepatuhan pasien terhadap program pencegahan stroke menjadi hambatan utama dalam menurunkan angka kejadian stroke sekunder. Selain itu, pendekatan edukasi yang lebih intensif diperlukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pencegahan stroke. Kampanye kesehatan yang berfokus pada perubahan perilaku, dukungan medis, dan akses ke layanan kesehatan yang lebih baik sangat diperlukan untuk mengatasi masalah ini.

Kota Padangsidimpuan, yang memiliki kekayaan budaya lokal yang kuat, pemberdayaan keluarga melalui pendekatan berbasis budaya dapat menjadi solusi efektif dalam pencegahan stroke sekunder. Salah satu pendekatan yang relevan adalah *Poda na Lima*, yang merupakan konsep budaya Batak Angkola yang mengajarkan lima prinsip dasar, yaitu *Paia Rohamu*, *Paia Pamatangmu*, *Paia Parabitoimu*, *Paia Pakaranganmu*. *Poda na Lima* tidak hanya mencerminkan nilai-nilai budaya lokal yang kuat, tetapi juga memiliki potensi untuk diaplikasikan dalam pemberdayaan keluarga dalam konteks kesehatan, khususnya pencegahan penyakit. Melalui pengembangan model ini, keluarga dapat diberdayakan untuk berperan aktif dalam mengelola kondisi pasien pasca stroke, mendukung perubahan gaya hidup sehat, dan memastikan kepatuhan terhadap pengobatan dan kontrol kesehatan rutin. Namun, belum ada kajian ilmiah yang komprehensif yang mengeksplorasi bagaimana penerapan Model *Poda na Lima* dapat diintegrasikan ke dalam strategi pencegahan stroke sekunder. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan dan mengevaluasi efektivitas Model *Poda na Lima* dalam memberdayakan keluarga untuk mendukung pencegahan stroke sekunder di Kota Padangsidimpuan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalah penelitian ini adalah:

1. Bagaimana persepsi pakar dalam pencegahan stroke sekunder pada penderita stroke dengan pendekatan budaya *Poda na Lima*?
2. Bagaimana bentuk model *Poda na Lima* terkait perilaku keluarga dalam pencegahan stroke sekunder berdasarkan analisis SEM?
3. Bagaimana efektifitas penerapan modul *Poda na Lima* dalam pencegahan stroke sekunder melalui pemberdayaan keluarga terhadap perubahan perilaku keluarga dalam pencegahan stroke sekunder?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dalam penelitian ini terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus sebagai berikut:

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menemukan model *Poda na Lima* dalam pencegahan stroke sekunder melalui pemberdayaan keluarga di Kota Padangsidempuan serta mengetahui efektifitasnya dalam perilaku pencegahan stroke sekunder.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengeksplorasi kebutuhan informasi dalam pencegahan stroke sekunder pada penderita stroke dengan pendekatan budaya *Poda na Lima*.
2. Menemukan model *Poda na Lima* dalam perilaku keluarga pencegahan stroke sekunder.
3. Mengintervensi model *Poda na Lima* dalam pencegahan stroke sekunder di Kota Padangsidempuan.

1.4 Manfaat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat baik dari segi teoritis maupun praktis sebagai berikut :

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Pengembangan pengetahuan di bidang kesehatan masyarakat: Penelitian ini berkontribusi pada pengembangan teori tentang pemberdayaan keluarga dalam konteks pencegahan penyakit, khususnya stroke sekunder, melalui pendekatan berbasis budaya.
2. Inovasi dalam pencegahan penyakit: Model *Poda na Lima* dapat menjadi pendekatan baru yang lebih kontekstual dan relevan dalam pencegahan

stroke sekunder di komunitas dengan nilai-nilai budaya yang kuat.

3. Kontribusi terhadap studi intervensi berbasis budaya: Penelitian ini memberikan dasar ilmiah bagi pengembangan intervensi kesehatan yang berbasis pada budaya lokal, yang dapat diadaptasi di berbagai daerah lain di Indonesia dengan karakteristik budaya yang berbeda.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Keluarga dan Penderita Stroke Sekunder: Penerapan Model *Poda na Lima* akan memberdayakan keluarga untuk lebih aktif dalam peran mereka mendukung penderita stroke, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan mencegah terjadinya serangan stroke berulang.
2. Bagi Tenaga Kesehatan: Hasil penelitian ini dapat dijadikan pedoman dalam merancang program intervensi kesehatan yang melibatkan keluarga secara lebih efektif dalam pencegahan stroke sekunder, khususnya di wilayah dengan nilai budaya yang kuat seperti Kota Padangsidimpuan.
3. Bagi Pemerintah Daerah dan Pembuat Kebijakan: Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi pengambil kebijakan dalam mengintegrasikan pendekatan berbasis budaya ke dalam program kesehatan masyarakat, khususnya terkait pencegahan penyakit tidak menular seperti stroke.
4. Bagi Komunitas Kesehatan: Model *Poda na Lima* dapat diadopsi oleh komunitas kesehatan lainnya sebagai bagian dari upaya pencegahan penyakit berbasis masyarakat, dengan mengedepankan kearifan lokal sebagai landasan intervensi.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini berupa penelitian yang didesain secara *mix method* dengan mengkombinasikan antara penelitian kualitatif dan kuantitatif. Kemudian, menyusun instrument perilaku keluarga dalam pencegahan stroke sekunder. Selain itu, akan dibuat suatu model *Poda na Lima* dalam pencegahan stroke sekunder dan menganalisis pengaruhnya terhadap perilaku keluarga dalam pencegahan stroke sekunder.

1.6 Kebaruan Penelitian

Model *Poda na Lima* tidak hanya mencerminkan nilai-nilai budaya lokal yang kuat, tetapi juga memiliki potensi untuk diaplikasikan dalam pemberdayaan keluarga dalam konteks kesehatan, khususnya pencegahan penyakit. Melalui pengembangan model ini, keluarga dapat diberdayakan untuk berperan aktif dalam mengelola kondisi penderita paska stroke, mendukung perubahan gaya hidup sehat, dan memastikan kepatuhan terhadap pengobatan dan kontrol kesehatan rutin. Penelitian ini memiliki nilai kebaruan yaitu terbentuknya instrumen perilaku keluarga berbasis kearifan lokal *Poda na Lima* dalam pencegahan stroke sekunder dan menemukan model *Poda na Lima* dalam perilaku pencegahan stroke sekunder. Hal ini dilakukan karena belum

pernah terdapat alat ukur terstandar terkait pencegahan stroke sekunder berbasis budaya di Kota Padangsidimpuan.

1.7 Tinjauan Teori

1.7.1 Pencegahan Stroke Sekunder

Stroke sekunder terjadi ketika individu yang pernah mengalami stroke kembali mengalami serangan. Beberapa faktor risiko utama yang meningkatkan kemungkinan stroke berulang meliputi hipertensi, diabetes mellitus, hiperlipidemia, kebiasaan merokok, obesitas, serta kurangnya aktivitas fisik (Johnson et al., 2019). Oleh karena itu, pencegahan stroke sekunder difokuskan pada pengelolaan faktor-faktor risiko ini agar kondisi pasien tidak memburuk (Hackam & Spence, 2007).

Mengidentifikasi mekanisme stroke yang paling mungkin terjadi adalah langkah awal dalam mencegah stroke berikutnya. Tujuan utama dalam mengurangi kejadian stroke adalah pengelolaan faktor risiko kardiovaskular, termasuk tekanan darah tinggi, diabetes, kadar lipid yang tidak normal, dan penggunaan tembakau. Selain itu, modifikasi gaya hidup seperti diet bergizi dan olahraga kardiovaskular secara teratur merupakan pendekatan yang disarankan (Hackam & Spence, 2007).

Secara umum, faktor risiko stroke meliputi hipertensi, diabetes, merokok, obesitas, fibrilasi atrium, dan penggunaan narkoba. Di antara faktor-faktor tersebut, hipertensi merupakan faktor risiko yang paling sering dan dapat dimodifikasi. Hipertensi kronis yang tidak terkontrol dapat memicu stroke yang menyerang pembuluh darah kecil di area seperti kapsul internal, talamus, pons, dan otak kecil. Selain itu, sepertiga orang dewasa di Amerika Serikat mengalami peningkatan kadar Low-Density Lipoprotein (LDL), yang berpotensi menyebabkan pembentukan plak pada pembuluh darah otak. Penumpukan plak ini pada akhirnya dapat menyebabkan stroke trombotik. Pada kelompok usia yang lebih tua, risiko stroke kardioemboli meningkat, terutama terkait dengan fibrilasi atrium, sementara sekitar 20% kasus stroke lainnya merupakan stroke hemoragik. Faktor penyebab stroke hemoragik dapat mencakup hipertensi, angioma vena, malformasi arteriovenosa, perdarahan yang dipicu oleh obat-obatan seperti kokain, metastasis hemoragik, angiopati amiloid, serta penyebab lain yang tidak diketahui (Khaku AS & Tadi P, 2023).

Meskipun manajemen faktor risiko belum diteliti secara menyeluruh untuk mencegah stroke sekunder, ada bukti yang cukup untuk mencegah stroke primer. Faktor risiko untuk stroke iskemik pertama dan berulang umumnya dianggap sama (Kernan et al., 2014). Banyak faktor risiko yang dapat dimodifikasi terjadi pada penderita stroke dan sering kali tidak dikelola dengan baik.

Tabel.1.1. Faktor Risiko Stroke

Tidak dapat Dimodifikasi	Dapat Dimodifikasi
1. Bertambahnya usia: risiko meningkat dua kali lipat setiap 10 tahun setelah usia 55 tahun.	1. Hipertensi: tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg.
2. Jenis Kelamin: perempuan memiliki risiko stroke seumur hidup lebih tinggi dibandingkan laki-laki.	2. Hiperkolesterolemia: lipoprotein densitas rendah ≥ 100 mg/dl.
3. Ras dan etnis: kejadian lebih tinggi pada orang kulit hitam, Orang Hispanik, Indian Amerika, dan penduduk asli Alaska dibandingkan orang kulit putih atau orang Asia.	3. Obesitas: indeks massa tubuh ≥ 30 kg/m ² .
4. Riwayat keluarga: mungkin terkait dengan genetika dan kesamaan pengaruh lingkungan dan gaya hidup	4. Kurang aktivitas fisik: <30 -60 menit aktifitas aerobik dan 3-5 kali per minggu.
5. Riwayat stroke: risiko kekambuhan dalam 10 tahun adalah 43%	5. Diabetes
	6. Merokok
	7. Konsumsi alkohol berat: >2 minuman untuk pria dan >1 untuk wanita per hari

Sumber : Kernan et al. (2014)

Dalam satu sampel orang dewasa yang tinggal di komunitas dengan stroke, 99% memiliki 1 faktor risiko yang tidak terkelola, dan 91% memiliki 2 atau lebih faktor risiko yang tidak terkelola (Kopunek et al., 2007). Hal ini mengkhawatirkan karena risiko mortalitas kardiovaskular adalah 1,6 dan 3,1 kali lebih tinggi pada orang dengan 1 dan 2 faktor risiko yang tidak terkelola, masing-masing, dibandingkan dengan orang dengan faktor risiko yang terkelola (Qureshi et al., 2004). Oleh karena itu, manajemen faktor risiko penting bagi orang dengan stroke.

Stroke adalah salah satu penyebab utama kecacatan dan kematian di seluruh dunia. Setelah mengalami serangan stroke pertama, risiko stroke berulang (stroke sekunder) menjadi lebih tinggi, yang dapat meningkatkan komplikasi kesehatan, kecacatan permanen, atau bahkan kematian (Feigin & Vos, 2019). Menurut Sinaga & Sembiring (2018) stroke sekunder dapat dicegah dengan melakukan perubahan perilaku dan modifikasi gaya hidup. Beberapa tindakan yang terbukti efektif dalam mencegah stroke berulang meliputi:

1. Mengontrol Tekanan Darah: Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko utama stroke. Pengendalian tekanan darah dapat menurunkan risiko terjadinya stroke berulang.
2. Mengontrol Kadar Gula Darah: Penderita diabetes memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke. Pengendalian kadar gula darah sangat penting untuk mencegah komplikasi ini.
3. Berhenti Merokok: Merokok meningkatkan risiko penyempitan pembuluh darah dan pembentukan plak di arteri, yang dapat menyebabkan stroke. Oleh karena itu, berhenti merokok adalah langkah kritis dalam pencegahan.
4. Berhenti Minum Alkohol: Konsumsi alkohol yang berlebihan dapat meningkatkan tekanan darah dan memicu masalah jantung, yang berkontribusi pada risiko stroke.
5. Menjaga Berat Badan Ideal: Obesitas dikaitkan dengan berbagai faktor risiko

stroke, termasuk hipertensi dan diabetes. Oleh karena itu, menjaga berat badan ideal adalah bagian penting dari pencegahan.

6. Melakukan Aktivitas Fisik: Aktivitas fisik yang teratur membantu meningkatkan sirkulasi darah, mengontrol berat badan, dan mengurangi risiko penyakit kardiovaskular.
7. Menghindari Stres: Stres kronis dapat memengaruhi kesehatan jantung dan pembuluh darah.
8. Mengelola stres melalui relaksasi, meditasi, atau aktivitas lain yang menenangkan dapat membantu menurunkan risiko stroke.

Sepuluh pelajaran penting yang bisa diadopsi dari pedoman pencegahan serangan stroke sekunder:

1. Rekomendasi spesifik untuk strategi pencegahan sering kali bergantung pada sub tipe stroke iskemik/serangan iskemik transien. Oleh karena itu, yang baru dalam pedoman ini adalah bagian yang menjelaskan rekomendasi untuk pemeriksaan diagnostik setelah stroke iskemik, untuk menentukan etiologi stroke iskemik (jika memungkinkan), dan untuk mengidentifikasi target pengobatan untuk mengurangi risiko stroke iskemik berulang. Rekomendasi sekarang dikelompokkan berdasarkan sub tipe etiologi.
2. Untuk mencegah stroke sekunder, manajemen faktor risiko vaskular, termasuk diabetes, merokok, lipid, dan terutama hipertensi, sangat penting. Dengan tujuan terapi yang disesuaikan untuk masing-masing pasien, penanganan medis intensif yang biasanya dilakukan oleh tim multidisiplin biasanya yang terbaik.
3. Gaya hidup yang sehat, seperti mengikuti diet yang sehat dan berpartisipasi dalam aktivitas fisik, sangat penting untuk mencegah stroke sekunder. Diet Mediterania yang mengurangi garam disarankan untuk mengurangi risiko stroke. Karena pasien dengan stroke sangat berisiko mengalami perilaku duduk yang lama dan tidak banyak bergerak, mereka harus didorong untuk melakukan aktivitas fisik dengan cara yang aman dan diawasi.
4. Dibutuhkan lebih dari sekadar anjuran dokter atau brosur untuk mengubah perilaku pasien, seperti kepatuhan terhadap obat, olahraga, dan pola makan. Program yang menggunakan teori perubahan perilaku, metode yang telah teruji, dan dukungan multidisipliner sangat dibutuhkan.
5. Hampir semua pasien menerima terapi antitrombotik, yang mencakup agen antiplatelet atau antikoagulan, tanpa kontraindikasi. Dengan sedikit pengecualian, kombinasi antiplatelet dan antikoagulasi biasanya tidak diindikasikan untuk mencegah stroke sekunder; namun, terapi antiplatelet ganda jangka panjang dan jangka pendek hanya disarankan untuk pasien tertentu, seperti mereka yang mengalami stroke.
6. Salah satu kondisi yang masih sangat umum adalah fibrilasi atrium, yang meningkatkan risiko stroke iskemik sekunder. Jika tidak ditemukan penyebab lain dari stroke, pengujian irama jantung untuk fibrilasi atrium tersembunyi biasanya direkomendasikan jika pasien tidak memiliki kontraindikasi.
7. Penyakit arteri karotis ekstrakranial adalah salah satu penyebab utama stroke, yang dapat diobati. Pasien yang dapat diintervensi yang memiliki stenosis berat ipsilateral akibat stroke yang tidak melumpuhkan atau serangan iskemik transien

harus memperbaiki stenosisnya lebih awal setelah stroke iskemik. Pilihan antara pemasangan stent arteri karotis atau endarterektomi karotis harus didasarkan pada kondisi medis pasien dan karakteristik anatomi pembuluh darah mereka.

8. Untuk mencegah kekambuhan, angioplasti dan pemasangan stent tidak boleh diberikan kepada pasien dengan stenosis intrakranial berat di wilayah vaskular stroke iskemik atau serangan iskemik transien. Terapi antiplatelet ganda jangka pendek dan manajemen medis yang agresif terhadap faktor risiko lebih disukai.
9. Sejak pedoman sebelumnya pada tahun 2014, banyak penelitian telah mengevaluasi cara mencegah stroke sekunder dari penutupan foramen ovale paten. Saat ini, penutupan foramen ovale paten dilakukan secara perkutan pada pasien yang memenuhi semua kriteria berikut: usia 18 hingga 60 tahun, mengalami stroke nonlakunar, tidak ada penyebab lain yang diketahui, dan memiliki tanda-tanda foramen ovale paten yang memiliki risiko tinggi.
10. Karena tidak bermanfaat, pengobatan empiris dengan antikoagulan atau ticagrelor tidak boleh diberikan kepada pasien dengan stroke emboli yang sumbernya tidak jelas (Feigin & Vos, 2019).

1.7.2 Pemberdayaan Keluarga

1.7.2.1 Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah segala bantuan yang dapat diberikan kepada keluarga lain dalam bentuk persediaan, layanan, pengetahuan, dan nasihat yang membantu orang yang menerima dukungan merasa damai, dicintai, dan dihargai. Dorongan, inspirasi, empati, dan bantuan dalam menanamkan rasa aman dan ketenangan pada orang lain adalah contoh dukungan. Dukungan diberikan oleh orang tua, pasangan, dan anggota keluarga lainnya. Dukungan keluarga mempengaruhi kesehatan mental seseorang dengan membuat mereka merasa aman, bahagia, puas, dan nyaman. Hal ini juga memberi mereka rasa dukungan emosional (Shulman, D'Angelo, Harrison, Smith, Zhang, et al., 2018).

Dukungan keluarga diperlukan untuk mencapai kesejahteraan psikologis dan keseimbangan mental. Dukungan keluarga meliputi pengetahuan, bantuan praktis, penilaian, dan dukungan emosional dari suami, orang tua, mertua, dan kerabat lainnya. Dukungan ini didefinisikan sebagai dukungan yang membantu secara emosional dan mempengaruhi secara positif. Keluarga, menurut penelitian, adalah sekelompok individu yang disatukan oleh pernikahan, adaptasi, dan kelahiran dengan tujuan untuk membangun dan melestarikan budaya bersama yang mendorong perkembangan mental, emosional, dan fisik setiap anggota keluarga. Secara tradisional, keluarga dibagi menjadi dua kategori:

1. Keluarga inti hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak kandung atau anak angkat.
2. Keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga tambahan, seperti kakek-nenek dan paman-bibi, yang masih memiliki hubungan darah, membentuk keluarga besar (Hallamaa et al., 2018) dan (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

1.7.2.2 Pendekatan Dukungan Keluarga

Pendekatan keluarga, di mana Puskesmas tidak hanya memberikan layanan kesehatan di dalam gedung tetapi juga mengunjungi keluarga di luar gedung, merupakan salah satu teknik yang digunakan Puskesmas untuk memperluas cakupan sasaran, mendekatkan layanan kesehatan, dan meningkatkan akses di wilayah kerjanya.

Menurut Friedman (1998), terdapat Lima Fungsi Keluarga, yaitu:

1. Fungsi utama keluarga yang mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga agar siap berinteraksi dengan orang lain adalah fungsi emosional. Pertumbuhan individu dan psikososial anggota keluarga bergantung pada fungsi ini.
2. Proses perkembangan dan transformasi pribadi yang mengarah pada keterlibatan sosial dan pemahaman tentang bagaimana berkontribusi pada lingkungan sosial seseorang dikenal sebagai fungsi sosialisasi. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Peran ini sangat membantu dalam membantu anak-anak bersosialisasi, mentransmisikan nilai-nilai budaya dari keluarga, dan menciptakan norma-norma perilaku yang sesuai dengan perkembangannya.
3. Peran reproduksi dalam menjaga kelangsungan generasi keluarga.
4. Peran ekonomi, di mana keluarga memenuhi kewajiban finansial dan membantu individu dalam belajar bagaimana meningkatkan tingkat pendapatan untuk memenuhi kebutuhan mereka.
5. Peran perawatan kesehatan untuk menjaga anggota keluarga tetap sehat sehingga mereka dapat terus bekerja. Peran ini berubah menjadi tugas-tugas yang berkaitan dengan kesehatan keluarga. Sementara itu, berikut ini adalah kewajiban perawatan kesehatan keluarga:
 - a. Hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan terpelihara,
 - b. Kesehatan dan pengembangan karakter anggota keluarga didukung,
 - c. Pilihan perawatan kesehatan yang tepat dipilih,
 - d. Penyakit anggota keluarga dirawat, d. lingkungan rumah yang sehat dipertahankan, dan
 - e. Hubungan anggota keluarga dengan fasilitas kesehatan dipertahankan.

Penelitian yang dilakukan oleh Ambarika & Anggraini (2022) menemukan ada hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan stroke. Adanya dukungan keluarga merupakan dukungan yang mampu memberikan kekuatan emosional, kasih sayang dan perhatian keluarga sehingga meningkatkan semangat dalam melakukan upaya pencegahan stroke berulang (Ambarika & Anggraini, 2022).

1.7.2.3 Keluarga sebagai Pusat Promosi Kesehatan

1. Pertimbangan Merencanakan dan Melaksanakan Program Promosi Kesehatan di Keluarga

Anggota keluarga yang dapat saling mendukung dan mengasuh satu sama lain setiap saat sangat penting untuk menjaga kesehatan dan mencegah penyakit untuk kesehatan masyarakat dari waktu ke waktu (Putri & Martya, 2021; Dharmayanti

et al., 2019). Kapasitas keluarga untuk mengasuh, merawat, melindungi, mengajar, dan mempengaruhi sepanjang perjalanan hidup membuatnya menjadi titik masuk yang efektif dalam promosi dan pemeliharaan kesehatan individu dan kolektif dan merupakan komponen penting untuk praktik kesehatan masyarakat (Herwansyah et al., 2022) (Kurniawati and Ansari, 2022; Permana & Izzati, 2020).

