



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**ANALISIS DETERMINAN PERILAKU SEHAT PADA PENDERITA
PASCASTROKE DI KOTA BANDA ACEH**

OLEH:

**SAIDA NAFISAH
NPM: 2107210005**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
BANDA ACEH
2023**



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**ANALISIS DETERMINAN PERILAKU SEHAT PADA PENDERITA
PASCASTROKE DI KOTA BANDA ACEH**

Tesis ini diajukan sebagai
Salah satu syarat memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

OLEH:

**SAIDA NAFISAH
NPM: 210721000**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
BANDA ACEH 2023**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Saida Nafisah

NPM 2107210005

Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Dengan ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul “**Analisis Determinan Perilaku Sehat Pada Penderita Pascastroke di Kota Banda Aceh**” benar-benar merupakan hasil karya pribadi dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Apabila dikemudian hari diketahui bahwa tesis ini merupakan hasil dibuat oleh pihak-pihak lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan oleh Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh (UNMUHA), termasuk pembatalan hasil sidang tesis atau pembatalan hak atas gelar magister saya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya dan tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, juli 2023

(Saida Nafisah

ABSTRAK

NAMA : SAIDA NAFISAH
NPM 2107210005
PRODI : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
PEMINATAN : Administrasi Kebijakan Kesehatan

ANALISIS DETERMINAN PERILAKU SEHAT PADA PENDERITA PASCASTROKE DI KOTA BANDA ACEH

163 (xiii+98,7,3)

Penderita stroke mempunyai risiko tinggi mengalami stroke berulang, namun banyak penderita stroke yang tidak mengubah perilaku hidupnya menjadi lebih sehat seperti mengonsumsi makanan tinggi kandungan lemak dan garam, kurangnya aktivitas fisik, tidak menghindari asap rokok, tidur yang cukup dan stres. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku sehat penderita pascastroke.

Penelitian kuantitatif dengan desain *cros-sectional study* ini dilakukan pada penderita pascastroke yang berobat jalan di Poliklinik Saraf dan Poliklinik Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh. Cara pengambilan sampel menggunakan insidental sampling dengan jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 95 responden. Penelitian dilakukan pada tanggal 16 Februari 2023 sampai dengan 10 Maret 2023 dengan wawancara. Analisis data menggunakan uji regresi logistik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 60% penderita pascastroke memiliki perilaku tidak sehat. Terdapat hubungan paling dominan antara status perokok menengah ($OR=691,17$; $95\%CI=10,50-0,95$; $p=0,076$), pendidikan rendah ($OR=483,06$; $95\%CI=0,03-7930133,0$; $p=0,212$), literasi kesehatan bermasalah ($OR=88,38$; $95\%CI=1,01-7750,74$; $p=0,050$), terhadap perilaku tidak sehat penderita ascastroke.

Status perokok menengah menjadi faktor paling dominan berhubungan dengan perilaku tidak sehat, sehingga diharapkan kepada petugas kesehatan memberikan edukasi mengenai perilaku tidak sehat dan konsekuensinya terhadap penderita dan melakukan pemantauan teratur serta memotivasi penderita dalam mencapai tujuannya untuk kesembuhan.

Kata Kunci: determinan, perilaku sehat, pascastroke
Daftar Kepustakaan: 125 Buah (Tahun 2002-2022)

ABSTRACT

NAME : SAIDA NAFISAH
ID STUDENT : 2107210005
STUDY PROGRAM : Master of Public Health
INTEREST : Health Policy Administration

ANALYSIS OF DETERMINANTS OF HEALTHY BEHAVIOR IN POST-STROKE PATIENTS IN BANDA ACEH CITY 168 (xii+98,7,3)

Stroke survivors have a high risk of having a recurrent stroke, but many stroke survivors do not change their lifestyle to become healthier such as consuming foods high in fat and salt, lack of physical activity, not avoiding cigarette smoke, getting enough sleep and stress. This study aims to determine the factors associated with the healthy behavior of post-stroke sufferers.

This quantitative study with a cross-sectional study design was conducted on post-stroke patients receiving outpatient treatment at the Neurology and Medical Rehabilitation Polyclinic at Meuraxa General Hospital, Banda Aceh City. The method of taking samples using incidental sampling with the number of samples in this study as many as 95 respondents. The research was conducted from 16 February 2023 to 10 March 2023 by means of interviews. Data analysis using logistic regression test.

The research results showed that as many as 60% of post-stroke patients had unhealthy behavior. There was the most dominant relationship between middle smoker status (OR=691.17; 95%CI=10.50-0.95; p=0.076), low education (OR=483.06; 95%CI=0.03-7930133 .0; p=0.212), problematic health literacy (OR=88.38; 95%CI=1.01-7750.74; p=0.050), on unhealthy behavior of post-stroke patients.

Medium smoking status is the most dominant factor related to unhealthy behavior. So it is hoped that health workers, especially nurses, will provide education about unhealthy behavior and its consequences for patients and carry out regular monitoring and motivate patients to achieve their goals for recovery.