Pergeseran demografis baru-baru ini (misal proporsi populasi yang semakin besar dari orang dewasa yang lebih tua, peningkatan jumlah keluarga multigenerasi, dan lebih banyak orang yang hidup sendiri) memerlukan pergeseran penting dari fokus kesehatan masyarakat tradisional pada ibu dan anak ke konteks yang lebih besar yaitu keluarga (Sanogo & Yaya, 2020) (Keatinge et al., 2017; Zhao et al., 2021). Pergeseran ini sangat penting karena hampir semua individu bersarang di dalam keluarga di mana setiap anggotanya saling terhubung dan dipengaruhi oleh satu sama lain, seperti yang dijelaskan oleh teori sistem keluarga. Teori ini mengidentifikasi keluarga sebagai unit kohesif yang berfungsi sebagai sebuah sistem dengan seperangkat aturan dan tanggung jawabnya sendiri (Osaki et al., 2019). Setiap anggota memberikan dampak yang besar terhadap pilihan anggota keluarga yang lain, yang konsekuensinya dapat terbawa dari satu generasi ke generasi berikutnya (Uneke et al., 2014; Anggraini, 2018).

2. Bermitra dengan Keluarga untuk Menunjukkan Optimisme atau Keyakinan akan Kemampuan Mereka untuk Meningkatkan Hasil Kesehatan

Keluarga mungkin tidak mengetahui sistem kesehatan masyarakat dan bagaimana sistem

tersebut dapat membantu mereka mencapai tujuan kesehatan dan kesejahteraan mereka. Keluarga yang sudah mengetahui mungkin juga tidak percaya pada layanan kesehatan publik karena keterbatasan pengalaman atau faktor lainnya (Simanjuntak & Sudaryati, 2011). Mendapatkan kepercayaan dari orang tua atau anggota keluarga berarti (1) menghindari pandangan yang meremehkan kemampuan keluarga, (2) menolak dasar bersyarat untuk bermitra, (3) menolak pendekatan kami-lebih-tahu-lebih-baik, dan (4) mengakui hak dan privasi keluarga serta kebutuhan mereka untuk mandiri dalam melaksanakan tanggung jawab mereka.

3. Fokus pada Penguatan Pendamping Keluarga di Masyarakat

Teori penentuan nasib sendiri menjelaskan psikologi di balik pilihan yang kita buat. Teori ini menyatakan bahwa motivasi intrinsik memainkan peran dominan dalam pilihan-pilihan pribadi. Hal ini berarti bahwa ketika kebutuhan psikologis dasar individu akan kompetensi, keterkaitan, dan otonomi terpenuhi, keterlibatan dan komitmen yang lebih dalam akan muncul, yang kemudian meningkatkan pertumbuhan individu (Agustian, 2010). Kesehatan masyarakat adalah hasil dari pilihan individu dan keluarga, yang pada gilirannya akan mempengaruhi kesehatan masyarakat. Penerapan teori penentuan nasib sendiri dalam kesehatan masyarakat memerlukan pengembangan kapasitas individu dan keluarga untuk membuat pilihan yang sehat sambil memungkinkan mereka untuk mempertahankan kendali atas kehidupan mereka. Kesehatan masyarakat dapat membantu memfasilitasi kompetensi, otonomi, dan ketahanan keluarga dengan membantu pendukung tepercaya untuk membimbing kepala keluarga.

Membimbing keluarga menjadi relevan karena pendidik kesehatan masyarakat

jarang tersedia atau cukup terhubung untuk menjadi pembimbing yang ideal bagi keluarga, seperti navigator kesehatan keluarga (Sukoco et al., 2016). Serupa dengan keberhasilan petugas kesehatan masyarakat dan program bimbingan teman sebaya lainnya (navigator pasien, kunjungan ke rumah, penyimpang yang positif, dan lainnya), kapasitas terbesar kesehatan masyarakat adalah membantu mengidentifikasi dan mendukung pembimbing terpercaya agar dapat memberikan dampak positif di tempat dan waktu yang tepat bagi anggota keluarga yang membutuhkannya. Pembimbing keluarga yang terpercaya dapat berupa anggota keluarga yang terlatih, tetangga, pelatih/guru, atau penjaga gerbang komunitas yang dikenal (Estiyani et al., 2017).

4. Memberdayakan Keluarga untuk Menilai Kebutuhan, Kapasitas, dan Merancang Solusi untuk Masalah Mereka

Pengasuh keluarga tidak akan melihat daftar praktik terbaik sebagai sesuatu yang dapat diterapkan untuk mereka. Apa yang disebut sebagai praktik terbaik didasarkan pada asumsi yang tidak universal yang tidak mungkin digeneralisasi dari satu rumah tangga ke rumah tangga lain berdasarkan keadaan keluarga dan konteks, kebutuhan, kesadaran sosial, dan kepentingan. Sebaliknya, praktisi promosi kesehatan dapat secara teratur menilai kebutuhan anggota keluarga dan melibatkan mereka untuk memecahkan masalah mereka sendiri dengan menggunakan model pengembangan masyarakat yang sudah mapan dalam kesehatan masyarakat (misalnya, penelitian partisipatif berbasis masyarakat, dll).

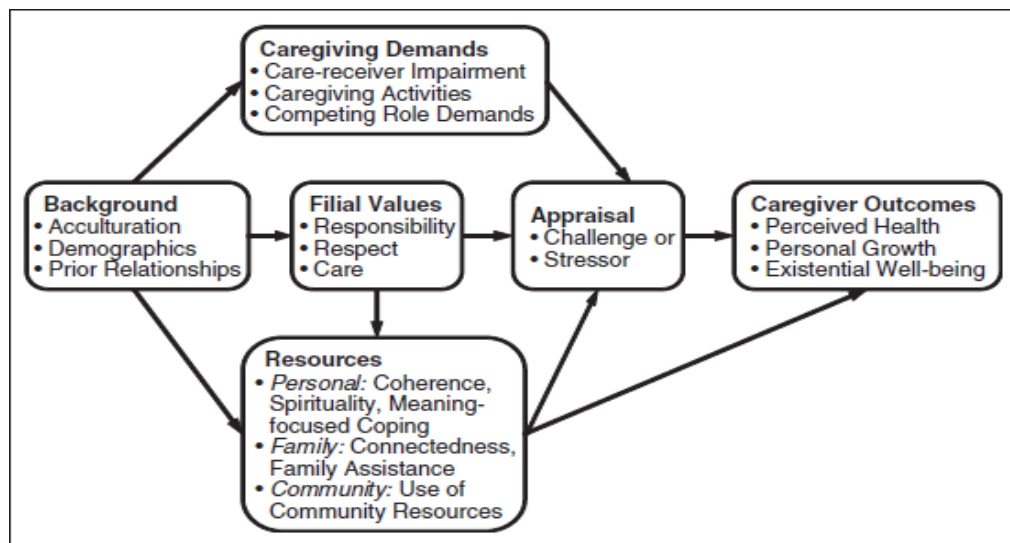
Upaya-upaya ini dapat menghasilkan identifikasi kebutuhan yang membutuhkan kesehatan masyarakat untuk bermitra dengan berbagai disiplin ilmu dan layanan yang biasanya tidak dimanfaatkan. Terlepas dari itu, keunggulan para pemimpin rumah tangga harus dihargai karena mereka sering kali memiliki kepentingan yang paling penting bagi keluarga mereka. Mereka juga mengetahui masalah-masalah yang paling penting bagi mereka. Bekerja dengan anggota keluarga melalui pemecahan masalah, membuat penilaian kebutuhan, dan keterlibatan dalam upaya atau model berbasis partisipatif menjadi peluang yang jelas bagi para praktisi. Sebagai contoh, intervensi kemandirian dari Harvard memberikan garis besar prinsip-prinsip dasar yang dapat dipertimbangkan secara fleksibel dengan menggunakan orang tua yang dilatih secara suportif dengan menggunakan model seperti navigator pasien/kesehatan (Shulman, D'Angelo, Harrison, Smith, & Warner, 2018).

Orang-orang yang dipercaya ini yaitu, orang tua, pengasuh berusaha untuk memahami hambatan keluarga terhadap kemiskinan dan kemandirian dengan mempelajari prinsip-prinsip utama program: stabilitas keluarga (perumahan/tanggungan), kesejahteraan (kesehatan dan kesehatan perilaku), pendidikan dan pelatihan (pencapaian), manajemen keuangan (tabungan vs utang), dan manajemen pekerjaan dan karir (tingkat penghasilan). Ketika kesehatan masyarakat menghargai perlunya mengajarkan kesehatan keluarga dan juga secara fleksibel mendukung keluarga melalui pengajaran tersebut, maka keberhasilan akan lebih mungkin terjadi (Bellman et al., 2013). Oleh karena itu, praktisi promosi kesehatan harus mengantisipasi pengalihan "pengajaran" keluarga tetapi tidak dalam bentuk praktik terbaik yang universal. Dengan pendekatan seperti itu, praktisi akan berada dalam posisi yang lebih dihormati dan lebih percaya diri karena pengakuan

mereka bahwa anggota keluarga kunci sering kali memiliki kepentingan terbaik bagi keluarga mereka.

1.7.2.4 Teori Pemberdayaan Keluarga

Caregiver Empowerment Model (CEM) adalah model konseptual dan empiris yang dapat digunakan untuk menjelaskan pemberdayaan (Jones et al., 2011). CEM digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1.1. *Caregiver empowerment Model* (Jones et al., 2011)

Model empowerment caregiver (CEM) dikembangkan untuk meningkatkan dan mendorong hasil yang lebih baik dalam pengasuhan di lingkungan keluarga. Model ini memperhitungkan berbagai faktor latar belakang yang mempengaruhi proses perawatan, seperti ibu. Model ini juga menjelaskan bahwa pemberdayaan caregiver melibatkan peningkatan kemampuan mereka untuk menilai, mempengaruhi, dan mengelola situasi dengan memanfaatkan sumber daya keluarga untuk mencapai hasil yang diinginkan.

Salah satu konsep teori utama yang membentuk model *Caregiver Empowerment Model* (CEM) adalah *salutogenic theory of stress* dari Antonovsky (1979) dan *caregiving stress process model* yang dikembangkan oleh Pearlin, Mullan, Semple, dan Skaff (1990). Yang kedua adalah model kesehatan *empowerment* dari Jones dan Meleis (1993), yang menggabungkan keduanya. Model CEM juga didasarkan pada *theory meaning-focused coping* yang dikemukakan oleh Folkman dan Moskowitz (2000). Kombinasi ini memungkinkan CEM untuk menawarkan pendekatan yang komprehensif untuk meningkatkan pemberdayaan caregiver dengan fokus pada bagaimana mereka menangani stres dan menemukan makna dalam proses pengasuhan. Beberapa variabel yang terdapat pada model pemberdayaan pengasuhan terdiri dari;

1. *Caregiving Demands* (Tuntutan Pengasuhan) terdiri dari;

Penurunan penerimaan perawatan, kegiatan pengasuhan, dan permintaan peran

yang bersaing CEM menyatakan bahwa ketika nilai filial dan sumber daya tersedia, pengasuh dapat menilai tuntutan sebagai masalah yang signifikan.

2. *Resources* (Sumber daya) terdiri dari;
 - a) Faktor pribadi:
 - 1) *Coherence*, kemampuan untuk berintegrasi adalah kemampuan untuk menghubungkan pengalaman saat ini dengan pengalaman masa lalu, menemukan motivasi dan tujuan dari pengalaman tersebut, dan menemukan makna dari pengalaman tersebut (Budd, 1993);
 - 2) Spiritualitas, adalah konsep yang luas, memiliki banyak dimensi dan sudut pandang, yang ditandai oleh adanya perasaan keterikatan (koneksitas) kepada sesuatu yang lebih besar dari diri sendiri, yang disertai dengan upaya untuk menemukan makna dalam hidup. Ini juga dapat digambarkan sebagai pengalaman yang universal dan langsung.
 - 3) *Meaning-Focused Coping*, koping berbasis penilaian adalah ketika seseorang menggunakan keyakinan (seperti agama, spiritual, atau keyakinan tentang keadilan) dan tujuan eksistensial mereka untuk mendorong dan mempertahankan koping dan kesejahteraan mereka saat situasi sulit.
 - b) Faktor keluarga seperti,
 - 1) *Connectedness*, diartikan sebagai perasaan dicintai, dihargai, dirawat, dan dihormati yang didapat oleh *caregiver* dari keluarga (Foster et al., 2017);
 - 2) *Family assistance*, bantuan yang diberikan keluarga yang diberikan kepada *caregiver* baik secara emosional, fisik, maupun material;
 - 3) Faktor komunitas, seperti penggunaan sumberdaya komunitas.
3. *Filial value* (nilai dasar) mencakup sikap tanggung jawab, penghormatan, dan kepedulian. Sikap yang dimiliki oleh *caregiver* ini didasarkan pada kepercayaan dan komitmen untuk mempertahankan nilai-nilai tradisional, yang diyakini dapat meningkatkan motivasi mereka dalam memberikan perawatan. Dalam *Caregiver Empowerment Model* (CEM), nilai-nilai filial diusulkan untuk:
 - a. Mengubah persepsi *caregiver* terhadap tuntutan pengasuhan, sehingga mereka melihatnya sebagai tantangan, bukan sebagai sumber stres.
 - b. Berperan sebagai sumber daya yang membantu *caregiver* mengatasi tuntutan melalui rasa tujuan yang kuat dan makna dari tindakan merawat, yang dianggap sebagai bentuk pengabdian.
 - c. Mempengaruhi akses dan pemanfaatan sumber daya, baik yang berasal dari keluarga maupun komunitas.
 - d. Secara tidak langsung berdampak pada hasil perawatan melalui penguatan sumber daya dan penilaian yang lebih positif terhadap situasi pengasuhan.
4. *Filial Value* (nilai dasar), yang terdiri dari sikap tanggung jawab, rasa menghormati dan peduli. Sikap yang dimiliki *caregiver* yang didapat dari kepercayaan dan komitmen untuk mempertahankan nilai-nilai tradisional dipercaya dapat meningkatkan motivasi untuk menyediakan perawatan. Dalam CEM diusulkan bahwa *filial value* dapat (a) merubah bagaimana individu menilai tuntutan pengasuhan yaitu, sebagai tantangan bukannya stressor, (b) berkontribusi pada sumber daya yang tersedia untuk mengatasi melalui rasa kuat akan tujuan dan

makna yang terkait dengan memberi kembali, (c) memengaruhi akses ke sumber daya keluarga dan penggunaan sumber daya komunitas, dan (d) secara tidak langsung mempengaruhi hasil melalui sumber daya dan penilaian

5. *Background* (latar belakang keluarga), terdiri dari akulturasi budaya, faktor demografi dan hubungan sebelumnya.
6. *Appraisal* (penilaian), proses menilai yang terdiri dari dua komponen hasil penilaian, sebagai tantangan atau sebagai stressor/penyebab stres.
7. *Caregiver Outcome*, Hasil pengasuhan terhadap keluarga adalah persepsi tentang sehat, pertumbuhan pribadi dan keluarga, eksistensi kondisi sejahtera.

1.7.3 Teori Perilaku

Stroke sekunder adalah serangan stroke yang terjadi setelah stroke pertama, yang dapat dicegah melalui perubahan perilaku dan gaya hidup pasien. Penerapan teori perilaku dalam intervensi pencegahan dapat membantu meningkatkan kepatuhan pasien terhadap rekomendasi medis dan perubahan gaya hidup. Berikut adalah beberapa teori perilaku yang dapat digunakan untuk pencegahan stroke sekunder, disertai dengan referensi yang relevan.

1.7.3.1 Teori *Health Belief Model* (HBM)

Health Belief Model (HBM) ditemukan pertama kali oleh Resenstock 1966, kemudian disempurnakan oleh Becker, dkk 1970 dan 1980. Model teori ini merupakan formulasi konseptual untuk mengetahui persepsi individu apakah mereka menerima atau tidak tentang kesehatan mereka. Variabel yang dinilai meliputi keinginan individu untuk menghindari kesakitan, kepercayaan mereka bahwa terdapat usaha agar menghindari penyakit tersebut. HBM merupakan suatu konsep yang mengungkapkan alasan dari individu untuk mau atau tidak mau melakukan perilaku sehat (Janz & Becker, 1984). HBM juga dapat diartikan sebagai sebuah konstruk teoretis mengenai kepercayaan individu dalam berperilaku sehat (Conner & Norman, 2005).

HBM adalah model yang digunakan untuk menggambarkan kepercayaan individu terhadap perilaku hidup sehat, sehingga individu akan melakukan perilaku sehat berupa perilaku pencegahan maupun penggunaan fasilitas kesehatan. HBM sering digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan preventif dan juga respon perilaku untuk pengobatan pasien dengan penyakit akut dan kronis. Namun akhir-akhir ini teori HBM digunakan sebagai prediksi berbagai perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Konsep utama dari HBM adalah perilaku sehat ditentukan oleh kepercayaan individu atau persepsi tentang penyakit dan sarana yang tersedia untuk menghindari terjadinya suatu penyakit. Dari pengertian mengenai HBM yang sudah dijelaskan di atas dapat disimpulkan bahwa HBM adalah model yang menspesifikasikan bagaimana individu secara kognitif menunjukkan perilaku sehat maupun usaha untuk menuju sehat atau penyembuhan suatu penyakit. Terdapat 4 (empat) dimensi dari HBM diantaranya:

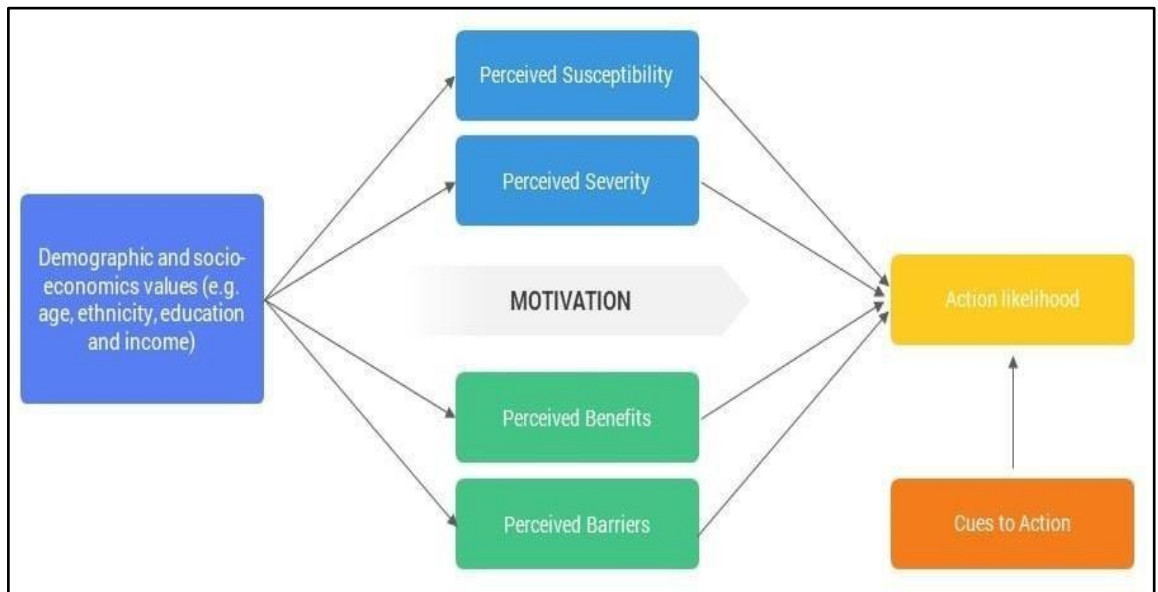
1. *Perceived susceptibility* atau kerentanan yang dirasakan konstruk tentang resiko atau kerentanan (*susceptibility*) personal. Hal ini mengacu pada persepsi subyektif

seseorang menyangkut risiko dari kondisi kesehatannya. Di dalam kasus penyakit secara medis, dimensi tersebut meliputi penerimaan terhadap hasil diagnosa, perkiraan pribadi terhadap adanya resusceptibility (timbul kepekaan kembali), dan susceptibility (kepekaan) terhadap penyakit secara umum.

2. *Perceived benefits*, manfaat yang dirasakan. Penerimaan *susceptibility* seseorang terhadap suatu kondisi yang dipercaya dapat menimbulkan keseriusan (*perceived threat*) adalah mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung kearah perubahan perilaku. Ini tergantung pada kepercayaan seseorang terhadap efektivitas dari berbagai upaya yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit, atau keuntungan yang dirasakan (*perceived benefit*) dalam menangani upaya kesehatan tersebut. Ketika seorang memperlihatkan suatu kepercayaan terhadap adanya kepekaan (*susceptibility*) dan keseriusan (*seriousness*), sering tidak diharapkan untuk menerima apapun upaya kesehatan yang direkomendasikan kecuali jika upaya tersebut dirasa manjur dan cocok.
3. *Health motivation* dimana konstruk ini terkait dengan motivasi individu untuk selalu hidup sehat. Terdiri atas kontrol terhadap kondisi kesehatannya serta health value (Conner, M & Norma. P, 2005).
4. *Perceived barriers* atau hambatan yang dirasakan untuk berubah, atau apabila individu menghadapi rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Sebagai tambahan untuk empat keyakinan (*belief*) atau persepsi. Aspek-aspek negatif yang potensial dalam suatu upaya kesehatan (seperti: ketidak pastian, efek samping), atau penghalang yang dirasakan (seperti: khawatir tidak cocok, tidak senang, gugup), yang mungkin berperan sebagai halangan untuk merekomendasikan suatu perilaku.

Health Belief Model (HBM) dipengaruhi oleh beberapa faktor:

1. Faktor demografis yang mempengaruhi HBM individu adalah usia, gender, kelas sosial ekonomi. Individu yang berasal dari kelas sosial ekonomi menengah kebawah memiliki pengetahuan yang kurang tentang faktor yang menjadi penyebab suatu penyakit (Hossack & Leff, 1987 dalam Sarafino, 1994).
2. Edukasi merupakan faktor yang penting sehingga mempengaruhi HBM individu, kurangnya pengetahuan akan menyebabkan individu merasa tidak rentan terhadap gangguan (Bayat dkk, 2013).
3. Psikologis adanya tekanan rekan sebaya, gaya kepribadian dan lain-lain.



Gambar 1.2. *Health Belief Model (HBM)* (Janz dan Becker, 1984)

1.7.3.2 Social Cognitive Theory (SCT)

Konsep terpenting dalam teori pembelajaran sosial adalah pemodelan, kemandirian, dan interaksi parasosial. Pemodelan dalam program *social and behavior change communication* (SBCC) mengacu pada penggunaan pesan yang menunjukkan seseorang (orang atau aktor) melakukan perilaku yang diinginkan. Pembelajaran observasional dari suatu model memerlukan empat tahap kognitif: perhatian, retensi, reproduksi dan motivasi (Bandura A, 1986).

- Perhatian: Individu harus memperhatikan model untuk mempelajari sesuatu yang baru. Hal ini mempunyai implikasi penting bagi program SBCC: program dan pesan dengan model harus menarik, disesuaikan dengan konteks lokal, dapat dimengerti dan menarik bagi khalayak yang dituju.
- Retensi: Individu harus mampu “menyimpan” informasi baru tentang perilaku yang dicontohkan dan meninjaunya.
- Reproduksi: Individu harus memerankan kembali perilaku baru agar dapat mempraktikkan dan menguasainya sendiri. Kinerja perilaku yang berulang-ulang akan menghasilkan perubahan yang berkelanjutan.
- Motivasi: Agar reproduksi perilaku berhasil, individu perlu dimotivasi dengan baik untuk melakukan perilaku tersebut sendiri.

Social Cognitive Theory (SCT) dikembangkan oleh Albert Bandura dan menekankan pada interaksi antara individu, lingkungan, dan perilaku.

- Self-Efficacy: Kepercayaan diri dalam kemampuan untuk mengadopsi gaya hidup sehat berperan penting dalam mencegah stroke sekunder (Bandura, 1986).
- Observational Learning: Pasien dapat belajar dari pengalaman orang lain yang berhasil mencegah stroke berulang dengan mengikuti pola hidup sehat (Bandura, 2004).

3. **Reinforcement:** Dukungan keluarga dan tenaga medis dapat memperkuat motivasi pasien untuk mematuhi perubahan gaya hidup (Glanz et al., 2008).

1.7.3.3 Transtheoretical Model of Change (TTM)

Model ini dikembangkan oleh Prochaska & DiClemente (1983) dan menggambarkan tahapan perubahan perilaku sebagai proses yang berkelanjutan.

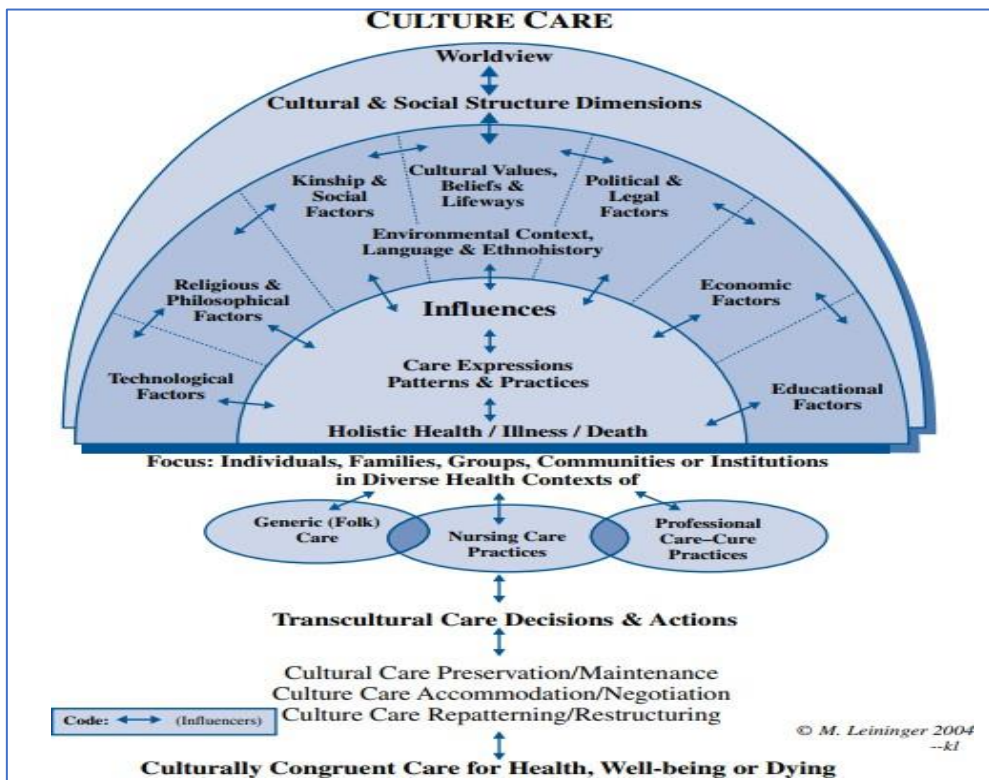
1. **Precontemplation:** Pasien belum menyadari pentingnya perubahan perilaku.
2. **Contemplation:** Pasien mulai mempertimbangkan untuk melakukan perubahan.
3. **Preparation:** Pasien membuat rencana konkret untuk memulai perubahan.
4. **Action:** Pasien secara aktif menjalani perubahan gaya hidup.
5. **Maintenance:** Pasien berusaha mempertahankan kebiasaan sehat yang baru.

1.7.4 Transcultural Nursing Theory

M. Leininger adalah pendiri teori perawatan kesehatan transkultural. Pemahaman budaya, nilai-nilai, keyakinan, dan praktik yang dianut oleh individu atau kelompok dengan latar belakang budaya yang sama atau berbeda adalah fokus dari teori ini. Tujuan utamanya adalah memberikan asuhan keperawatan yang spesifik dan universal yang sesuai dengan budaya pasien untuk mendukung kesehatan dan kesejahteraan mereka atau membantu mereka menghadapi situasi yang tidak menguntungkan (Leininger, 2002).

Leininger mengemukakan beberapa asumsi atau keyakinan dasar:

1. Perawatan sangat penting bagi pertumbuhan, perkembangan, dan kelangsungan hidup manusia serta untuk menghadapi kematian atau ajal.
2. Perawatan sangat penting untuk pengobatan dan penyembuhan; tanpa perawatan, tidak ada penyembuhan.
3. Proses perawatan manusia, ekspresi, bentuk, dan polanya berbeda di setiap budaya di dunia.
4. Setiap budaya memiliki perawatan umum (awam, rakyat, atau naturalistik), dan sebagian besar juga memiliki praktik perawatan profesional.
5. Agama, kekerabatan, sosial, politik, budaya, ekonomi, dan sejarah struktur sosial membentuk nilai dan keyakinan perawatan budaya. Selain itu, bahasa dan lingkungan juga berperan.
6. Keperawatan terapeutik hanya dapat dilakukan jika nilai, ekspresi, dan praktik perawatan budaya diketahui dan digunakan secara jelas untuk memberikan perawatan kepada manusia.
7. Untuk memberikan perawatan yang bermanfaat, memuaskan, dan sesuai, orang yang memberikan perawatan harus memahami perbedaan yang ada antara mereka yang memberikan perawatan dan orang yang menerimanya.
8. Perawatan yang sesuai dengan budaya, spesifik, atau universal sangat penting untuk kesejahteraan orang dari semua budaya.
9. Keperawatan pada dasarnya adalah profesi dan disiplin perawatan lintas budaya.



Gambar 1.3. *Sunrise Model Theory Leininger*

Theory of Culture Care Diversity and Universality masih merupakan salah satu teori yang paling luas dan praktis untuk meningkatkan pengetahuan keperawatan lintas budaya dan umum dengan cara-cara yang sama bagi perawat yang berpraktik untuk membangun atau meningkatkan perawatan yang mereka berikan kepada orang-orang. Mahasiswa keperawatan dan perawat yang berpraktik masih menjadi pendukung paling kuat dari teori ini (Leininger, 2002). Perawatan budaya, yang paling relevan dengan dunia multikultural kita, adalah praktik keperawatan yang telah lama terabaikan.

Enabler matahari terbit menggambarkan matahari terbit sebagai teori keragaman dan universalitas perawatan budaya. Metafora visual ini benar-benar tepat. Masa depan teori perawatan budaya sangat cerah karena bersifat luas dan menyeluruh, dan memfasilitasi penemuan perawatan yang terkait dengan budaya, konteks, dan usia individu yang beragam dan serupa dengan cara yang akrab dan natural. Teori ini bermanfaat bagi perawat dan keperawatan, serta para profesional dalam bidang lain seperti terapi fisik, okupasi, dan wicara, kedokteran, pekerjaan sosial, dan farmasi. Praktisi perawatan kesehatan dari bidang lain mulai menggunakan teori ini karena mereka juga perlu memahami dan peka terhadap orang-orang dari berbagai budaya yang membutuhkan perawatan (Leininger, 2002).

1.7.5 Kearifan Lokal *Poda na Lima*

Dalam budaya Mandailing, pembahasan tentang nilai-nilai pendidikan informal sangat luas cakupannya. Oleh karena itu, peneliti akan membahas tentang asas-asas akademika masyarakat Mandailing dalam pengertian keluarga sebagai orangtua. Keluarga sebagai lembaga tertinggi dalam proses penanaman nilai-nilai budaya dapat dilihat pada Masyarakat Mandailing yang salah satu konsep atau sistem nilai dalam budayanya, yang lebih mengacu kepada individu disebut *Poda na Lima* (lima pedoman). Berbeda dengan *Poda na Lima* yang mulai diabaikan bahkan dilupakan oleh masyarakat Mandailing, khususnya yang tinggal di luar daerah asal. Hal ini disebabkan oleh pengaruh filosofi suku bangsa, agama, dan perkembangan konsep individu yang lain (Nasution et al., 2020).

Proses penanaman nilai-nilai budaya dapat terlihat pada Komunitas Mandailing yang salah satu konsepnya atau sistem nilai dalam budaya mereka, yang lebih mengacu pada individu disebut *Poda na Lima* (lima pedoman). *Poda na Lima* mengandung arti lima pedoman dalam bahasa Indonesia. Lima pedoman ini merupakan konsep hidup bersih, yaitu peninggalan nenek moyang masyarakat suku Batak Angkola. *Poda na Lima* (Nasihat yang Lima/Lima Nasehat) merupakan pandangan hidup kelompok etnik Angkola, Mandailing & Toba berisi: 1) *Paias Rohamu: bersihkan hatimu* 2) *Paias Pamatangmu: bersihkan badanmu* 3) *Paias Pakeanmu/Parabitoimu: bersihkan pakaianmu* 4) *Paias Bagasmu: bersihkan rumahmu* 5) *Paias Pakaranganmu: bersihkan halaman rumahmu*. Masyarakat etnik tersebut tinggal di daerah Tapanuli Bagian Selatan meliputi Padangsidempuan, Sipirok, Padang Lawas Utara dan Padang Lawas. Etnik ini menduduki peringkat kedua terbesar penduduk Sumatera Utara. Kebersihan adalah salah satu konsep kesehatan kehidupan manusia. Berikut filosofi *Poda na Lima* sebagai berikut (Nasution et al., 2020):

1. *Paias Rohamu (Bersihkan hatimu)*

Roha atau hati, hati adalah segumpal daging yang mengharapkan menjadi terlindung, jika hati bersih, maka pikiran umumnya stabil. Roha adalah sistem self-kontrol dari dalam. Saat ini, pengendalian diri dari dalam adalah penting karena pengendalian diri dari luar, seperti realitas hukum dan norma, lebih mudah untuk dimanipulasi. Nilai-nilai budaya yang terkandung seperti nilai perdamaian, keamanan, dan keadilan.

2. *Paias pamatangmu (Bersihkan Badanmu)*

Membersihkan tubuh berarti menjaga kesehatan dan kebugaran tubuh itu sendiri sehingga tubuh menjadi harum dan bersih. Cara membersihkan tubuh umumnya dengan mandi, tetapi tidak hanya dengan menyiram tubuh dengan percikan air. Tubuh harus dicuci untuk menghilangkan kotoran lengket dengan sabun. Di masa lalu, orang Mandailing mandi di sungai dan menggosok tubuh mereka dengan batu apung. Nilai kebudayaan yang terkandung adalah nilai kebersihan, kesegaran, dan kesehatan.

3. *Paias parabitoimu (Bersihkan Pakaianmu)*

Pakaian yang dibersihkan bukan hanya baju dan celana, tetapi semua pakaian yang digunakan harus bersih, termasuk pakaian dalam. Mengganti pakaian dengan pakaian bersih setiap hari, menggunakan parfum. Pakaian harus bersih dari kotoran (najis). Nilai-nilai budaya yang diungkapkan dalam *paias parabitoimu* adalah nilai

kenyamanan, ketenangan, terutama kemampuan untuk kerapian.

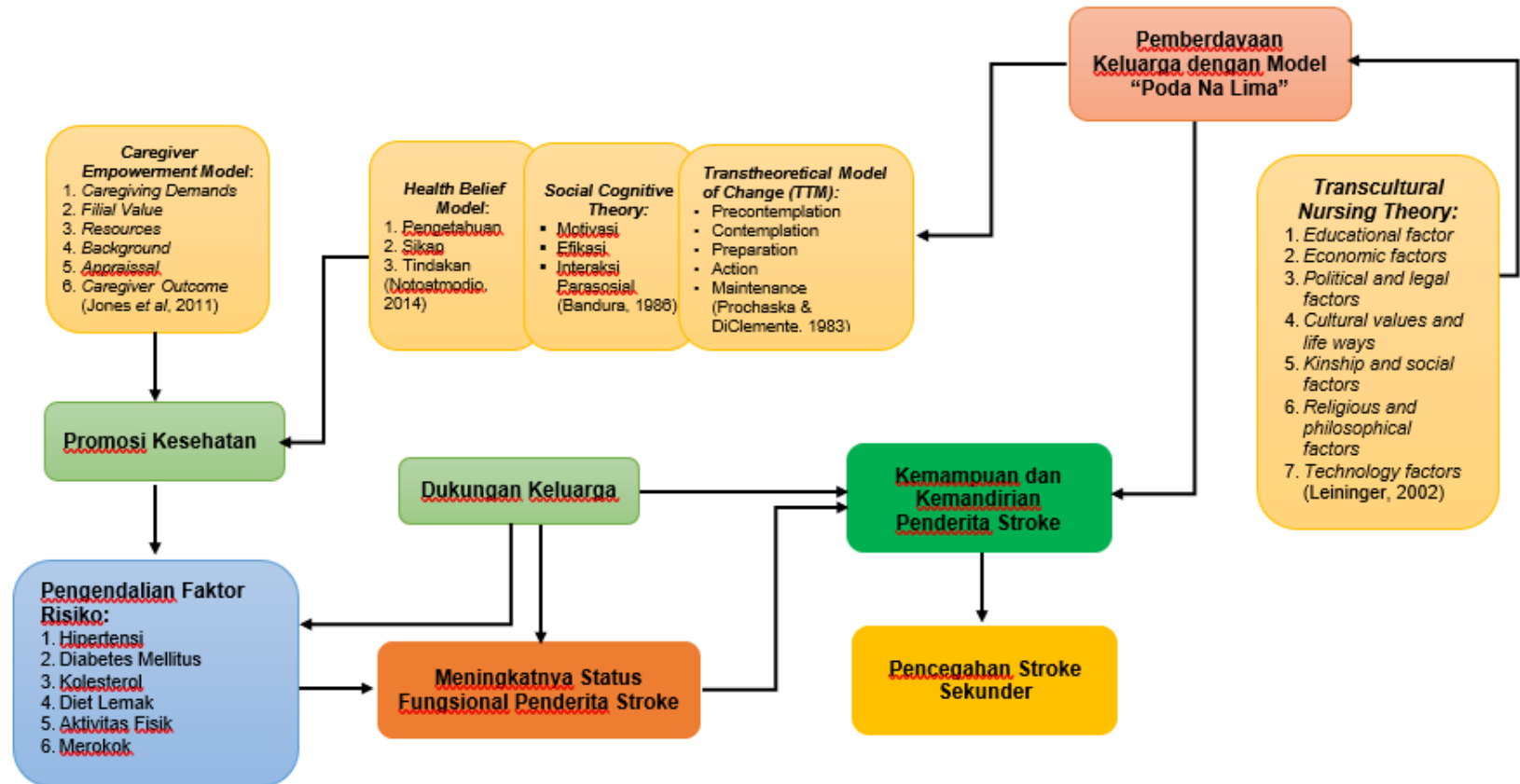
4. *Paias bagasmu (Bersihkan Rumahmu)*

Rumah adalah tempat berteduh dari bahaya cuaca dan hewan liar dan merawat perabotan dengan baik terawat. Rumah harus dijaga kebersihannya agar kita bisa merasakan nyaman dan aman. Nilai-nilai budaya yang terkandung dalam membersihkan rumah, seperti kenyamanan, keamanan, kesejukan, dan ketenangan.

5. *Paias pakaranganmu (Bersihkan Halaman Rumahmu)*

Halaman dapat memiliki perspektif yang lebih luas dari lingkungan. Nilai-nilai budaya Pakarangamu Paias adalah kebersihan, kesejukan, keindahan dan kepedulian terhadap lingkungan. Suku Mandailing diharapkan untuk menjaga lingkungan untuk memastikan bahwa bencana alam seperti banjir, tanah longsor, dan gempa tidak terjadi.

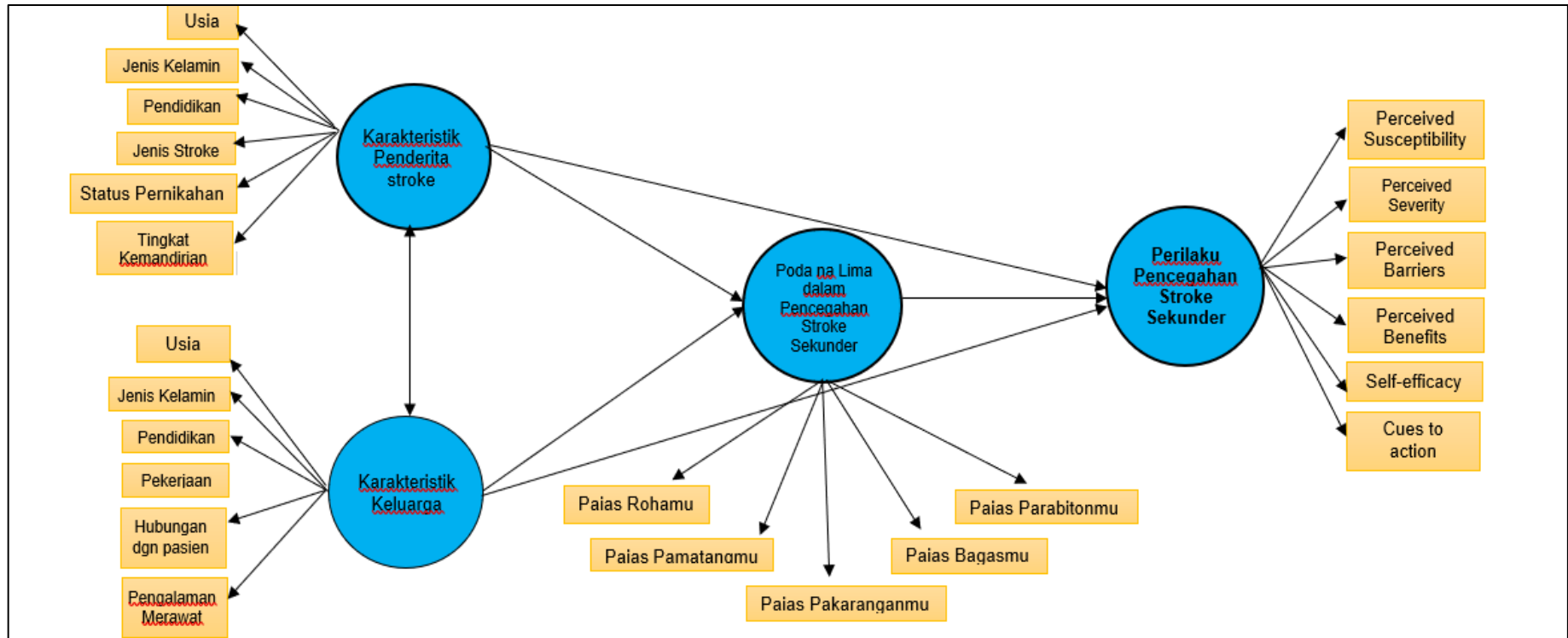
1.8 Kerangka Teori



Gambar 1.4. Kerangka Teori yang diadopsi dari Teori *Caregiver Empowerment Model* (CEM) (Jones et al., 2011), teori *Health Belief Model* (Conner & Norman, 2005), *Social Cognitive Theory* (Bandura, 1986), *Transtheoretical Model of Change* (TTM) (Prochaska & DiClemente, 1983) dan Teori *Transcultural Nursing* (Leininger, 2002).

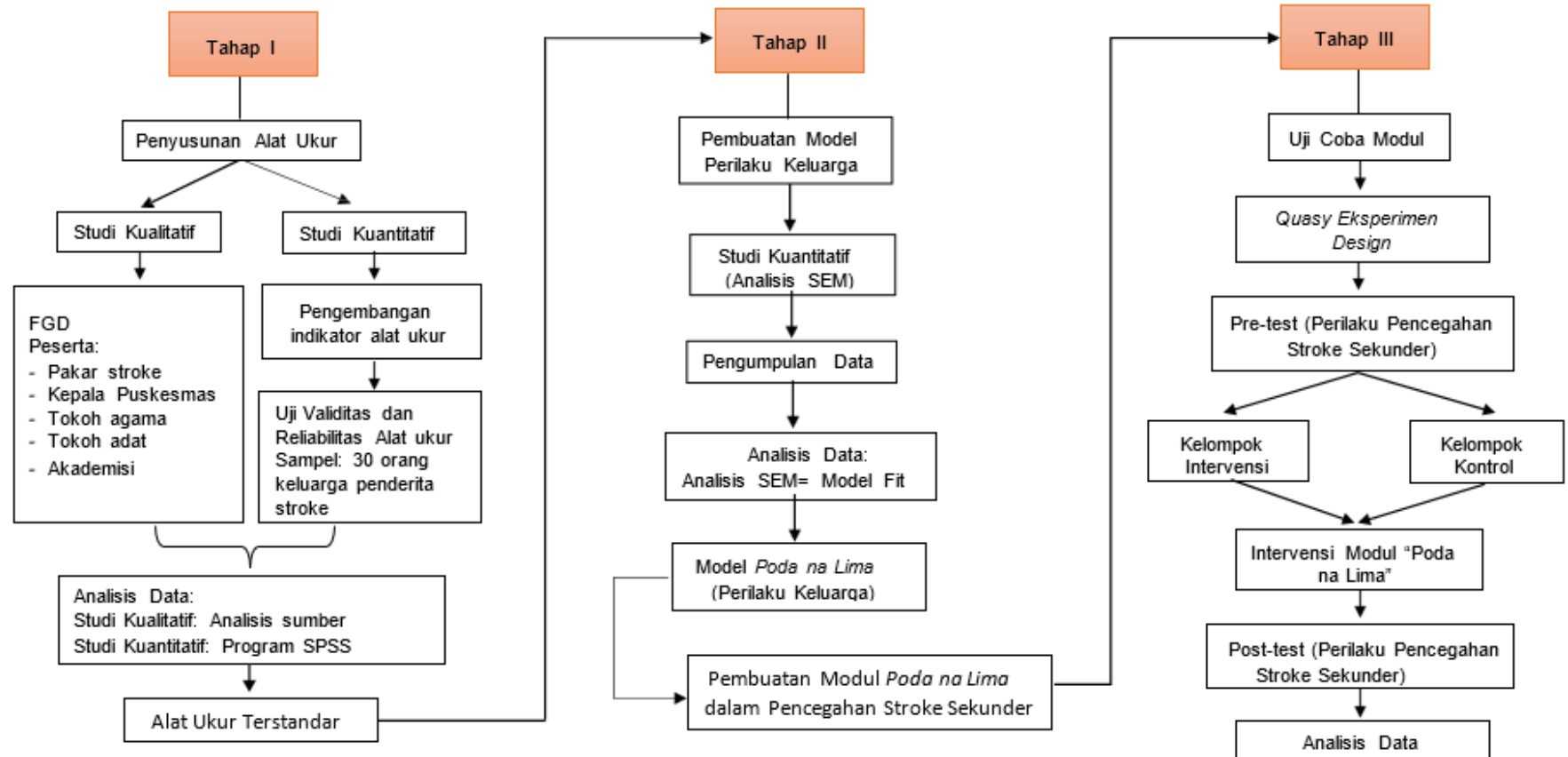
1.9 Kerangka Konsep

Penelitian ini terbagi menjadi dua tahap yaitu tahap pengembangan model dan tahap uji coba model. Model *Poda na Lima* melalui pemberdayaan keluarga pada penderita paska stroke dikembangkan berdasarkan integrasi hasil studi kualitatif tentang pengalaman keluarga merawat pasien paska stroke dan studi literatur. Variabel independen yang diteliti yaitu model *Poda na Lima* (Perilaku Keluarga) dan variabel dependen yaitu pencegahan stroke sekunder. Berikut ini skema kerangka konsep:



Gambar 1.5. Kerangka Konsep Penelitian

1.10 Alur Penelitian



Gambar 1.6. Alur Penelitian

1.11 Daftar Pustaka

- Agustian, E. N. (2010). *Hubungan Antara Asupan Protein Dengan Kekurangan*. 1–65.
- AHA. (2022). *Hearth Disease And Stroke Statistics. American Heart Asociation Journal*.
- Ahmadi, M., Laumeier, I., Ihl, T., Steinicke, M., Ferse, C., Endres, M., Grau, A., Hastrup, S., Poppert, H., Palm, F., Schoene, M., Seifert, C. L., Kandil, F. I., Weber, J. E., von Weitzel- Mudersbach, P., Wimmer, M. L. J., Algra, A., Amarenco, P., Greving, J. P., ... Audebert, H.J. (2020). A support programme for secondary prevention in patients with transient ischaemic attack and minor stroke (INSPIRE-TMS): an open-label, randomised controlled trial. *The Lancet Neurology*, 19(1), 49–60. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30369-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30369-2)
- Ambarika, R., & Anggraini, N. A. (2022). Family Support for Prevention of Recurrent Stroke Events for Stroke Patients. *Journal of Global Research in Public Health*, 7(1), 8–16. <https://doi.org/10.30994/jgrph.v7i1.363>
- Anggraini, P. D. (2018). Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Pinang Tahun 2018. *Jurnal Kebidanan*, 7(15), 33. <https://doi.org/10.31983/jkb.v7i15.3248>
- Bellman, M., Byrne, O., & Sege, R. (2013). Developmental assessment of children. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 346, e8687. <https://doi.org/10.1136/bmj.e8687>
- Chen, L., Xiao, L. D., & Chamberlain, D. (2020). An integrative review: Challenges and opportunities for stroke survivors and caregivers in hospital to home transition care. *Journal of Advanced Nursing*, 76(9), 2253–2265. <https://doi.org/10.1111/jan.14446>
- Chen, X., Lee, J., & Kumar, R. (2023). Community support in secondary stroke prevention: Insights from developing countries. *Journal of Global Health*, 12(4), 256–268.
- Ckumdee S, Arpanantikul M, & Sirapo-ngam Y. (2014). Family caregivers' adjustment problems in caring for stroke patients. *Thai J Nurs Counc*;29(4):45e63.
- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models* (2nd Edition). Open University Press.
- Creasy, K. R., Lutz, B. J., Young, M. E., & Stacciarini, J. M. R. (2015). Clinical Implications of Family-Centered Care in Stroke Rehabilitation. *Rehabilitation Nursing : The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 40(6), 349–359. <https://doi.org/10.1002/rnj.188>
- Daulay, N. M., Setiawan, & Sitepu, N. F. (2014). *Pengalaman Keluarga sebagai Caregiver dalam Merawat Pasien Strok di Rumah* (Vol. 2).
- DeLemos, C., & Evans, V. (2020). Globalization of Neuroscience Nursing: Challenges and Opportunities. *Journal of Neuroscience Nursing*, 52(3), 92–93. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000516>
- Dharmayanti, I., Azhar, K., Tjandrarini, D., & Hidayangsih, P. (2019). Pelayanan Pemeriksaan
- Kehamilan Berkualitas Yang Dimanfaatkan Ibu Hamil Untuk Persiapan Persalinan di Indonesia. *JURNAL Ekologi Kesehatan*, 18, 60–69. <https://doi.org/10.22435/jek.18.1.1777.60-69>
- Eames, S., Hoffmann, T. C., & Phillips, N. F. (2014). Evaluating Stroke Patients' Awareness of Risk Factors and Readiness to Change Stroke Risk-Related Behaviors in a Randomized Controlled Trial. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 21(sup1), S52–S62. <https://doi.org/10.1310/tsr21S1-S52>
- Effendy, C., Vernooij-Dassen, M., Setiyarini, S., Kristanti, M. S., Tejawanata, S., Vissers,

- K., & Engels, Y. (2015). Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds. *Psycho-Oncology*, 24(5), 585–591. <https://doi.org/10.1002/pon.3701>
- Ekawati, F. A., Carolina, Y., Sampe, Sr. A., & Ganut, S. F. (2021). The Efektivitas Perilaku Cerdik dan Patuh untuk Mencegah Stroke Berulang. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(1), 118–126. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i1.530>
- Estiyani, A., Suwondo, A., Rahayu, S., Hadisaputro, S., Widyawati, M. N., & Susiloretni, K. A. (2017). the Effect of Moringa Oleifera Leaves on Change in Blood Profile in Postpartum Mothers. *Belitung Nursing Journal*, 3(3), 191–197. <https://doi.org/10.33546/bnj.104>
- Fauziah, W., Kato, M., Shogenji, M., Tsujiguchi, H., & Taniguchi, Y. (2022). Factors Associated With Depression Among Family Caregivers of Patients With Stroke in Indonesia: A Cross - Sectional Study. *Journal of Nursing Research*, 30(5). <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000515>
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. In *International Journal of Stroke* (Vol. 17, Issue 1, pp. 18–29). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Feigin, V. L., & Vos, T. (2019). Global burden of neurological disorders: From global burden of disease estimates to actions. In *Neuroepidemiology* (Vol. 52, Issues 1–2, pp. 1–2). S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000495197>
- Flach, C., Muruet, W., Wolfe, C. D. A., Bhalla, A., & Douiri, A. (2020). Risk and Secondary Prevention of Stroke Recurrence: A Population-Base Cohort Study. *Stroke*, 51(8), 2435–2444. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.028992>
- Ghazzawi, A., Kuziemy, C., & O'Sullivan, T. (2016). Using a complex adaptive system lens to understand family caregiving experiences navigating the stroke rehabilitation system Organization, structure and delivery of healthcare. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1795-6>
- Hackam, D. G., & Spence, J. D. (2007). Combining multiple approaches for the secondary prevention of stroke. *Stroke*, 38(6), 2071–2075. *Stroke*, 38(6), 2071–2075, 38(6), 2071–2075.
- Hallamaa, L., Cheung, Y. B., Maleta, K., Luntamo, M., Ashorn, U., Gladstone, M., Kulmala, T., Mangani, C., & Ashorn, P. (2018). Child Health Outcomes After Presumptive Infection Treatment in Pregnant Women: A Randomized Trial. *Pediatrics*, 141(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2459>
- Herwansyah, H., Czabanowska, K., Kalaitzi, S., & Schröder-Bäck, P. (2022). The utilization of maternal health services at primary healthcare setting in Southeast Asian Countries: A systematic review of the literature. *Sexual & Reproductive Healthcare : Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 32, 100726. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100726>
- Jones, P. S., Winslow, B. W., Lee, J. W., Burns, M., & Zhang, X. E. (2011). Development of a caregiver empowerment model to promote positive outcomes. *Journal of Family Nursing*, 17(1), 11–28. <https://doi.org/10.1177/1074840710394854>
- Kang, H., Park, S., & Kim, J. (2022). The role of mobile health applications in enhancing secondary stroke prevention: A systematic review. *Journal of Telemedicine and E-Health*, 28(5), 320–334., 28(5), 320–334.
- Keatinge, J. D. H., Ebert, A. W., Hughes, J. d'A., Yang, R.-Y., & Curaba, J. (2017). Seeking to attain the UN's Sustainable Development Goal 2 worldwide: the

- important role of *Moringa oleifera*. *Acta Horticulturae*, 1158, 1–10.
<https://doi.org/10.17660/ActaHortic.2017.1158.1>
- Kernan, W. N., Chair, Ovbiagele, B., & Chair, V. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. *Stroke*, 45.
<https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STR.0000000000000024> Khaku AS, &
- Tadi P. (2023). *Cerebrovascular Disease*. StatPearls Publishing.
- Kopunek, S. P., Michael, K. M., Shaughnessy, M., Resnick, B., Nahm, E.-S., Whittall, J., Goldberg, A., & Macko, R. F. (2007). *Cardiovascular Risk in Survivors of Stroke*.
- Kurniawati, R., & Ansari, D. (2022). Tingkat Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak: Kepuasan Pasien Ibu Hamil Dalam Proses Rujukan Di Puskesmas Kebayoran Baru, Jakarta Selatan. *Jurnal JOUBAHS*, 2(1), 1–11.
- Lai, D. W. L. (2012). Effect of Financial Costs on Caregiving Burden of Family Caregivers of Older Adults. *Sage Open*, 2(4).
<https://doi.org/10.1177/2158244012470467>
- Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189–192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- Marilyn M. Friedman, Vicky R. Bowden, Elaine G. Jones, Achir Yani S, Hamid, & Estu Tiar. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori, & Praktik*. EGC.
- Nastiti D. (2012). *Gambaran Faktor Kejadian Stroke pada Pasien Stroke Rawat Inap di Rumah Sakit Krakatau Medika tahun 2011*. Universitas Indonesia.
- Nasution, I., Sembiring, P., & Lubis, H. S. (2020). Local Wisdom in *Poda na Lima*: Mandailing Society Philosophy of Life. In *International Journal of Engineering Research and Technology* (Vol. 13). <http://www.irphouse.com4558>
- Nursiswati, N., Halfens, R. J. G., & Lohrmann, C. (2022). Care Dependency of Hospitalized Stroke Patients Based on Family Caregivers' and Nurses' Assessments: A Comparative Study. *Healthcare (Switzerland)*, 10(6).
<https://doi.org/10.3390/healthcare10061007>
- Olaiya, M. T., Cadilhac, D. A., Kim, J., Nelson, M. R., Srikanth, V. K., Gerraty, R. P., Bladin, C. F., Fitzgerald, S. M., Phan, T., Frayne, J., & Thrift, A. G. (2017). Community-Based Intervention to Improve Cardiometabolic Targets in Patients with Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Stroke*, 48(9), 2504–2510.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.017499>
- Osaki, K., Hattori, T., Toda, A., Mulati, E., Hermawan, L., Pritasari, K., Bardosono, S., & Kosen, S. (2019). Maternal and Child Health Handbook use for maternal and child care: a cluster randomized controlled study in rural Java, Indonesia. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 41(1), 170–182.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/idx175>
- Permana, I., & Izzati, U. (2020). Inovasi Pelayanan Kesehatan Publik Berbasis e-Government (Studi Kasus: Inovasi Ayo Ceting di Puskesmas Andalas). *JESS (Journal of Education on Social Science)*; Vol 4 No 1 (2020): Development of Human Resource in Organization DO - 10.24036/Jess.V4i1.255.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (Eleventh edition). Wolters Kluwer.
- Priyatni, E. T., Suryani, A. W., Fachrunnisa, R., Supriyanto, A., & Zakaria, I. (2020). *Pemanfaatan NVIVO dalam Penelitian Kualitatif*.
- Putri, S. W., & Martya, R. (2021). Pelayanan Antenatal Care (ANC) Pada Ibu Hamil Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Selama Pandemi Covid-19. *NERSMID : Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan*, 4(1), 1–11.

- Qureshi, A. I., Suri, M. F. K., Kirmani, J. F., & Divani, A. A. (2004). The relative impact of inadequate primary and secondary prevention on cardiovascular mortality in the United States. *Stroke*, 35(10), 2346–2350. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000141417.66620.09>
- Sanogo, N. A., & Yaya, S. (2020). Wealth Status, Health Insurance, and Maternal Health Care Utilization in Africa: Evidence from Gabon. *BioMed Research International*, 2020, 4036830. <https://doi.org/10.1155/2020/4036830>
- Shulman, H. B., D'Angelo, D. V., Harrison, L., Smith, R. A., & Warner, L. (2018). The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS): Overview of Design and Methodology. *American Journal of Public Health*, 108(10), 1305–1313. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304563>
- Shulman, H. B., D'Angelo, D. V., Harrison, L., Smith, R. A., Warner, L., Nguyen, P. H., Kachwaha, S., Tran, L. M., Avula, R., Young, M. F., Ghosh, S., Sharma, P. K., Escobar-Alegria, J., Forissier, T., Patil, S., Frongillo, E. A., Menon, P., Venkateswaran, M., Ghanem, B., Zhang, Y. (2018). The Efficacy of Using Peer Mentors to Improve Maternal and Infant Health Outcomes in Hispanic Families: Findings from a Randomized Clinical Trial. *Maternal and Child Health Journal*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103105>
- Simanjuntak, D. H., & Sudaryati, E. (2011). Gizi pada Ibu Hamil dan Menyusui. *Universitas Sumatera Utara, Gizi pada Ibu hamil dan menyusui*, 78–82.
- Sinaga, J., & Sembiring, E. (2018). *PENCEGAHAN STROKE BERULANG MELALUI PEMBERDAYAAN KELUARGA DAN MODIFIKASI GAYA HIDUP*.
- Smith, A., Johnson, B., & Lee, C. (2023). Effective strategies for stroke prevention: A systematic review. *Journal of Public Health*, 45(2), 120–135.
- Stang. (2017). *Aplikasi Statistik Multivariat dalam Penelitian Kesehatan*. Mitra Wacana Media.
- Sukoco, N. E. W., Pambudi, J., & Herawati, M. H. (2016). Relationship Between Nutritional Status of Children Under Five with Parents Who Work. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 18(4), 387–397. <https://doi.org/10.22435/hsr.v18i4.4572.387-397>
- Thongthawee B, Matchim Y, & Kaewsriwong S. (2018). Family members' experience in providing care for persons with stroke: a phenomenological study. *J Res Nurs Midwifery Health Sci*;38(3):179e91.
- Uneke, C. J., Ndukwe, C. D., Ezeoha, A. A., Urochukwu, H. C., & Ezeonu, C. T. (2014). Improving maternal and child healthcare programme using community-participatory interventions in Ebonyi State Nigeria. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(5), 283–287. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.91>
- Villines, Z. (2023). *Recurrent strokes: What to know*. <https://www.Medicalnewstoday.Com/Articles/Recurrent-Stroke>.
- Wang, L., Liu, J., Wu, L., Zhang, J., & Fang, H. (2023). Caregiving experiences of stroke caregivers: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. In *Medicine (United States)* (Vol. 102, Issue 13, p. E33392). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000033392>
- WHO. (2024). *World health statistics 2024 Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703>
- Zhao, Q., Chen, J., Li, F., Li, A., & Li, Q. (2021). An integrated model for evaluation of maternal health care in China. *PLOS ONE*, 16(1), e0245300.

BAB II TOPIK PENELITIAN I

EKSPLORASI *PODA NA LIMA* DALAM PENCEGAHAN STROKE SEKUNDER

2.1 Abstrak

Latar Belakang. Stroke berulang (sekunder), merupakan salah satu komplikasi yang sering timbul setelah pasien pulang dari perawatan di rumah sakit. Pasien yang pernah menderita stroke memiliki risiko untuk terkena serangan stroke sekunder. Serangan stroke sekunder ini bisa lebih fatal dari stroke pertama, karena bertambah luasnya kerusakan otak yang terjadi akibat serangan stroke sebelumnya. **Tujuan.** Untuk mengeksplorasi persepsi pakar terhadap perilaku keluarga dalam pencegahan stroke sekunder berbasis *Poda na Lima* di Kota Padangsidempuan. **Metode.** Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan desain penelitian fenomenologi. Pengumpulan data yang digunakan adalah dengan *Focus Group Discussion* (FGD) pada informan pakar dan tokoh yang dipilih menggunakan Teknik purposive sampling. Jumlah informan sebanyak 12 informan yang terdiri dari akademisi, perawat, tokoh adat, tokoh masyarakat, dan tokoh agama. **Hasil.** Hasil penelitian kualitatif dengan metode FGD menghasilkan 6 tema dan 22 sub tema yang terdiri dari: 1) Makna filosofis *Poda na Lima* dalam Perspektif budaya dan akademik; 2) Pandangan akademik tentang *Poda na Lima* dan Pencegahan Stroke Sekunder; 3) Pandangan tokoh Adat Terhadap *Poda na Lima* dalam Kesehatan; 4) Potensi *Poda na Lima* sebagai Pedoman pencegahan stroke sekunder; 5) Hambatan implementasi *Poda na Lima* menurut akademik Dan tokoh adat; 6) Strategi Promosi dan implementasi berbasis budaya. **Kesimpulan.** Hasil FGD ini menghasilkan berbagai masukan pengetahuan terkait integrasi *Poda na Lima* dalam Pencegahan stroke sekunder. Hal ini dapat menjadi materi dalam penyusunan instrumen perilaku pencegahan stroke sekunder berbasis *Poda na Lima* dengan landasan modifikasi dari teori perilaku *Health Belief Model* (HBM).

Kata Kunci: Stroke Sekunder, Pencegahan, *Poda na Lima*, Kualitatif, FGD

2.2 Pendahuluan

Setiap tahun 15 juta orang di seluruh dunia mengalami stroke, lebih dari sepertiganya meninggal dan lima juta lainnya mengalami cacat permanen berdasarkan analisis sistematis dari studi Beban Penyakit Global saat ini (DeLemos & Evans, 2020). Seperempat dari stroke ini berulang dan jumlah ini tidak berubah selama dekade terakhir (Flach et al., 2020). Hal ini menempatkan stroke sebagai beban penyakit neurologis global tertinggi dan menunjukkan bahwa penerapan strategi pencegahan yang berhasil masih belum optimal. Tanpa adanya perubahan signifikan dalam praktik pencegahan stroke, prevalensi dan biaya perawatan stroke diperkirakan akan terus meningkat (Feigin & Vos, 2019).

Stroke memberikan beban pada pasien, keluarga, dan masyarakat. Penyintas stroke memiliki keterbatasan dan kondisi yang berbeda dengan pasien tanpa riwayat stroke karena penyintas stroke seringkali memerlukan rehabilitasi dan dukungan berkelanjutan dari pengasuh, yang dapat mengakibatkan antara lain hilangnya pendapatan (Chen et al., 2020). Selain itu, penyintas stroke dan keluarganya diharapkan untuk mengelola masalah perawatan kesehatan yang lebih kompleks di rumah, menyesuaikan diri dengan kehidupan baru, dan menangani sistem perawatan kesehatan dan sosial (Chen et al., 2020). Hal ini dapat membuat mereka lebih rentan terhadap hasil yang lebih buruk dan berisiko lebih tinggi mengalami komplikasi (Ghazzawi et al., 2016). Meskipun banyak penelitian yang menyelidiki strategi pencegahan sekunder bagi para penyintas stroke, hasilnya tetap buruk dan tingkat stroke sekunder tetap tinggi. Banyak penyintas stroke tidak mengubah perilaku kesehatan mereka setelah stroke dan telah dilaporkan bahwa kepatuhan pengobatan yang tepat sulit dicapai oleh banyak pasien (Ahmadi et al., 2020). Fungsi keluarga merupakan bagian penting dari perlindungan pasca-stroke karena keluarga memegang peranan penting dalam pemulihan pasien stroke (Creasy et al., 2015).

Anggota keluarga merupakan pihak pertama yang mengambil peran sebagai pengasuh segera setelah stroke (Thongthawee, et al., 2018). Anggota keluarga, khususnya anggota keluarga langsung, dapat mendukung pengasuh utama melalui pengawasan langsung maupun tidak langsung dalam aktivitas lain dengan membantu mereka dalam janji temu medis; menyediakan layanan pengasuhan; membantu mereka dalam pekerjaan rumah tangga; dan menawarkan transportasi (Thongthawee B et al., 2018),(Lai, 2012). Namun, pengasuh keluarga sering kali harus mengambil peran baru mereka secara tiba-tiba, yang mengakibatkan perubahan dalam pola fungsi keluarga (Ckumdee S et al., 2014)(Eames et al., 2014). Selain itu, merawat pasien stroke dalam jangka waktu lama menyebabkan mereka terisolasi dari masyarakat, tidak memiliki kehidupan pribadi, dan tidak memiliki waktu untuk merawat kesehatan fisik mereka sendiri (misalnya, menangani nyeri punggung akibat mengangkat pasien stroke). Keluarga juga mungkin harus menghadapi ketidakpastian hidup lainnya dan kehilangan pendapatan keluarga. Faktor-faktor ini dapat meningkatkan stres pada pengasuh dan keluarga (Olaiya et al., 2017).

Secara umum, penyintas stroke di Indonesia mengandalkan keluarga untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari mereka. Setelah enam bulan keluar dari rumah sakit, angka ketergantungan pasien stroke bahkan belum menurun. Bagi pasien stroke yang telah kembali ke rumah dan mengalami gangguan fisik dan psikososial, dukungan keluarga sangatlah penting. Di Indonesia, merawat anggota keluarga yang sakit juga menjadi tanggung jawab anggota keluarga (Nursiswati et al., 2022). Dukungan keluarga bagi pasien stroke sangatlah penting, membantu pasien mengatasi gangguan fisik dan psikososial. Dukungan ini dapat dimulai sejak fase perawatan akut di rumah sakit dan berlanjut setelah pasien stroke kembali ke rumah. Pertanyaan mengenai apakah pengasuh keluarga diperbolehkan untuk ikut serta dalam pemberian perawatan (stroke) selama dirawat di rumah sakit memiliki aspek budaya. Misalnya, di Indonesia merupakan hal yang umum bagi pengasuh keluarga untuk diwajibkan merawat anggota keluarganya (Effendy et al., 2015). Di Indonesia, pengasuh keluarga diperbolehkan untuk tinggal di samping tempat tidur pasien pada siang atau malam hari dan berpartisipasi dalam

perawatan stroke. Penelitian sebelumnya telah mengungkapkan bahwa partisipasi pengasuh keluarga dalam perawatan stroke membantu mereka memahami perubahan fisik dan psikososial yang diakibatkan oleh stroke (Daulay et al., 2014).

Di Indonesia, memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit adalah wajib karena tradisi budaya dan agama. Memberikan perawatan bagi pasien stroke di rumah merupakan tanggung jawab baru bagi keluarga yang sebelumnya telah menghadapi tantangan ini. Tantangan yang dihadapi keluarga meliputi kebutuhan akan pengetahuan mengenai perawatan yang tepat bagi orang yang mereka cintai, kendala keuangan yang menghalangi mereka memenuhi kebutuhan jangka panjang, dan fasilitas yang tidak memadai yang menghambat penyelesaian aktivitas sehari-hari di rumah (Fauziah et al., 2022).

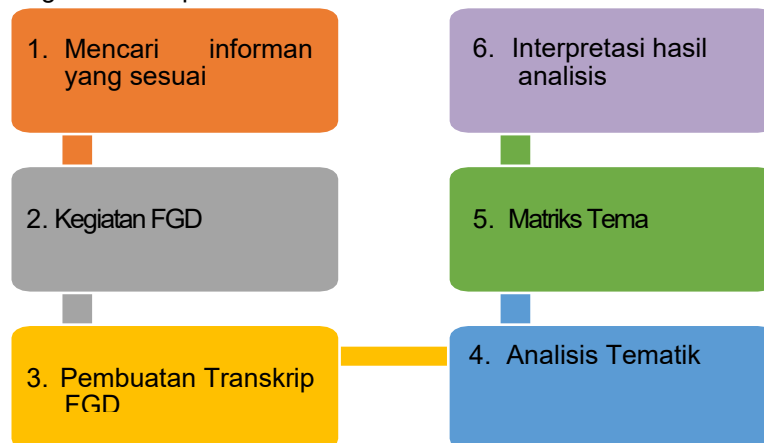
Keluarga yang terampil dapat memberikan dampak positif pada hasil pasien stroke dan mencegah penurunan lebih lanjut. Namun, proses pemberian perawatan itu panjang dan sulit, dan perawat mungkin menghadapi tantangan dan tuntutan besar seperti pengetahuan dan keterampilan profesional. Selain itu, pengasuh umumnya menunjukkan kurangnya dukungan (Wang et al., 2023). Ada banyak penelitian kualitatif tentang pengalaman pemberian perawatan oleh pengasuh stroke, tetapi hanya sedikit yang menggali pengalaman keluarga dalam pencegahan stroke sekunder melalui pendekatan budaya. Tujuan dalam penelitian tahap 1 ini adalah untuk menemukan alat ukur dari perilaku keluarga dalam pencegahan stroke sekunder berbasis *Poda na Lima* di Kota Padangsidempuan.

2.3 Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan studi fenomenologi.

2.3.1 Tahapan Penelitian

Adapun tahapan yang dilakukan pada tujuan pertama penelitian yaitu tergambarkan pada skema berikut ini:



Gambar 2.1. Tahapan Penelitian

2.3.2 Populasi dan Sampel

Untuk pendekatan Kualitatif maka informan pada penelitian ini dipilih dengan metode *Non Probability Sampling*, dimana teknik pengambilan informan adalah secara *purposive sampling* yaitu pemilihan informan berdasarkan kriteria yang ditentukan sesuai dengan arah penelitian. Adapun informan dalam penelitian terdiri dari: Akademisi, Kepala Puskesmas, dan Penanggung Jawab Program PTM, Tokoh Agama, Tokoh Masyarakat, Tokoh Adat.

Adapun kriteria akademisi adalah seorang dosen yang memiliki pengalaman dan kepakaran dibidang promosi kesehatan, keperawatan keluarga dan budaya *Poda na Lima*. Kriteria tokoh adat dalam penelitian ini adalah seseorang yang ditokohkan oleh masyarakat di lingkungan tempat penelitian dilakukan dikarenakan kemampuannya dan pengetahuannya tentang nilai budaya Batak Angkola khususnya falsafah *Poda na Lima* yang diakui oleh masyarakat di lingkungan sekitar yang biasa dikenal dengan tokoh adat Batak Angkola. Kriteria Dinas Kesehatan adalah Kepala Puskesmas ataupun Perawat penanggung jawab program Penyakit Tidak Menular (PTM). Kriteria rumah sakit adalah perawat yang bekerja di ruang neurologi yang bersentuhan langsung dengan penderita paska stroke dan keluarga. Tokoh masyarakat adalah orang yang mempunyai kedudukan tertinggi di masyarakat dan perwakilan yang dapat memberikan informasi terkait keadaan kesehatan masyarakat setempat. Tokoh agama adalah orang yang mempunyai pendidikan dan pengetahuan tentang agama Islam yang bekerja di Kementerian Agama.

Selanjutnya peneliti membuat janji dan kontrak waktu untuk pertemuan FGD yang dilakukan secara hybrid kombinasi daring dan luring, dimana peneliti mengajukan pertanyaan FGD secara langsung sesuai dengan bidang kepakaran.

2.3.3 Pengumpulan Data

Metode yang dilakukan pada tahap penelitian ini adalah dengan melakukan telusur informasi terkait pencegahan stroke sekunder yang telah berjalan selama ini pada informan yang sudah ditentukan sebelumnya. Instrumen pengumpulan data yang akan digunakan pada penelitian kualitatif menggunakan:

1. Panduan *Focus Group Discussion (FGD)*.

Panduan FGD dimodifikasi sesuai kondisi wilayah dan berdasarkan identifikasi dan temuan hasil yang memunculkan informasi baru. FGD bertujuan menghindari pemaknaan yang salah dari peneliti terhadap masalah yang diteliti dan untuk menarik kesimpulan terhadap makna-makna intersubjektif yang sulit diberi makna sendiri oleh peneliti karena dihalangi oleh dorongan subjektivitas peneliti Paramita.A & L. Kristiana (2012).

2. Alat pendukung pengumpulan data terdiri dari alat perekam video (*Handphone*)

Adapun alat bantu yang digunakan dalam penelitian ini yaitu, alat perekam suara yang digunakan untuk merekam suara selama pelaksanaan wawancara dengan informan. Selanjutnya kamera berupa handphone yang digunakan untuk mendokumentasikan hal-hal penting yang terjadi saat penelitian. Kemudian buku catatan lapangan digunakan untuk menulis informasi tambahan yang diperlukan

saat penelitian.

3. *Informed Consent*

Informed Consent yaitu form permohonan kesediaan dan form persetujuan menjadi informan dari peneliti. Penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan perserujuan etik nomor 326/UN4.14.1/TP.01.02/2025, tertanggal persetujuan: 18 Februari 2025. Sehingga informan dengan sadar dapat berpartisipasi dalam penelitian serta menyediakan informasi lengkap dan jelas kepada peserta penelitian mengenai tujuan, metode risiko dan manfaat dari penelitian implementasi dalam pencegahan stroke sekunder.

2.3.4 Analisa Data

Pada tahapan ini dilakukan pengembangan instrument pencegahan stroke sekunder melalui *Forum Discussion Group* (FGD) dengan informan yang telah ditentukan sebelumnya. Adapun analisis yang digunakan untuk data yang diperoleh dari FGD yaitu dengan analisis tema dimana data diperiksa untuk melihat kelengkapan dan ketepatan jawaban serta dijadikan transkrip wawancara.

2.3.5 Etika Penelitian

Penelitian ini telah disetujui oleh komite etik Fakultas Kesehatan Universitas Hasanuddin (nomor persetujuan: 326/UN4.14.1/TP.01.02/2025, tertanggal persetujuan: 18 Februari 2025).

2.4 Hasil Penelitian

2.4.1 Karakteristik Informan

Kegiatan FGD merupakan tahapan dari pendekatan kualitatif dimana 20 indikator awal dilakukan pembahasan dan FGD bersama unsur-unsur yang terkait yang terdiri dari: Akademisi, Penanggung Jawab PTM Puskesmas, Perawat Neurologi Rumah Sakit, Tokoh Agama, Tokoh Adat, dan Tokoh Masyarakat. Berikut adalah hasil FGD dalam pengembangan indikator Perilaku Pencegahan Stroke Sekunder dengan pendekatan Kearifan Lokal *Poda na Lima*. Pengumpulan data dilakukan melalui *Focus Group Discussion*. Dalam kegiatan ini menggunakan dua tipe FGD, yaitu (1) *Single Focus Group*, dimana tim fasilitator Dan peserta bergabung untuk membahas satu topik tertentu di tempat dan waktu yang sama, Dan (2) *Online Focus Groups*, digunakan karena terdapat dua informan yang tidak bisa hadir, sehingga menggunakan metode *zoom* untuk bisa terlibat dalam diskusi. Diskusi yang dilakukan menggunakan Panduan FGD. Panduan FGD digunakan setelah dilakukan penilaian *Content Validity Index* terhadap tiga *Expert* dengan nilai 0,85. Panduan FGD dibuat menggunakan empat pertanyaan terbuka: (1) Apa yang anda ketahui tentang kearifan lokal *Poda na Lima*?, (2) Apakah menurut anda kearifan lokal *Poda na Lima* bisa diterapkan sebagai pedoman pencegahan stroke sekunder, jelaskan?, (3) Faktor-faktor Apa saja yang menghambat penggunaan kearifan lokal *Poda na Lima* sebagai pedoman pencegahan stroke sekunder?, (4) Bagaimana strategi promosi yang dapat dikembangkan untuk

menerapkan kearifan lokal *Poda na Lima* sebagai pedoman pencegahan stroke sekunder?.

Berikut ini merupakan hasil dari FGD yang dilakukan untuk mengetahui pemahaman informan terhadap *Poda na Lima* dalam pencegahan stroke sekunder pada penderita stroke di Kota Padangsidimpuan.

Tabel 2.1. Karakteristik Informan FGD

Kode Informan	Jenis Kelamin	Usia (tahun)	Pendidikan	Pekerjaan
SZN	Perempuan	50	S3	Akademisi
GTS	Laki-laki	49	S2	Akademisi
ZEH	Laki-laki	53	S3	Akademisi / Tokoh Adat
HRS	Perempuan	42	S2	Akademisi
Y	Perempuan	40	S1	Perawat rumah sakit
R	Perempuan	43	S1	Staf Puskesmas
A	Perempuan	45	S1	Staf Puskesmas
NHH	Perempuan	49	S1	Staf Puskesmas
MH	Laki-laki	50	S2	Tokoh Agama
BA	Laki-laki	38	S1	Tokoh Adat
IS	Laki-laki	49	S1	Tokoh Masyarakat
MHH	Laki-laki	43	S1	Tokoh Masyarakat

Sumber: Data Primer (2025)

Tabel 2.1 menyajikan karakteristik informan yang terlibat dalam penelitian ini. Kelompok ini terdiri dari 12 orang informan sebagai berikut:

1. Informan SZN

Informan SZN berjenis kelamin perempuan, usia 50 tahun, suku Batak Mandailing dengan pendidikan S3 Kesehatan Masyarakat, berperan sebagai akademisi. SZN merupakan dosen di Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara dalam bidang Keperawatan Keluarga. Penelitian yang dilakukan terkait *transcultural nursing* dan keperawatan keluarga. Informasi yang didapatkan dari informan yaitu keterkaitan budaya *Poda na Lima* dalam Pencegahan Stroke Sekunder serta kaitannya dengan teori *transcultural nursing*.

2. Informan GTS

Informan GTS berjenis kelamin laki-laki, usia 49 tahun, suku Batak Angkola dengan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat, berperan sebagai akademisi. GTS merupakan dosen di Poltekkes Kemenkes Medan dalam bidang Keperawatan. Penelitian yang dilakukan terkait ilmu perilaku dan promosi kesehatan. Informasi yang didapatkan dari informan yaitu keterkaitan budaya *Poda na Lima* dalam Perilaku Pencegahan Stroke Sekunder serta kaitannya dengan teori perilaku.

3. Informan ZEH

Informan ZEH berjenis kelamin laki-laki, usia 53 tahun, suku Batak Angkola dengan pendidikan S3 Pendidikan Ilmu Agama dan Budaya, berperan sebagai akademisi. GTS merupakan dosen di UIN Syahada Tapanuli Selatan. Penelitian yang dilakukan terkait budaya Batak Angkola dan *Poda na Lima*, riwayat buku yang dibuat tentang

Poda na Lima. Informasi yang didapatkan dari informan yaitu keterkaitan budaya *Poda na Lima* dalam Perilaku Pencegahan Stroke Sekunder.

4. Informan HRS

Informan HRS berjenis kelamin perempuan, usia 42 tahun, suku Batak Angkola dengan pendidikan S2 Ilmu Keperawatan, berperan sebagai akademisi. GTS merupakan dosen di Universitas Aupa Royhan Padangsidimpuan. Penelitian yang dilakukan mayoritas penelitian kualitatif terkait keperawatan komunitas dan keluarga dan kaitannya dengan budaya *Poda na Lima*. Informasi yang didapatkan dari informan yaitu keterkaitan budaya *Poda na Lima* dalam Perilaku Pencegahan Stroke Sekunder.

5. Informan Y

Informan Y berjenis kelamin perempuan, usia 40 tahun, suku Batak Angkola dengan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners, berperan sebagai perawat di RSUD Kota Padangsidimpuan ruangan Neurologi. Informasi yang didapatkan dari informan yaitu bagaimana peran keluarga dalam merawat penderita paska stroke, memberikan informasi terkait peran keluarga dalam membawa penderita paska stroke kontrol pengobatan dan mengikuti kegiatan penyuluhan dan latihan yang diprogram dari rumah sakit, serta keterkaitan budaya *Poda na Lima* dalam Perilaku Pencegahan Stroke Sekunder.

6. Informan R

Informan R berjenis kelamin perempuan, usia 43 tahun, suku Batak Angkola dengan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners, berperan sebagai perawat penanggung jawab program Penyakit Tidak Menular (PTM) di Puskesmas Sadabuan Kota Padangsidimpuan. Informasi yang didapatkan dari informan yaitu bagaimana peran keluarga dalam merawat penderita paska stroke, memberikan informasi terkait peran keluarga dalam kontrol pengobatan dan mengikuti kegiatan prolanis yang diprogram dari puskesmas, serta keterkaitan budaya *Poda na Lima* dalam Perilaku Pencegahan Stroke Sekunder. Perawat puskesmas juga merupakan garda terdepan dalam skrining stroke dan pemantauan penderita paska stroke setelah pulang dari rumah sakit dan kembali ke rumah.

7. Informan A

Informan A berjenis kelamin perempuan, usia 45 tahun, suku Batak Angkola dengan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners, berperan sebagai perawat penanggung jawab program Penyakit Tidak Menular (PTM) di Puskesmas Batunadua Kota Padangsidimpuan. Informasi yang didapatkan dari informan yaitu bagaimana peran keluarga dalam merawat penderita paska stroke, memberikan informasi terkait peran keluarga dalam kontrol pengobatan dan mengikuti kegiatan prolanis yang diprogram dari puskesmas, serta keterkaitan budaya *Poda na Lima* dalam Perilaku Pencegahan Stroke Sekunder. Perawat puskesmas juga merupakan garda terdepan dalam skrining stroke dan pemantauan penderita paska stroke setelah pulang dari rumah sakit dan kembali ke rumah.

8. Informan NHH

Informan NHH berjenis kelamin perempuan, usia 49 tahun, suku Batak Angkola dengan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners, berperan sebagai perawat penanggung jawab program Penyakit Tidak Menular (PTM) di

Puskesmas Padangmatinggi Kota Padangsidempuan. Informasi yang didapatkan dari informan yaitu bagaimana peran keluarga dalam merawat penderita paska stroke, memberikan informasi terkait peran keluarga dalam kontrol pengobatan dan mengikuti kegiatan prolanis yang diprogram dari puskesmas, serta keterkaitan budaya *Poda na Lima* dalam Perilaku Pencegahan Stroke Sekunder. Perawat puskesmas juga merupakan garda terdepan dalam skrining stroke dan pemantauan penderita paska stroke setelah pulang dari rumah sakit dan kembali ke rumah.

9. Informan MH

Informan MH berjenis kelamin laki-laki, usia 50 tahun, suku Batak Angkola dengan pendidikan S2 Ilmu Agama, berperan sebagai tokoh agama. Informan MH bekerja di kantor Kementerian Agama Kota Padangsidempuan. Informasi yang didapatkan dari informan yaitu bagaimana peran agama dan religiusitas padan penderita paska stroke dan keluarga dalam merawat penderita paska stroke, memberikan informasi terkait konsep agama dalam budaya *Poda na Lima* dalam Perilaku Pencegahan Stroke Sekunder.

10. Informan BA

Informan MH berjenis kelamin laki-laki, usia 38 tahun, suku Batak Angkola dengan pendidikan S1 Ilmu Hukum, berperan sebagai tokoh adat. Informan BA merupakan tokoh adat di Kota Padangsidempuan dan sudah menerbitkan buku *Poda na Lima*. Informasi yang didapatkan dari informan yaitu bagaimana budaya *Poda na Lima* bisa diintegrasikan dalam konsep perilaku pencegahan stroke sekunder yang bisa diterapkan keluarga dalam merawat penderita paska stroke.

11. Informan IS

Informan IS berjenis kelamin laki-laki, usia 49 tahun, suku Batak Angkola dengan pendidikan S1, berperan sebagai tokoh masyarakat. Informan IS bekerja sebagai Kepala Lingkungan di Kota Padangsidempuan. Informasi yang didapatkan dari informan yaitu bagaimana konteks budaya *Poda na Lima* di masyarakat dan integrasi dalam perilaku pencegahan stroke sekunder yang bisa diterapkan keluarga dalam merawat penderita paska stroke.

12. Informan MHH

Informan MHH berjenis kelamin laki-laki, usia 43 tahun, suku Batak Angkola dengan pendidikan S1, berperan sebagai tokoh masyarakat. Informan MHH bekerja sebagai Kepala Lingkungan di Kota Padangsidempuan. Informasi yang didapatkan dari informan yaitu bagaimana konteks budaya *Poda na Lima* di masyarakat dan integrasi dalam perilaku pencegahan stroke sekunder yang bisa diterapkan keluarga dalam merawat penderita paska stroke.

2.4.2. Pencegahan Stroke Sekunder Berbasis Budaya *Poda na Lima*

Upaya pencegahan stroke sekunder di Kota Padangsidempuan tidak dapat dipisahkan dari kerangka nilai, norma, dan budaya yang hidup dan berkembang dalam masyarakat. Budaya *Poda na Lima* relevan ketika diintegrasikan dengan konteks kesehatan terutama pencegahan stroke sekunder, seperti kebersihan tubuh, kebersihan hati, kebersihan pakaian, kebersihan rumah dan lingkungan. Bagian ini akan menguraikan hasil analisis tematik dari FGD dengan para informan, yang menggambarkan secara holistik bagaimana stroke sekunder dapat dipahami, dicegah,

dan ditangani melalui pendekatan budaya *Poda na Lima*. Temuan disajikan dalam enam dimensi utama yang menjadi tema dan 22 subtema. Berikut ini adalah matriks tema dari hasil FGD Pencegahan Stroke Sekunder Berbasis Budaya *Poda na Lima*:

Tabel 2.2. Matris Tema dan Sub Tema dari FGD Pencegahan Stroke Sekunder Berbasis Budaya *Poda na Lima* di Kota Padangsidimpuan

Tema 1: Makna filosofis <i>Poda na Lima</i> dalam Perspektif budaya dan akademik	
1. Filosofis dasar <i>Poda na Lima</i>	1. Nilai budaya Batak Angkola 2. Cara hidup masyarakat Batak Angkola
2. <i>Poda na Lima</i> sebagai sistem nilai kesehatan	1. Kearifan lokal berbasis kesehatan 2. Pedoman Perilaku hidup Dan sehat 3. Kearifan lokal holistik
3. Relevansi <i>Poda na Lima</i> dengan konsep kesehatan	1. Integrasi budaya Dan Ilmu kesehatan 2. Kombinasi konvensional Dan medis
Tema 2: Pandangan akademik tentang <i>Poda na Lima</i> dan Pencegahan Stroke Sekunder	
1. Kesesuaian <i>Poda na Lima</i> dengan Faktor Stroke Sekunder	1. Pendekatan promotif 2. Pendekatan preventif
2. <i>Poda na Lima</i> sebagai model perubahan perilaku	1. Teori perilaku kesehatan
3. Peluang integrasi dalam pendidikan Dan penelitian kesehatan	1. Pengembangan model berbasis budaya
Tema 3: Pandangan tokoh Adat Terhadap <i>Poda na Lima</i> dalam Kesehatan	
1. Peran <i>Poda na Lima</i> dalam kehidupan masyarakat	1. Norma sosial 2. Norma adat
2. Otoritas tokoh Adat dalam menjaga nilai <i>Poda na Lima</i>	1. Kepemimpinan adat
3. Penerimaan masyarakat terhadap pesan kesehatan berbasis budaya	1. Pengakuan budaya
Tema 4: Potensi <i>Poda na Lima</i> sebagai Pedoman pencegahan stroke sekunder	
1. <i>Paia Rohamu</i> dalam pengendalian stres Dan menjaga Koping positif	1. Kesehatan mental 2. Kesehatan spiritual
2. <i>Paia Pamatangmu</i> dalam pengendalian faktor resiko	1. Pola hidup sehat
3. <i>Paia parabitoimu</i> dalam pencegahan infeksi	1. Mencegah infeksi 2. Memberikan rasa aman dan nyaman
4. <i>Paia bagasmu</i> dalam pencegahan komplikasi	1. Rumah sehat 2. Rumah aman
5. <i>Paia pekaranganmu</i> dalam Pencegahan komplikasi	1. Lingkungan sehat 2. Lingkungan aman

Tema 5: Hambatan implementasi <i>Poda na Lima</i> menurut akademik Dan tokoh adat	
1. Pergeseran nilai budaya	1. Modernisasi 2. Globalisasi
2. Minimnya dokumentasi ilmiah <i>Poda na Lima</i>	1. Kurangnya evidence base
3. Kurangnya integrasi dalam kebijakan kesehatan	1. Ketiadaan regulasi
Tema 6: Strategi Promosi dan implementasi berbasis budaya	
1. Perumusan <i>Poda na Lima</i> dalam panduan kesehatan	1. Modul Buku
2. Pelibatan tokoh Adat dalam promosi kesehatan	1. Edukasi berbasis kearifan lokal
3. Integrasi dalam program puskesmas dan posyandu lansia	1. Kebijakan promotif
4. Media Komunikasi berbasis kearifan lokal	1. Bahasa daerah 2. Simbol adat
5. Kolaborasi akademisi dan tokoh Adat dan tenaga kesehatan	1. Model kemitraan berbasis budaya Dan kesehatan

Tabel 2.2 menjelaskan bahwa terdapat 6 tema dari hasil FGD yang dilakukan terhadap pakar, tokoh adat, tokoh masyarakat, tokoh agama, perawat rumah sakit dan puskesmas. Tema tersebut terdiri dari subtema dan kategori yang dijelaskan sebagai berikut:

Tema 1: Makna filosofis *Poda na Lima* dalam Perspektif budaya dan akademik

Poda Na Lima adalah kearifan lokal Batak Angkola yang berisi lima nasihat hidup: paias rohamu (bersihkan hatimu), paias pamatangmu (bersihkan badanmu), paias parabitoimu (bersihkan pakaianmu), paias bagasmu (bersihkan rumahmu), dan paias pekaranganmu (bersihkan lingkunganmu). Dari perspektif budaya, ajaran ini menekankan keseimbangan antara kebersihan batin, diri, dan lingkungan sebagai dasar kehidupan yang harmonis. Kebersihan hati menjadi inti karena memengaruhi perilaku, sementara kebersihan fisik dan lingkungan mencerminkan tanggung jawab sosial serta nilai hidup masyarakat.

Secara akademik, *Poda Na Lima* sejalan dengan konsep kesehatan holistik. Nilai paias rohamu berkaitan dengan aspek psikologis dan motivasi perilaku, sedangkan empat lainnya mencerminkan personal hygiene dan sanitasi lingkungan dalam PHBS. Konsep ini juga relevan dengan teori kesehatan seperti Health Belief Model dan Model Adaptasi Roy. Dengan demikian, *Poda Na Lima* merepresentasikan pendekatan menyeluruh antara aspek batin, fisik, dan lingkungan yang dapat dimanfaatkan dalam upaya promotif dan preventif kesehatan berbasis budaya.

Filosofis dasar *Poda na Lima*

"Poda na Lima adalah pedoman hidup orang Batak Angkola yang mengajarkan kebersihan lahir dan batin. Nilai ini mengatur cara hidup masyarakat agar tertib, harmonis, dan saling menghormati. Sejak dahulu itu Poda na Lima menjadi dasar perilaku sehari-hari dalam keluarga dan masyarakat Batak Angkola" (HRS).

"Secara filosofis, Poda na Lima merepresentasikan sistem nilai budaya yang membentuk perilaku sosial dan dalam kajian akademik saya befikir bahwa kearifan lokal ini mencerminkan etika hidup sehat berbasis kearifan lokal karena Poda na Lima berperan sebagai kerangka budaya dalam membentuk pola hidup sehat pada masyarakat Batak Angkola" (SZN).

"Menurut saya Nilai Poda na Lima sejalan dengan prinsip kesehatan modern tentang kebersihan dan pencegahan penyakit karena ini cara hidup masyarakat yang mengikuti nilai ini lebih sadar akan kesehatan." (NHH)

Poda na Lima sebagai sistem nilai kesehatan

"Poda na Lima merupakan kearifan lokal yang berfungsi sebagai pedoman perilaku hidup bersih dan sehat yang sudah ada sejak zaman dahulu sampai sekarang Masih dipakai. Nilainya mencakup aspek fisik, mental, sosial, dan spiritual secara holistik. Dan kearifan lokal ini relevan untuk dikembangkan dalam model promosi kesehatan berbasis budaya" (GTS)

"Budaya Poda na Lima mengajarkan kebersihan diri, pikiran, badan kita, rumah, dan lingkungan sebagai kewajiban adat. Karena sudah Dari zaman nenek moyang suku Batak ini sudah ada Dan Poda na Lima ini menjadi cara hidup agar masyarakat tetap sehat. Budaya Batak ini bagus sekali kalau dipakai dalam hidup sehari hari untuk kita menjaga kesehatan" (Y)

"Menurut saya Nilai Poda na Lima sejalan dengan ajaran agama tentang kebersihan dan kesucian hidup. Menjaga kebersihan diri dan lingkungan merupakan bagian dari ibadah Dan Budaya ini ini membentuk kesehatan jasmani dan rohani secara bersamaan" (R)

"Poda na Lima mendukung prinsip perilaku hidup bersih dan sehat dalam pelayanan kesehatan Dan budaya ini membantu meningkatkan kesadaran dan kepatuhan masyarakat. Jadi Poda na Lima ini secara menyeluruh bisa memperkuat upaya promotif dan preventif di masyarakat" (BA)

Relevansi Poda na Lima dengan konsep kesehatan

"Integrasi budaya dan ilmu kesehatan penting untuk memastikan intervensi kesehatan diterima masyarakat. Nilai Poda na Lima dapat dipadukan dengan pendekatan medis modern secara ilmiah. Pendekatan ini mendukung promosi dan pencegahan penyakit yang berkelanjutan. Kombinasi budaya dan medis meningkatkan kepatuhan serta hasil kesehatan" (ZEH)

"Budaya Poda na Lima mengajarkan kita untuk hidup bersih dan sehat. Adat tidak bertentangan dengan pengobatan medis, karena memang bagus untuk mencegah Penyakit kann. Jadi saya rasa ini penting untuk terus digunakan dalam hidup kita. Jadi

Pedoman hiduplah kata orang dulu" (HRS)

"Masyarakat lebih menerima layanan medis kalau lewat budaya disampaikan, karena orang lebih mudah mengerti Dan menjalankannya. Jadi budaya kita memberikan kita cara hidup sehat, Dan Dari medis Dan kesehatan Membantu masyarakat untuk bisa mencegah terjadinya penyakit" (A)

Berdasarkan hasil wawancara, Poda Na Lima menunjukkan bahwa Poda Na Lima merupakan pedoman hidup yang tidak hanya menekankan kebersihan lahir dan batin, tetapi juga menjadi fondasi dalam membentuk karakter, pola pikir, dan perilaku masyarakat Batak Angkola secara menyeluruh. Nilai ini mengarahkan individu untuk hidup tertib, menjaga keharmonisan hubungan sosial, serta menjunjung tinggi rasa saling menghormati dalam kehidupan sehari-hari. Kebersihan hati (paias rohamu) menjadi inti utama karena diyakini sebagai sumber dari segala tindakan manusia, sehingga ketika hati bersih, maka perilaku yang muncul juga akan positif dan bertanggung jawab. Secara akademik, konsep ini dapat dipahami sebagai bentuk self-regulation dan self awareness dalam teori perilaku, di mana individu memiliki kesadaran internal untuk menjaga keseimbangan diri dan lingkungannya sebagai bagian dari upaya mencapai kualitas hidup yang lebih baik.

Poda Na Lima dipahami sebagai sistem nilai kesehatan yang bersifat komprehensif dan holistik karena mencakup dimensi fisik, mental, sosial, dan spiritual dalam satu kesatuan yang utuh. Nilai-nilai seperti menjaga kebersihan tubuh, pakaian, rumah, dan lingkungan tidak hanya berdampak pada kesehatan individu, tetapi juga berkontribusi terhadap kesehatan masyarakat secara luas melalui pencegahan penyakit berbasis lingkungan. Selain itu, keberadaan nilai ini yang telah diwariskan secara turun-temurun menjadikannya memiliki kekuatan budaya yang kuat dalam membentuk kebiasaan hidup sehat. Ditambah lagi, keselarasan dengan ajaran agama yang menekankan kebersihan sebagai bagian dari ibadah memperkuat internalisasi nilai ini dalam kehidupan masyarakat. Dalam konteks kesehatan masyarakat modern, Poda Na Lima dapat dimanfaatkan sebagai pendekatan promotif dan preventif berbasis budaya yang efektif karena mampu meningkatkan kesadaran, kepatuhan, dan keberlanjutan perilaku hidup bersih dan sehat.

Integrasi antara nilai budaya lokal dan ilmu kesehatan modern merupakan strategi penting untuk meningkatkan keberhasilan intervensi kesehatan di masyarakat. Poda Na Lima memiliki keunggulan sebagai media komunikasi kesehatan yang kontekstual karena nilai-nilainya sudah melekat dalam kehidupan masyarakat, sehingga lebih mudah dipahami, diterima, dan diterapkan. Pendekatan ini sejalan dengan konsep culturally sensitive care dan promosi kesehatan berbasis komunitas, di mana intervensi disesuaikan dengan nilai, norma, dan kepercayaan lokal. Dengan mengombinasikan kearifan lokal dan pendekatan medis ilmiah, upaya promotif dan preventif tidak hanya menjadi lebih efektif, tetapi juga berkelanjutan karena didukung oleh sistem nilai yang telah hidup dalam masyarakat. Hal ini pada akhirnya dapat meningkatkan kepatuhan terhadap perilaku sehat serta memperbaiki derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Tema 2: Pandangan akademik tentang *Poda na Lima* Dan Pencegahan Stroke Sekunder

Secara akademik, Poda Na Lima dapat dipahami sebagai kerangka kearifan lokal yang relevan untuk mendukung pencegahan stroke sekunder, yaitu upaya mencegah kekambuhan pada pasien pasca-stroke. Nilai-nilai dalam Poda Na Lima mencerminkan pendekatan kesehatan holistik yang sejalan dengan prinsip rehabilitasi dan manajemen penyakit kronis. Paias rohamu (membersihkan hati) berkaitan dengan pengelolaan stres, emosi, dan motivasi pasien, yang penting dalam mencegah depresi pasca-stroke serta meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan. Paias pamatangmu (kebersihan tubuh) berhubungan dengan perawatan diri, aktivitas fisik ringan, dan kepatuhan terapi yang mendukung pemulihan fungsi tubuh. Paias parabitoonmu (kebersihan pakaian) mencerminkan upaya menjaga kenyamanan dan mencegah infeksi, terutama pada pasien dengan keterbatasan mobilitas.

Selanjutnya, paias bagasmu (kebersihan rumah) dan paias pekaranganmu (lingkungan) berperan dalam menciptakan lingkungan yang aman dan sehat, termasuk mencegah risiko jatuh serta mendukung aktivitas rehabilitasi di rumah. Lingkungan yang bersih dan tertata juga berkontribusi pada kesehatan mental dan kualitas hidup pasien. Dalam perspektif teori, Poda Na Lima dapat diintegrasikan dengan Model Adaptasi Roy, di mana pasien didorong untuk beradaptasi secara fisiologis, psikologis, dan sosial setelah stroke. Selain itu, konsep ini juga sejalan dengan Health Belief Model karena mendorong kesadaran, persepsi risiko, dan tindakan preventif. Dengan demikian, Poda Na Lima bukan hanya nilai budaya, tetapi dapat dikembangkan sebagai pendekatan intervensi berbasis budaya dalam pencegahan stroke sekunder, terutama untuk meningkatkan kepatuhan, kemandirian, dan kualitas hidup pasien secara berkelanjutan.

Kesesuaian *Poda na Lima* dengan Faktor Stroke Sekunder

"Poda na Lima bisa digunakan sebagai Pendekatan promotif dan preventif tentang hidup sehat. Pendekatan preventif bertujuan mencegah penyakit sebelum muncul atau kambuh kembali. Dengan adanya Nilai Poda na Lima dapat menjadi media edukasi promotif yang efektif Dan Poda na Lima ini juga mendukung pengendalian faktor risiko kesehatan apalagi pencegahan stroke sekunder" (SZN)

"Saya mengetahui bahwa Poda na Lima sejak dahulu mengajarkan hidup bersih dan tertib sebagai upaya menjaga kesehatan. Budaya ini mendorong masyarakat untuk merawat diri sebelum sakit. Jadi dikaitkan sebagai upaya preventif, adat menekankan pencegahan melalui kebiasaan hidup sehari-hari Dan jika dilakukan Poda na Lima ini bisa sebagai upaya Pencegahan stroke sekunder" (GTS)

"Pencegahan stroke saya rasa bisa di lakukan dengan menggunakan Pendekatan Poda na Lima. Poda na Lima mendukung edukasi kesehatan yang berkelanjutan. Integrasi nilai budaya memperkuat efektivitas promosi pencegahan stroke sekunder" (ZEH)

***Poda na Lima* sebagai model perubahan perilaku**

"Teori perilaku kesehatan menjelaskan bagaimana faktor individu, sosial, dan

lingkungan memengaruhi perilaku sehat. Poda na Lima dapat dipahami sebagai kerangka budaya yang memengaruhi sikap dan tindakan masyarakat terhadap kesehatan. Nilai-nilai adat mendorong perubahan perilaku melalui motivasi internal dan tekanan sosial yang positif. Pendekatan ini relevan untuk merancang intervensi kesehatan berbasis budaya agar lebih efektif" (SZN)

"Poda na Lima dapat dijadikan dasar budaya untuk membentuk kebiasaan hidup bersih dan sehat. Nilai adat mempengaruhi persepsi risiko, motivasi, dan kesiapan masyarakat untuk berubah. Integrasi teori perilaku dengan kearifan lokal meningkatkan efektivitas intervensi kesehatan" (ZEH)

Peluang integrasi dalam pendidikan Dan penelitian kesehatan

"Pengembangan model berbasis budaya memungkinkan intervensi kesehatan lebih diterima masyarakat. Poda na Lima dapat dijadikan kerangka budaya untuk membentuk perilaku hidup sehat. Model ini mengintegrasikan nilai adat dengan prinsip medis sehingga praktis dan relevan. Pendekatan ini juga memperkuat keterlibatan masyarakat dalam menjaga kesehatan" (GTS)

"Model kesehatan berbasis budaya memanfaatkan kearifan lokal untuk meningkatkan efektivitas edukasi kesehatan. Poda na Lima memberikan panduan holistik yang mencakup fisik, mental, dan lingkungan. Integrasi budaya dalam model kesehatan membantu mengatasi hambatan perilaku dan kepatuhan pasien. Pengembangan model ini juga dapat menjadi dasar penelitian ilmiah berbasis komunitas" (SZN)

Hasil wawancara menunjukkan bahwa Poda Na Lima memiliki kesesuaian kuat dengan pengendalian faktor risiko stroke sekunder seperti hipertensi, diabetes, pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, stres, serta lingkungan yang tidak mendukung. Nilai paias rohamu berperan dalam pengendalian stres dan emosi yang berhubungan dengan tekanan darah dan kepatuhan terapi. Paias pamatangmu mendorong perawatan diri, aktivitas fisik, dan kepatuhan pengobatan. Paias bagasmu dan pekaranganmu mendukung lingkungan yang aman, bersih, dan kondusif untuk rehabilitasi serta pencegahan komplikasi. Secara akademik, pendekatan ini sejalan dengan strategi promotif dan preventif yang menekankan perubahan gaya hidup sebagai kunci pencegahan kekambuhan stroke. Dengan berbasis budaya, pesan kesehatan menjadi lebih kontekstual sehingga meningkatkan kesadaran, kepatuhan, dan keberlanjutan perilaku sehat pada pasien pasca-stroke.

Poda Na Lima dipahami sebagai model perubahan perilaku yang bekerja melalui internalisasi nilai budaya dalam kehidupan sehari-hari. Nilai-nilai tersebut tidak hanya menjadi pengetahuan, tetapi juga norma yang mengikat secara sosial, sehingga mendorong individu untuk berperilaku sehat secara konsisten. Secara teoritis, hal ini sejalan dengan Health Belief Model (persepsi risiko dan manfaat), Social Cognitive Theory (pengaruh lingkungan dan pembelajaran sosial), serta konsep self-efficacy dalam membangun keyakinan diri untuk berubah. Tekanan sosial yang positif dari lingkungan budaya juga memperkuat kepatuhan terhadap perilaku sehat. Oleh karena

itu, integrasi Poda Na Lima dalam intervensi kesehatan dapat menghasilkan perubahan perilaku yang lebih stabil dan berkelanjutan, khususnya dalam pengelolaan faktor risiko stroke sekunder.

Poda Na Lima memiliki potensi besar untuk dikembangkan sebagai model pendidikan dan penelitian kesehatan berbasis kearifan lokal. Dalam pendidikan kesehatan, nilai ini dapat diintegrasikan ke dalam media edukasi, kurikulum, maupun program penyuluhan agar lebih mudah dipahami dan diterima masyarakat. Pendekatan ini juga mendukung konsep *culturally appropriate intervention*, di mana intervensi disesuaikan dengan nilai dan konteks lokal. Dalam penelitian, Poda Na Lima dapat dijadikan kerangka konseptual untuk mengembangkan model intervensi, menguji efektivitas pendekatan budaya terhadap perubahan perilaku, serta mengevaluasi dampaknya terhadap pencegahan stroke sekunder. Selain itu, integrasi ini mendorong partisipasi aktif masyarakat, sehingga intervensi tidak hanya bersifat *top down*, tetapi juga berbasis kebutuhan dan kearifan lokal yang berkelanjutan.

Tema 3: Pandangan tokoh Adat Terhadap *Poda na Lima* dalam Kesehatan

Poda Na Lima merupakan bagian dari sistem adat Batak Angkola yang berfungsi sebagai pedoman hidup dalam mengatur perilaku individu dan sosial, termasuk dalam menjaga kesehatan. Dalam konteks adat, nilai-nilai seperti *paias rohamu*, *pamatangmu*, *parabitonmu*, *bagasmu*, dan *pekaranganmu* tidak hanya dipahami sebagai anjuran, tetapi sebagai kewajiban moral yang harus dijalankan dalam kehidupan sehari-hari.

Keterkaitan dengan kesehatan terlihat dari penekanan pada kebersihan diri dan lingkungan sebagai upaya pencegahan penyakit. Adat membentuk kebiasaan hidup bersih, tertib, dan disiplin, yang secara tidak langsung mendukung prinsip perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Selain itu, aspek kebersihan batin dalam *paias rohamu* juga berkontribusi pada kesehatan mental dan keseimbangan emosional. Dalam praktiknya, adat berperan sebagai penguat nilai melalui norma sosial dan kebiasaan kolektif, sehingga perilaku sehat menjadi bagian dari identitas masyarakat. Dengan demikian, Poda Na Lima menunjukkan bahwa adat dan kesehatan saling berkaitan erat, di mana nilai budaya dapat menjadi dasar yang kuat dalam membentuk dan mempertahankan perilaku hidup sehat secara berkelanjutan.

Peran *Poda na Lima* dalam kehidupan masyarakat

"Poda na Lima sudah lama itu bu menjadi norma adat yang menjadi pedoman hidup suku Batak Angkola. Jadi kami sebagai tokoh Adat merasa Poda na Lima ini sangat bagus kalau di lakukan, karena bisa mencegah berbagai Penyakit, misalnya Dari menjaga Hati dengan tidak stres kan bu, trus menjaga badan Dari makanan yang tidak sehat, menjaga rumah kita Dan lingkungan supaya tidak Kotor itu sudah mencegah penyakit. Jadi dikaitkan ini adalah cara hidup yang bagus sekali untuk dilakukan menurut saya" (HRS)

"Poda na Lima mengajarkan suku Batak Angkola untuk disiplin dan tanggung jawab dalam kehidupan pribadi dan bermasyarakat bu. Karena kita harus menjaga diri kita Dari

Hal yang merugikan kan bu. Nah bukan hanya diri sendiri tetapi juga kita harus menjaga kebersihan pekarangan. Maksudnya disini adalah manusia harus menjaga hubungannya dengan masyarakat banyak. Kita harus hidup bermasyarakat maksudnya. Karena kita tidak bisa hidup sendiri tetapi kita membutuhkan orang yang ada didekat kita" (Y)

Otoritas tokoh Adat dalam menjaga nilai *Poda na Lima*

"Sebagai tokoh adat, saya memastikan sangat mendukung nilai Poda na Lima dijalankan oleh masyarakat suku Batak angkola. Jadi kami sebagai tokoh adat sangat ingin masyarakat menjalankan Poda na Lima ini agar bisa hidup sehat, karena kami meyakini Poda na Lima ini membawa kebaikan dan keselamatan bagi semua" (HRS)

"Tokoh adat lah yang menjadi pengawas Poda na Lima dimasyarakat. Ada buku yang kami buat tentang Poda na Lima karena kami gak mau generasi muda ini melupakan Poda na Lima. " (Y)

Penerimaan masyarakat terhadap pesan kesehatan berbasis budaya

"Orang lebih mudah bu menerima pesan kesehatan kalau disampaikan melalui adat bu. Banyak masyarakat yang menjalankan budaya kita ini bu sehari harinya. Kalau diterapkan bu bagus sekali" (HRS)

"Masyarakat menerima Poda na Lima dan menjalankannya supaya bisa sehat Jiwa dan raganya. Apalagi Poda na Lima kan bu dari zaman nenek moyang kita dan saya yakin banyak yang tahun dan menjalankannya" (Y)

Hasil wawancara menunjukkan bahwa Poda Na Lima berfungsi sebagai norma adat yang mengarahkan pola hidup masyarakat Batak Angkola dalam berbagai aspek kehidupan, baik pribadi maupun sosial. Nilai-nilainya membentuk kebiasaan hidup yang disiplin, bertanggung jawab, dan teratur, sehingga individu tidak hanya menjaga dirinya sendiri tetapi juga lingkungan sekitarnya. Ajaran seperti menjaga kebersihan hati membantu individu mengelola stres dan emosi, sementara menjaga tubuh, rumah, dan lingkungan berkontribusi langsung terhadap pencegahan penyakit. Selain itu, Poda Na Lima juga menekankan pentingnya hubungan sosial yang harmonis, di mana individu didorong untuk hidup berdampingan, saling peduli, dan menjaga keseimbangan dalam masyarakat. Dengan demikian, nilai ini tidak hanya membentuk perilaku sehat secara individu, tetapi juga menciptakan tatanan sosial yang mendukung kesehatan secara kolektif dan berkelanjutan.

Tokoh adat memiliki peran strategis sebagai penjaga, pengawas, dan penguat nilai Poda Na Lima dalam masyarakat. Mereka tidak hanya berfungsi sebagai simbol budaya, tetapi juga sebagai figur yang memiliki legitimasi sosial untuk mengarahkan dan memastikan nilai-nilai adat tetap dijalankan. Melalui peran ini, tokoh adat turut membentuk norma dan kebiasaan masyarakat, termasuk dalam menjaga perilaku hidup bersih dan sehat. Upaya pelestarian juga dilakukan melalui dokumentasi, seperti

penyusunan buku atau pedoman adat, serta melalui proses sosialisasi kepada generasi muda agar nilai tersebut tidak hilang seiring perkembangan zaman. Dalam konteks kesehatan, keberadaan tokoh adat menjadi penting karena mereka mampu memperkuat pesan kesehatan melalui pendekatan budaya yang lebih dipercaya dan dihormati oleh masyarakat.

Pendekatan kesehatan berbasis budaya seperti Poda Na Lima cenderung lebih mudah diterima oleh masyarakat karena selaras dengan nilai, kepercayaan, dan kebiasaan yang telah lama dianut. Pesan kesehatan yang disampaikan melalui kerangka adat menjadi lebih kontekstual, sederhana, dan dekat dengan kehidupan sehari-hari, sehingga lebih mudah dipahami dan diterapkan. Selain itu, karena Poda Na Lima telah diwariskan secara turun-temurun, masyarakat memiliki tingkat kepercayaan yang tinggi terhadap nilai tersebut. Hal ini berdampak pada meningkatnya kepatuhan dalam menjalankan perilaku hidup sehat, baik secara individu maupun kolektif. Dengan demikian, pendekatan berbasis budaya tidak hanya meningkatkan efektivitas komunikasi kesehatan, tetapi juga memperkuat keberlanjutan perubahan perilaku dalam masyarakat.

Tema 4: Potensi *Poda na Lima* sebagai Pedoman pencegahan stroke sekunder

Poda Na Lima memiliki potensi kuat sebagai pedoman pencegahan stroke sekunder karena memuat nilai-nilai yang langsung berkaitan dengan pengendalian faktor risiko dan pembentukan perilaku hidup sehat. Ajaran paias rohamu mendorong pengelolaan stres, emosi, dan ketenangan batin yang berpengaruh pada stabilitas tekanan darah serta kepatuhan menjalani terapi. Paias pamatangmu menekankan perawatan diri, termasuk menjaga pola makan, aktivitas fisik, dan kepatuhan minum obat, yang merupakan kunci utama mencegah kekambuhan stroke. Selanjutnya, paias bagasmu dan paias pekaranganmu berperan dalam menciptakan lingkungan yang bersih, aman, dan mendukung proses rehabilitasi, termasuk mengurangi risiko jatuh serta meningkatkan kenyamanan pasien dalam beraktivitas. Kebersihan pakaian (paias parabitonmu) juga mendukung kesehatan dan mencegah infeksi, terutama pada pasien dengan keterbatasan mobilitas.

Secara akademik, nilai-nilai ini sejalan dengan pendekatan promotif dan preventif dalam manajemen penyakit kronis, serta dapat diintegrasikan dengan teori perilaku kesehatan seperti Health Belief Model dan Model Adaptasi Roy. Poda Na Lima tidak hanya berfungsi sebagai pedoman individu, tetapi juga sebagai penguat sosial melalui norma adat, sehingga mampu meningkatkan kepatuhan dan konsistensi perilaku sehat. Dengan pendekatan berbasis budaya, Poda Na Lima dapat menjadi media edukasi yang lebih kontekstual dan mudah diterima masyarakat. Hal ini menjadikannya relevan untuk dikembangkan sebagai model intervensi dalam pencegahan stroke sekunder, terutama dalam meningkatkan kualitas hidup, kemandirian pasien, serta keberlanjutan perubahan perilaku sehat di tingkat individu dan komunitas.

Paias Rohamu dalam pengendalian stres Dan menjaga Koping positif

"Paias Rohamu mengajarkan ketenangan batin karena kalau Hati bersih maka kita akan"

terhindar Dari penyakit. Jadi menurut saya apapun masalahnya jika hati bersih menghadapi stres dan situasi sulit dengan sabar maka akan terhindar dari penyakit. Hal ini sejalan dengan ajaran agama. Poda na Lima ini mengajarkan untuk membuat manusia selalu befikir positif " (R)

"Paias Rohamu dapat dipandang sebagai mekanisme koping budaya untuk mengelola stres. Nilai ini mengintegrasikan kesejahteraan mental dan spiritual secara holistik. Prinsipnya mendukung pencegahan gangguan mental akibat tekanan hidup atau penyakit kronis. Integrasi nilai budaya dengan teori kesehatan mental meningkatkan efektivitas intervensi promotif dan preventif" (GTS)

Paias Pamatangmu dalam pengendalian faktor resiko

"Paias Pamatangmu menekankan pentingnya menjaga batas diri dan pola hidup sehat untuk mencegah penyakit. Nilai ini selaras dengan prinsip pengendalian faktor risiko seperti diet, aktivitas fisik, dan kebiasaan hidup. Sebagai kearifan lokal, Poda na Lima dapat dijadikan dasar intervensi promotif dan preventif. Integrasi nilai budaya dan teori kesehatan meningkatkan kesadaran dan kepatuhan masyarakat" (ZEH)

"Paias Pamatangmu membantu pasien memahami pentingnya menjaga makanan yang dimakan, kan pasien sudah tau Salah satu penyebab Penyakit adalah makanan, jadi dengan menjaga makan akan menjaga tubuh. Selain itu pasien juga tau berolah raga akan bisa mencegah penyakit, nah inilah yang kami sampaikan jika melakukan penyuluhan, jaga badan dengan makanan Dan olah raga" (MH)

"Bersihkan badanmu berarti bersihkan dari zat-zat yang mengandung penyakit yang masuk kedalam tubuh. Bersihkan badanmu dengan berolah raga supaya sehat. Jadi Poda na Lima menyuruh kita untuk mencegah terjadinya penyakit" (NHH)

Paias parabitoimu dalam pencegahan infeksi

"Bersihkan Pakaian bisa menjaga tubuh Dari kuman penyebab Penyakit sehingga bisa terhindar Dari infeksi. Menjaga kebersihan Pakaian juga bisa memberikan rasa aman Dan nyaman bagi pasien stroke" (SZN)

"Sebagai petugas kesehatan di rumah Sakit kami mengajarkan pasien untuk menjaga kebersihan Pakaian untuk mencegah infeksi Dan juga memakai Pakaian bersih mampu memberikan perasaan aman Dan nyaman bagi pasien, dan juga menggunakan Pakaian yang longgar Dan bersih" (A)

Paias bagasmu dalam pencegahan komplikasi

"Kearifan lokal Poda na Lima mengandung nilai pencegahan masalah pada pasien stroke, dengan menjaga lantai rumah tidak licin, menjaga lantai bersih Dari benda tajam

akan melindungi pasien berseriko terjatuh Dan terkena infeksi. Dengan ini Poda na Lima wajib diterapkan pada masyarakat untuk mencegah terjadinya resiko yang bisa ditimbulkan pasien stroke" (GTS)

"Poda na Lima mengajarkan cara hidup sehat. Dengan menjalankan Poda na Lima maka akan tercipta rumah yang aman Dan sehat. Jika rumah aman Dan sehat maka resiko terjadinya jatuh Dan infeksi akan bisa dihindari" (BA)

Paias pekaranganmu dalam Pencegahan komplikasi

"Paias Pekaranganmu menekankan pentingnya menjaga kebersihan lingkungan rumah dan sekitarnya. Lingkungan yang bersih mencegah penyebaran infeksi dan penyakit menular. Nilai budaya ini selaras dengan prinsip kesehatan masyarakat tentang sanitasi dan higiene. Integrasi budaya lokal dalam edukasi kesehatan mempermudah masyarakat menerapkan perilaku bersih dan aman" (ZEH)

"Pemeliharaan pekarangan sesuai Paias Pekaranganmu membantu mencegah infeksi di rumah dan lingkungan karena Kebersihan pekarangan memberikan rasa nyaman dan aman bagi seluruh anggota keluarga terutama pasien stroke" (SZN)

Hasil wawancara menunjukkan bahwa nilai-nilai dalam Poda Na Lima memiliki potensi kuat sebagai pedoman pencegahan stroke, baik primer maupun sekunder, karena mencakup aspek mental, fisik, dan lingkungan secara menyeluruh. Paias rohamu berperan dalam pengendalian stres dan pembentukan coping positif, yang berdampak pada stabilitas tekanan darah serta peningkatan kepatuhan pengobatan. Pengelolaan emosi yang baik menjadi faktor penting dalam mencegah kekambuhan stroke. Paias pamatangmu secara langsung berkaitan dengan pengendalian faktor risiko seperti pola makan, aktivitas fisik, dan gaya hidup sehat. Implementasi nilai ini membantu individu menjaga kondisi tubuh dan mencegah faktor pemicu stroke seperti hipertensi, obesitas, dan diabetes. Sementara itu, paias parabitoonmu mendukung pencegahan infeksi melalui praktik kebersihan diri, yang penting terutama bagi pasien dengan keterbatasan mobilitas.

Selanjutnya, paias bagasmu dan paias pekaranganmu berkontribusi dalam menciptakan lingkungan yang aman dan sehat, sehingga mengurangi risiko jatuh, cedera, serta paparan penyakit. Lingkungan yang bersih dan tertata juga mendukung proses rehabilitasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Secara akademik, kelima nilai ini membentuk pendekatan holistik yang sejalan dengan prinsip promotif dan preventif dalam kesehatan masyarakat serta teori perilaku kesehatan. Dengan pendekatan berbasis budaya, Poda Na Lima lebih mudah diterima dan diterapkan oleh masyarakat, sehingga berpotensi menjadi pedoman efektif dalam membangun perilaku hidup sehat dan mencegah terjadinya stroke secara berkelanjutan.

Tema 5: Hambatan implementasi *Poda na Lima* menurut akademik Dan tokoh adat

Implementasi Poda Na Lima dipandang sebagai upaya strategis dalam membentuk perilaku hidup sehat yang berakar pada nilai budaya dan didukung oleh pendekatan ilmiah. Secara akademik, Poda Na Lima memiliki potensi sebagai kerangka promotif dan preventif karena memuat prinsip kebersihan, pengendalian diri, serta keseimbangan antara aspek fisik, mental, dan lingkungan. Nilai-nilai ini sejalan dengan teori kesehatan modern seperti Health Belief Model dan pendekatan perilaku kesehatan, di mana kesadaran, persepsi risiko, dan motivasi menjadi faktor penting dalam perubahan perilaku. Dengan integrasi yang tepat, Poda Na Lima dapat digunakan sebagai dasar dalam merancang intervensi kesehatan yang kontekstual dan berkelanjutan. Dari sisi adat, Poda Na Lima berfungsi sebagai pedoman hidup yang mengikat secara sosial dan moral dalam kehidupan masyarakat Batak Angkola. Nilai ini diwariskan secara turun-temurun dan menjadi bagian dari identitas budaya yang membentuk kebiasaan hidup bersih, tertib, dan harmonis. Peran tokoh adat sangat penting dalam menjaga, menyosialisasikan, dan memperkuat penerapan nilai tersebut dalam kehidupan sehari-hari. Melalui pendekatan adat, pesan kesehatan dapat disampaikan dengan cara yang lebih mudah diterima karena sesuai dengan nilai dan kepercayaan masyarakat.

Namun demikian, dalam implementasinya masih terdapat tantangan yang perlu diperhatikan. Perubahan gaya hidup modern, berkurangnya pemahaman generasi muda terhadap nilai budaya, serta keterbatasan integrasi dalam sistem kesehatan formal dapat memengaruhi optimalisasi penerapan Poda Na Lima. Selain itu, minimnya penguatan dalam bentuk panduan ilmiah dan kebijakan juga dapat menjadi faktor yang membatasi pemanfaatannya secara luas. Dengan demikian, perpaduan antara perspektif akademik dan adat menunjukkan bahwa Poda Na Lima memiliki kekuatan sebagai pendekatan berbasis budaya yang tidak hanya relevan, tetapi juga efektif dalam meningkatkan kesadaran, kepatuhan, dan keberlanjutan perilaku hidup sehat di masyarakat, dengan tetap mempertimbangkan berbagai faktor yang dapat memengaruhi implementasinya.

Pergeseran nilai budaya

"Zaman modern ini membuat banyak orang mulai meninggalkan nilai-nilai budaya tradisional. Generasi muda lebih terpengaruh gaya hidup modern sehingga nilai Poda na Lima kurang diterapkan. Akibatnya, kebiasaan hidup sehat dan tertib yang diwariskan nenek moyang mulai berkurang. Bisa kita lihat sekarang banyak penyakit kayak stroke, darah Tinggi, karena mereka tidak menjaga makan" (A)

"Pasien kami sekarang banyak penyakit tidak menular, mulai dari anak sampai lansia, terutama penyakit diabetes, stroke, hipertensi Dan lainnya, jadi memang di era modern ini banyak sekali menawarkan makanan cepat saji yang mudah di pesan lewat sosial media, era digital ini memudahkan orang untuk belanja Dan meminimalkan pergerakan sehingga PTM meningkat" (MH)

Minimnya dokumentasi ilmiah Poda na Lima

"Ya Masih sedikit sekali penelitian tentang Poda na Lima yang dikaitkan dengan konsep kesehatan, padahal konsep Poda na Lima bisa masuk kesemua aspek kehidupan terutama kesehatan, karena Poda na Lima mengandung nilai kesehatan yang sangat mudah diterapkan dalam kehidupan masyarakat baik suku Batak maupun suku lainnya" (ZEH)

"Kebanyakan penelitian Poda na Lima tentang pendidikan, tentang kesehatan memang Masih minim sekali" (SZN)

Kurangnya integrasi dalam kebijakan kesehatan

"Saat ini pemerintah belum memiliki kebijakan resmi terkait penerapan Poda na Lima. Akibatnya, nilai-nilai adat ini sulit dijadikan pedoman resmi dalam program kesehatan. Masyarakat masih menjalankan Poda na Lima secara informal tanpa dukungan regulasi" (ZEH)

Berdasarkan hasil wawancara terdapat beberapa Hambatan dalam implementasi Poda na lima. Pergeseran nilai budaya menjadi hambatan utama dalam implementasi Poda Na Lima di masyarakat. Perkembangan zaman dan pengaruh gaya hidup modern menyebabkan nilai-nilai tradisional mulai ditinggalkan, terutama oleh generasi muda. Pola hidup yang serba praktis, seperti konsumsi makanan cepat saji, aktivitas fisik yang minim, serta ketergantungan pada teknologi, berkontribusi pada menurunnya penerapan kebiasaan hidup sehat yang diajarkan dalam Poda Na Lima. Kondisi ini berdampak pada meningkatnya penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes, dan stroke. Secara akademik, fenomena ini menunjukkan adanya perubahan perilaku kesehatan yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan sosial modern yang tidak lagi selaras dengan nilai budaya lokal.

Kurangnya penelitian ilmiah yang mengkaji Poda Na Lima dalam konteks kesehatan menjadi hambatan dalam pengembangannya sebagai pendekatan berbasis budaya. Sebagian besar kajian masih berfokus pada aspek pendidikan atau budaya secara umum, sehingga bukti ilmiah terkait efektivitas Poda Na Lima dalam meningkatkan kesehatan masyarakat masih terbatas. Hal ini menyebabkan nilai-nilai yang sebenarnya relevan dengan konsep kesehatan modern belum terdokumentasi dan teruji secara sistematis.

Dalam perspektif akademik, keterbatasan ini menghambat integrasi Poda Na Lima ke dalam model intervensi kesehatan berbasis bukti (evidence-based practice). Belum adanya kebijakan resmi yang mengakomodasi Poda Na Lima dalam program kesehatan menjadi hambatan dalam penerapannya secara luas dan sistematis. Saat ini, nilai-nilai tersebut masih dijalankan secara informal di masyarakat tanpa dukungan regulasi yang jelas. Akibatnya, Poda Na Lima belum dimanfaatkan secara optimal sebagai bagian dari strategi promotif dan preventif dalam sistem kesehatan. Secara struktural, hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kearifan lokal dan kebijakan kesehatan formal. Tanpa integrasi kebijakan, potensi Poda Na Lima sebagai pendekatan

berbasis budaya sulit dikembangkan secara berkelanjutan dan terukur dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Tema 6: Strategi Promosi Dan implementasi berbasis budaya

Poda Na Lima dapat dijadikan strategi efektif dalam promosi dan implementasi kesehatan karena memiliki kekuatan sebagai nilai budaya yang sudah melekat dalam kehidupan masyarakat. Nilai-nilainya tidak hanya bersifat normatif, tetapi juga aplikatif dalam membentuk perilaku hidup bersih dan sehat. Dengan menjadikannya sebagai strategi, pesan kesehatan dapat disampaikan melalui pendekatan yang lebih kontekstual, sehingga lebih mudah dipahami, diterima, dan dijalankan oleh masyarakat. Sebagai strategi promosi, Poda Na Lima berfungsi sebagai media edukasi berbasis budaya yang mengaitkan konsep kesehatan modern dengan nilai lokal. Misalnya, paias rohamu digunakan untuk edukasi pengelolaan stres, paias pamatangmu untuk pola hidup sehat, serta paias bagasmu dan pekaranganmu untuk kebersihan lingkungan. Pendekatan ini membuat pesan kesehatan tidak terasa asing, tetapi menjadi bagian dari kebiasaan sehari-hari.

Dalam implementasi, Poda Na Lima dapat diintegrasikan ke dalam program kesehatan melalui kolaborasi antara tenaga kesehatan, tokoh adat, dan masyarakat. Nilai budaya yang diperkuat oleh peran tokoh adat meningkatkan kepercayaan dan kepatuhan masyarakat terhadap intervensi kesehatan. Selain itu, strategi ini juga mendorong keterlibatan aktif masyarakat karena berbasis pada nilai yang mereka yakini. Secara akademik, penggunaan Poda Na Lima sebagai strategi sejalan dengan pendekatan culturally based health promotion, yang menekankan bahwa intervensi akan lebih efektif jika disesuaikan dengan konteks budaya. Dengan demikian, Poda Na Lima berpotensi menjadi strategi yang tidak hanya meningkatkan kesadaran dan perilaku hidup sehat, tetapi juga memastikan keberlanjutan dalam upaya promotif dan preventif, termasuk dalam pencegahan stroke.

Perumusan *Poda na Lima* dalam panduan kesehatan

"Modul berbasis budaya memudahkan masyarakat memahami Poda na Lima dalam konteks kesehatan. Seharusnya ada hasil penelitian terkait kesehatan Dan Poda na Lima, nah hasil penelitian ini nanti ya akan menciptakan buku buku Poda na Lima yang dijadikan pedoman praktis bagi tenaga kesehatan di lapangan. Dan Perumusan Poda na Lima dalam modul memastikan nilai adat tetap relevan dan mudah diterapkan sehingga Integrasi budaya dan panduan medis meningkatkan efektivitas edukasi dan kepatuhan masyarakat" (SZN)

"Penyusunan modul atau buku berbasis budaya membantu menjaga kearifan lokal sambil mendukung kesehatan masyarakat. Buku berbasis budaya memberikan langkah konkret bagi tenaga kesehatan untuk mengimplementasikan Poda na Lima. Panduan ini mempermudah integrasi nilai adat dengan praktik medis modern. Dengan modul, buku, masyarakat lebih terdorong menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat" (GTS)

Pelibatan tokoh Adat dalam promosi kesehatan

"Ya. Di masyarakat terutama di daerah pedesaan kita sering terlibat dalam penyuluhan kesehatan, Dan hal ini sangat Membantu, karena tokoh Adat merupakan Salah satu orang yang didengar petuah-petuahannya" (Y)

"Saya rasa sangat bagus sekali jika tokoh Adat bisa terlibat dalam penyuluhan kesehatan terkait Poda na Lima" (ZEH)

Integrasi dalam program puskesmas Dan posyandu lansia

"Seharusnya kearifan lokal Poda na Lima yang mengandung nilai kesehatan diintegrasikan kedalam Kegiatan puskesmas khususnya Posyandu lansia. Jadi harus ada kebijakan daerah yang di rumuskan terkait penerapan Poda na Lima ini" (ZEH)

"Saya setuju jika ada integrasi kearifan lokal Poda na Lima dengan kesehatan yang bisa diimplementasikan di puskesmas, karena nilai ini bisa diterapkan kesegala aspek kehidupan" (SZN)

Hasil wawancara menunjukkan Perumusan Poda Na Lima dalam bentuk modul atau buku panduan kesehatan menjadi langkah strategis untuk menjembatani nilai budaya dengan praktik medis modern. Penyusunan panduan berbasis budaya memungkinkan nilai-nilai adat diterjemahkan ke dalam langkah-langkah praktis yang mudah dipahami dan diterapkan oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat. Modul ini dapat memuat integrasi antara prinsip Poda Na Lima dengan konsep kesehatan seperti pencegahan penyakit, perawatan diri, dan rehabilitasi. Secara akademik, keberadaan panduan ini juga memperkuat dasar ilmiah melalui hasil penelitian yang mendukung efektivitas pendekatan berbasis budaya. Dengan demikian, Poda Na Lima tidak hanya menjadi nilai normatif, tetapi juga pedoman operasional yang meningkatkan kualitas edukasi kesehatan dan kepatuhan masyarakat.

Pelibatan tokoh adat dalam promosi kesehatan merupakan strategi penting karena mereka memiliki pengaruh sosial yang kuat dan dipercaya oleh masyarakat. Tokoh adat berperan sebagai komunikator yang mampu menyampaikan pesan kesehatan dengan pendekatan budaya yang lebih diterima. Kehadiran mereka dalam kegiatan penyuluhan, terutama di masyarakat pedesaan, dapat meningkatkan kepercayaan, pemahaman, dan kepatuhan masyarakat terhadap pesan kesehatan. Selain itu, tokoh adat juga berfungsi sebagai penguat nilai, sehingga pesan yang disampaikan tidak hanya bersifat informasi, tetapi juga menjadi bagian dari norma sosial yang mendorong perubahan perilaku secara berkelanjutan.

Integrasi Poda Na Lima dalam program puskesmas, khususnya posyandu lansia, memberikan peluang besar untuk mengoptimalkan pendekatan promotif dan preventif berbasis budaya. Nilai-nilai dalam Poda Na Lima dapat diimplementasikan dalam kegiatan rutin seperti edukasi kesehatan, pemeriksaan berkala, serta pembinaan perilaku hidup sehat pada kelompok rentan seperti lansia. Integrasi ini juga memerlukan dukungan kebijakan agar penerapannya lebih sistematis dan berkelanjutan. Dengan

memasukkan kearifan lokal ke dalam layanan kesehatan primer, program menjadi lebih kontekstual dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, sehingga meningkatkan efektivitas intervensi serta kualitas hidup, terutama dalam pencegahan penyakit kronis seperti stroke.

2.4.2 Pembahasan

Hasil penelitian menggambarkan pemaknaan *Poda na Lima* sebagai kearifan lokal yang berakar kuat pada budaya Batak Angkola dan memiliki relevansi akademik dalam konteks kesehatan. *Poda na Lima* dimaknai sebagai nilai budaya fundamental dalam kehidupan masyarakat Batak Angkola. Informan memandang *Poda na Lima* sebagai ajaran leluhur yang mengatur cara berpikir, bersikap, dan berperilaku (Maryam et al, 2024). Nilai budaya ini tidak hanya bersifat simbolik, tetapi terinternalisasi dalam cara hidup sehari-hari masyarakat, terutama dalam menjaga kebersihan diri, keluarga, dan lingkungan (Karnadi et al, 2023). Dengan demikian, filosofis dasar *Poda na Lima* mencerminkan pedoman hidup masyarakat Batak Angkola yang menempatkan kebersihan dan keteraturan sebagai bagian dari identitas budaya dan keharmonisan hidup (Siregar, 2024).

Poda na Lima juga berfungsi sebagai sistem nilai kesehatan yang bersumber dari kearifan lokal. Prinsip-prinsip dalam *Poda na Lima* dipahami sebagai pedoman perilaku hidup bersih dan sehat yang mencakup aspek fisik, mental, sosial, dan lingkungan (Sari et al, 2025). Kebersihan tubuh dan lingkungan dikaitkan dengan pencegahan penyakit, sementara kebersihan hati dipandang berkontribusi terhadap ketenangan batin dan kesehatan mental (Nasution, 2023). Hal ini menunjukkan bahwa *Poda na Lima* memiliki karakter holistik dan sejalan dengan konsep kesehatan modern yang menekankan keseimbangan multidimensional.

Selain itu *Poda na Lima* dipandang relevan untuk diintegrasikan dengan konsep dan praktik kesehatan. Informan menilai bahwa nilai budaya *Poda na Lima* dapat memperkuat pemahaman dan kepatuhan masyarakat terhadap anjuran kesehatan (Priyono et al, 2025). Integrasi antara budaya dan ilmu kesehatan dianggap mampu meningkatkan efektivitas upaya promotif dan preventif. Selain itu, informan memandang bahwa penerapan *Poda na Lima* tidak bertentangan dengan pengobatan medis, melainkan dapat berjalan berdampingan sebagai pelengkap dalam upaya menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan. *Poda na Lima* dianggap sebagai kearifan lokal yang sejalan dengan prinsip kesehatan untuk mendukung program kebersihan (Pasaribu, 2024).

Tokoh adat memandang *Poda na Lima* sebagai pedoman hidup yang telah melekat dalam norma sosial dan norma adat masyarakat. Nilai-nilai *Poda na Lima* tidak hanya mengatur hubungan antarindividu, tetapi juga membentuk kebiasaan hidup bersih, tertib, dan seimbang yang berdampak pada kesehatan masyarakat (Siregar et al, 2025). Dalam kehidupan sehari-hari, penerapan *Poda na Lima* menjadi bagian dari norma sosial yang mengarahkan perilaku masyarakat, sementara dalam konteks adat, nilai-nilai tersebut memiliki kekuatan mengikat secara moral dan kultural. Oleh karena itu, *Poda na Lima* dipahami sebagai dasar perilaku kolektif yang berkontribusi pada pembentukan pola hidup sehat (Pasaribu and Pasaribu, 2024).

Tokoh adat memiliki otoritas yang kuat dalam menjaga dan meneruskan nilai-nilai *Poda na Lima* melalui peran kepemimpinan adat. Kepemimpinan ini tercermin dalam kemampuan tokoh adat memberikan teladan, nasihat, serta penguatan nilai budaya kepada masyarakat (Ahmad et al, 2025). Dalam konteks kesehatan, tokoh adat berperan sebagai figur rujukan yang mampu mengarahkan masyarakat untuk tetap memegang nilai *Poda na Lima* sebagai pedoman hidup sehat. Otoritas adat ini menjadikan pesan-pesan kesehatan yang disampaikan berbasis budaya lebih mudah diterima dan ditaati oleh masyarakat (Pajarur, 2025).

Menurut tokoh adat, pesan kesehatan yang disampaikan melalui pendekatan budaya *Poda na Lima* cenderung lebih diterima oleh masyarakat karena memiliki pengakuan budaya yang kuat. Masyarakat merasa nilai-nilai tersebut merupakan bagian dari identitas dan warisan leluhur, sehingga pesan kesehatan tidak dipandang sebagai sesuatu yang asing (Karnadi et al, 2023). Pengakuan budaya ini memperkuat kepercayaan dan keterlibatan masyarakat dalam menerapkan perilaku hidup sehat. Dengan demikian, pendekatan kesehatan berbasis *Poda na Lima* dinilai efektif dalam membangun penerimaan dan keberlanjutan praktik kesehatan di masyarakat.

Akademisi memandang *Poda na Lima* memiliki kesesuaian yang kuat dengan faktor-faktor pencegahan stroke sekunder melalui pendekatan promotif dan preventif. Nilai-nilai dalam *Poda na Lima* mendorong perilaku hidup bersih, pengendalian diri, serta pengelolaan lingkungan yang sehat (Sari et al, 2025). Secara langsung nilai *Poda na Lima* berkaitan dengan faktor risiko stroke seperti hipertensi, diabetes, stres, dan infeksi (Daulay, et al, 2026). Melalui *Poda na Lima* Pendekatan promotif tercermin dalam upaya meningkatkan kesadaran individu untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan sebagai bagian dari gaya hidup sehat (Sibarani et al, 2021). Sementara pendekatan preventif tampak pada pencegahan komplikasi dan kekambuhan stroke melalui pengendalian faktor risiko secara berkelanjutan (Daulay, et al, 2026). Dengan demikian, *Poda na Lima* dinilai selaras dengan prinsip pencegahan sekunder dalam kesehatan masyarakat.

Dalam perspektif akademik, *Poda na Lima* dipandang sebagai model perubahan perilaku yang berakar pada budaya lokal dan sejalan dengan teori perilaku kesehatan (Pasaribu, 2024). Nilai-nilai seperti paias rohamu dan paias pamatangmu berperan dalam membentuk kesadaran, sikap, dan motivasi individu untuk menjalani perilaku hidup sehat pascastroke (Daulay, et al, 2026). *Poda na Lima* berfungsi sebagai faktor predisposisi yang membentuk keyakinan dan nilai kesehatan, faktor pendukung yang memfasilitasi praktik hidup sehat, serta faktor penguat melalui norma sosial dan adat. Pendekatan ini dinilai efektif karena perubahan perilaku tidak dipaksakan, tetapi tumbuh dari nilai budaya yang telah diinternalisasi oleh individu dan keluarga.

Akademisi melihat adanya peluang besar untuk mengintegrasikan *Poda na Lima* ke dalam pendidikan dan penelitian kesehatan sebagai pengembangan model berbasis budaya (Sibarani et al, 2021). *Poda na Lima* dapat dijadikan kerangka konseptual dalam edukasi kesehatan yang kontekstual dan mudah dipahami oleh masyarakat lokal. Dalam penelitian, nilai-nilai *Poda na Lima* berpotensi dikembangkan menjadi model intervensi berbasis kearifan lokal untuk pencegahan stroke sekunder. Integrasi ini tidak hanya memperkuat relevansi budaya dalam praktik kesehatan, tetapi juga berkontribusi pada pengembangan ilmu pengetahuan yang menghargai nilai lokal sebagai bagian dari pendekatan promotif dan preventif yang berkelanjutan. Integrasi budaya *Poda na Lima*

dengan teori perilaku kesehatan bisa digunakan untuk penyampaian pesan kesehatan yang disesuaikan, dan beradaptasi dengan gaya hidup yang terus berkembang. Meskipun Model Perilaku Kesehatan (HBM) tetap menjadi kerangka kerja dasar untuk memahami perilaku kesehatan, adaptasi dan penyempurnaan yang berkelanjutan sangat penting untuk relevansi dan efektivitasnya yang berkelanjutan dalam mempromosikan kesehatan dan pencegahan Penyakit (Alyafei & Easton, 2024).

Poda na Lima memiliki potensi besar sebagai pedoman pencegahan stroke sekunder karena mencakup aspek mental, fisik, dan lingkungan yang saling berhubungan. Nilai paias rohamu (bersihkan Hatimu) berperan dalam pengendalian stres dan menjaga koping positif melalui penguatan kesehatan mental dan spiritual, sehingga membantu pasien mengelola tekanan psikologis pascastroke. Kemampuan mengendalikan stres pada pasien stroke mampu mencegah terjadinya stroke sekunder (Hinwoud et al, 2023).

Paias pamatangmu (bersihkan tubuhmu) mendorong pengendalian faktor risiko melalui penerapan pola hidup sehat seperti menjaga kebersihan tubuh, aktivitas fisik, dan pengaturan pola makan, yang berkontribusi pada pencegahan kekambuhan stroke (Aini & Darajat, 2025). Paias Pamatangmu dapat digunakan untuk membantu mencegah stroke sekunder, misalnya dengan menjaga kebersihan pribadi dan mengonsumsi makanan dan minuman sehat (Scaglione et al, 2025). Selanjutnya, paias parabitoimu (bersihkan rumahmu) berperan dalam pencegahan infeksi dengan menekankan kebersihan pakaian dan diri, sekaligus memberikan rasa aman dan nyaman bagi pasien. Mengenakan pakaian yang bersih, longgar, dan nyaman dapat mencegah luka dan infeksi kulit, terutama bagi pasien stroke yang terbaring di tempat tidur (Bailey, 2018). Pasien stroke perlu menjaga kebersihannya dengan rutin mengganti pakaian dan seprai agar lingkungan mereka tetap sehat. Perawatan ini membutuhkan dukungan keluarga karena pasien stroke sering mengalami kesulitan atau tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari seperti berpakaian sendiri (Diantika et al, 2025).

Paias bagasmu (bersihkan rumahmu) mendukung pencegahan komplikasi melalui terciptanya rumah yang sehat dan aman, terutama bagi pasien dengan keterbatasan mobilitas. Menjaga kebersihan rumah mencakup modifikasi lingkungan agar aman dan nyaman bagi pasien stroke, seperti menyesuaikan jalur akses, kamar mandi, dan kamar tidur, menjaga lantai tidak licin, serta memastikan ventilasi yang baik. Upaya ini bertujuan mengurangi risiko cedera atau jatuh dan mendukung proses pemulihan, misalnya dengan memasang pegangan tangan dan membersihkan lantai secara rutin, terutama di area kamar mandi (Campani et al, 2021).

Sementara itu, paias pekaranganmu (bersihkan pekaranganmu) berkontribusi pada pencegahan komplikasi dengan menciptakan lingkungan yang bersih, sehat, dan aman. Secara keseluruhan, *Poda na Lima* menjadi pedoman holistik yang relevan dalam upaya pencegahan stroke sekunder berbasis kearifan lokal. Poda Paias Pakaranganmu berperan dalam pencegahan stroke sekunder melalui aktivitas fisik ringan seperti membersihkan halaman, berkebun, dan beraktivitas di luar rumah. Kegiatan ini membantu meningkatkan suasana hati, mengurangi stres, serta menumbuhkan rasa percaya diri dan kemandirian pasien stroke. Aktivitas fisik teratur, meskipun ringan, terbukti mendukung pemulihan, menurunkan risiko penyakit jantung, dan meningkatkan kualitas hidup. Selain itu, pemanfaatan layanan kesehatan terdekat penting untuk

memperoleh penanganan dini, mencegah komplikasi, dan menghindari terjadinya stroke berulang (Krist et al, 2027; Mannakkara & Finocchiaro, 2023; Pajarur, 2025).

Menurut akademisi dan tokoh adat, implementasi *Poda na Lima* menghadapi berbagai hambatan yang bersumber dari perubahan sosial dan sistem kesehatan. Pergeseran budaya akibat modernisasi dan globalisasi menyebabkan nilai-nilai *Poda na Lima* semakin jarang dipraktikkan, terutama pada generasi muda yang lebih terpapar gaya hidup modern (Kernan, 2021). Tokoh adat menilai bahwa perubahan ini melemahkan norma adat dan peran kearifan lokal sebagai pedoman perilaku hidup sehat (Harahap, 2025). Sementara akademisi melihatnya sebagai tantangan dalam mempertahankan relevansi budaya dalam konteks kesehatan masyarakat modern.

Selain itu, minimnya dokumentasi ilmiah *Poda na Lima* menjadi hambatan utama dari sisi akademik karena kurangnya evidence base yang mendukung penerapannya dalam program kesehatan formal. Keterbatasan bukti ilmiah ini berdampak pada rendahnya integrasi *Poda na Lima* dalam kebijakan dan praktik pelayanan kesehatan. Ketiadaan regulasi atau kebijakan kesehatan yang secara eksplisit mengakomodasi kearifan lokal juga memperlemah upaya implementasi secara sistematis. Akibatnya, *Poda na Lima* lebih sering dipraktikkan secara informal dan belum dimanfaatkan secara optimal sebagai pendekatan preventif berbasis budaya dalam sistem kesehatan.

Strategi promosi dan implementasi *Poda na Lima* berbasis budaya dapat dilakukan melalui perumusan nilai-nilai *Poda na Lima* ke dalam panduan kesehatan yang terstruktur, seperti modul atau buku panduan. Akademisi memandang penyusunan modul berbasis kearifan lokal ini penting untuk menerjemahkan nilai adat ke dalam bahasa kesehatan yang mudah dipahami dan aplikatif, sehingga dapat digunakan oleh tenaga kesehatan, pasien, dan keluarga sebagai pedoman pencegahan penyakit, termasuk stroke sekunder.

Pelibatan tokoh adat dalam promosi kesehatan juga menjadi strategi kunci karena tokoh adat memiliki legitimasi sosial dan budaya yang kuat di masyarakat [Marwono et al, 2025]. Promosi kesehatan yang disampaikan melalui edukasi berbasis kearifan lokal dinilai lebih mudah diterima dan dipatuhi, karena pesan kesehatan disampaikan oleh figur yang dihormati dan menggunakan nilai budaya yang telah mengakar. Dan didukung dengan adanya Kolaborasi dengan tenaga kesehatan [Rahman, 2020]. Pendekatan ini memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap pesan kesehatan dan mendorong perubahan perilaku secara berkelanjutan.

Selanjutnya, integrasi *Poda na Lima* dalam program Puskesmas dan Posyandu melalui kebijakan promotif menjadi langkah strategis untuk memperluas implementasi secara sistematis. Penguatan kebijakan promotif memungkinkan nilai-nilai *Poda na Lima* diterapkan dalam kegiatan edukasi, pendampingan keluarga, dan pemberdayaan masyarakat. Integrasi ini menjadikan *Poda na Lima* tidak hanya sebagai kearifan lokal, tetapi juga sebagai bagian dari pendekatan promotif kesehatan yang berkelanjutan dan berbasis budaya.

2.5 Kesimpulan

Penelitian ini berhasil mengeksplorasi persepsi dari pakar akademisi, tokoh adat, tokoh agama, tokoh masyarakat, perawat rumah sakit dan puskesmas tentang integrasi

budaya *Poda na Lima* dalam pencegahan stroke sekunder. Hasil penelitian menemukan 6 tema dan 22 subtema serta kategori yang menjadi indikator akhir dari penyusunan instrumen perilaku pencegahan stroke sekunder. Hasil FGD ini merupakan tambahan dasar dalam penyusunan instrumen perilaku pencegahan stroke sekunder berbasis *Poda na Lima* dengan landasan modifikasi dari teori perilaku *Health Belief Model* (HBM).

2.6 Daftar Pustaka

- Ahmadi, M., Laumeier, I., Ihl, T., Steinicke, M., Ferse, C., Endres, M., Grau, A., Hastrup, S., Poppert, H., Palm, F., Schoene, M., Seifert, C. L., Kandil, F. I., Weber, J. E., von Weitzel-Mudersbach, P., Wimmer, M. L. J., Algra, A., Amarenco, P., Greving, J. P., ... Audebert, H. J. (2020). A support programme for secondary prevention in patients with transient ischaemic attack and minor stroke (INSPIRE-TMS): an open-label, randomised controlled trial. *The Lancet Neurology*, 19(1), 49–60. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30369-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30369-2)
- Chen, L., Xiao, L. D., & Chamberlain, D. (2020). An integrative review: Challenges and opportunities for stroke survivors and caregivers in hospital to home transition care. *Journal of Advanced Nursing*, 76(9), 2253–2265. <https://doi.org/10.1111/jan.14446>
- Ckumdee S, Arpanantikul M, & Sirapo-ngam Y. (2014). Family caregivers' adjustment problems in caring for stroke patients. *Thai J Nurs Counc*;29(4):45e63.
- Creasy, K. R., Lutz, B. J., Young, M. E., & Stacciarini, J. M. R. (2015). Clinical Implications of Family- Centered Care in Stroke Rehabilitation. *Rehabilitation Nursing : The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 40(6), 349–359. <https://doi.org/10.1002/rnj.188>
- Daulay, N. M., Setiawan, & Sitepu, N. F. (2014). *Pengalaman Keluarga sebagai Caregiver dalam Merawat Pasien Strok di Rumah* (Vol. 2).
- DeLemos, C., & Evans, V. (2020). Globalization of Neuroscience Nursing: Challenges and Opportunities. *Journal of Neuroscience Nursing*, 52(3), 92–93. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000516>
- Eames, S., Hoffmann, T. C., & Phillips, N. F. (2014). Evaluating Stroke Patients' Awareness of Risk Factors and Readiness to Change Stroke Risk-Related Behaviors in a Randomized Controlled Trial. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 21(sup1), S52–S62. <https://doi.org/10.1310/tsr21S1-S52>
- Effendy, C., Vernooij-Dassen, M., Setiyarini, S., Kristanti, M. S., Tejawinata, S., Vissers, K., & Engels, Y. (2015). Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds. *Psycho-Oncology*, 24(5), 585–591. <https://doi.org/10.1002/pon.3701>
- Fauziah, W., Kato, M., Shogenji, M., Tsujiguchi, H., & Taniguchi, Y. (2022). Factors Associated With Depression Among Family Caregivers of Patients With Stroke in Indonesia: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Research*, 30(5). <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000515>
- Feigin, V. L., & Vos, T. (2019). Global burden of neurological disorders: From global burden of disease estimates to actions. In *Neuroepidemiology* (Vol. 52, Issues 1–2, pp. 1–2). S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000495197>
- Flach, C., Muruet, W., Wolfe, C. D. A., Bhalla, A., & Douiri, A. (2020). Risk and Secondary Prevention of Stroke Recurrence: A Population-Base Cohort Study. *Stroke*, 51(8), 2435–2444. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.028992>

- Ghazzawi, A., Kuziemy, C., & O'Sullivan, T. (2016). Using a complex adaptive system lens to understand family caregiving experiences navigating the stroke rehabilitation system Organization, structure and delivery of healthcare. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1795-6>
- Lai, D. W. L. (2012). Effect of Financial Costs on Caregiving Burden of Family Caregivers of Older Adults. *Sage Open*, 2(4). <https://doi.org/10.1177/2158244012470467>
- Nursiswati, N., Halfens, R. J. G., & Lohrmann, C. (2022). Care Dependency of Hospitalized Stroke Patients Based on Family Caregivers' and Nurses' Assessments: A Comparative Study. *Healthcare (Switzerland)*, 10(6). <https://doi.org/10.3390/healthcare10061007>
- Olaiya, M. T., Cadilhac, D. A., Kim, J., Nelson, M. R., Srikanth, V. K., Gerraty, R. P., Bladin, C. F., Fitzgerald, S. M., Phan, T., Frayne, J., & Thrift, A. G. (2017). Community-Based Intervention to Improve Cardiometabolic Targets in Patients with Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Stroke*, 48(9), 2504–2510. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.017499>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (Eleventh edition). Wolters Kluwer.
- Priyatni, E. T., Suryani, A. W., Fachrunnisa, R., Supriyanto, A., & Zakaria, I. (2020). *Pemanfaatan NVIVO dalam Penelitian Kualitatif*.
- Thongthawee B, Matchim Y, & Kaewsriwong S. (2018). Family members' experience in providing care for persons with stroke: a phenomenological study. *J Res Nurs Midwifery Health Sci*;38(3):179e91.
- Wang, L., Liu, J., Wu, L., Zhang, J., & Fang, H. (2023). Caregiving experiences of stroke caregivers: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. In *Medicine (United States)* (Vol. 102, Issue 13, p. E33392). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000033392>