Keywords: determinants, healthy behavior, post stroke patients
Bibliography: 125 Pieces (Year 2002-2022)

LEMBAR PENGESAHAN SEMINAR PROGRES

ANALISIS DETERMINAN PERILAKU SEHAT PADA PENDERITA PASCASTROKE DI KOTA BANDA ACEH

Oleh:

SAIDA NAFISAH
NPM: 2107210005

Banda Aceh, Agustus 2023

Disetujui oleh:

Pembimbing I



Dr. Hermansyah, SKM, MPH
NIP. 19720218 199703 1 002

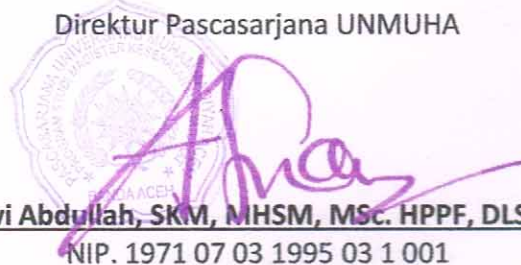
Pembimbing II



Dr. Amin Haris, S.Pd.I, M.Pd
NIDN. 1330107891

Disahkan oleh:

Direktur Pascasarjana UNMUHA



Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc. HPPF, DLSHTM, Ph.D
NIP. 1971 07 03 1995 03 1 001

PENGESAHAN KOMITE SEMINAR PROGRES

Tesis dengan Judul:

ANALISIS DETERMINAN PERILAKU SEHAT PADA PENDERITA PASCASTROKE DI KOTA BANDA ACEH

Oleh:

Saida Nafisah

NPM: 2107210005

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan
Komite Seminar Progres
Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, 14 Agustus 2023

Disetujui Oleh Komite Seminar Progres

Ketua : **Dr. Hermansyah, SKM, MPH**
NIP : 19720218 199703 1 002

Penguji I : **Fahmi Ichwansyah, S.Kp, MPH, Ph.D**
NIP : 19681026 201912 2 001

Penguji II : **Prof. Asnawi Abdullah, Ph.D**
NIP : 1971 07 03 1995 03 1 001

Penguji III : **Dr. Irwan Saputra, S.Kep, MKM**
NIP : 1978 10 16 2003 12 1 002

Mengetahui:
Direktur Pascasarjana UNMUHA


Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc. HPPF, DLSHTM, Ph.D
NIP : 1971 07 03 1995 03 1 001

Type text here

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas limpahan nikmat dan karunia-Nya, serta Shalawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW yang telah memperjuangkan manusia untuk memperoleh ilmu pengetahuan sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul **“Analisis Determinan Perilaku Sehat Pada Penderita Pascastroke Di Kota Banda Aceh”**.

Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memenuhi gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh (FKM-UNMUHA). Penulisan tesis ini dapat terlaksanaberkat dukungan, bimbingan, arahan dan bantuan dari berbagai pihak. Selanjutnya penulis mengucapkan terima kasih kepada Pembimbing pertama **Dr. Hermansyah, SKM, MPH** dan pembimbing kedua **Dr. Amin Haris, S.Pd.I, M.Pd** yang telah membimbing penulis selama ini. Dalam kesempatan ini penulis juga ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Kepada Alm. Ayahanda dan Ibunda tercinta yang telah mendidik, membesarkan dan mendoakan tanpa henti.
2. Kepada keluarga yang telah memberikan semangat dan motivasi hidup selama ini.
3. Bapak Dr. H. Aslam Nur, MA selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh.
4. Bapak Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc.HPPF, DLSHTM, Ph.D, selaku Direktur Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh dan sekaligus sebagai Dosen Penguji I.
5. Bapak Dr. Irwan Saputra, S.Kep, MKM, selaku Dosen Penguji II.

6. Seluruh staff dan karyawan akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat.
7. Semua teman-teman Mahasiswa Prodi MKM-FKM UNMUHA yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis senantiasa mengharapkan kritikan dan saran dari semua pihak yang sifatnya membangun demi tercapainya kesempurnaan yang lebih baik dimasa yang akan datang. Akhirnya hanya kepada Allah jualah penulis mohon ridha-Nya. Amin Ya Rabbal 'alamin.

Banda Aceh, Agustus 2023

Penuli

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
LEMBAR PENGESAHAN SEMINAR PROGRES	iv
PENGESAHAN KOMITE SEMINAR PROPOSAL	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	5
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	6
1.6 Manfaat Penelitian	6
1.6.1 Manfaat Teoritis	6
1.6.2 Manfaat Praktis	7
1.7 Originalitas Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Stroke	10
2.1.1 Pengertian Stroke	10
2.1.2 Prevalensi Stroke	11
2.1.3 Klasifikasi Stroke	11
2.1.4 Mekanisme Terjadinya Stroke	13
2.1.5 Faktor Risiko Stroke	15
2.1.6 Gejala dan Tanda Awal Stroke	16
2.1.7 Pencegahan Stroke	17
2.2 Pascastroke	17
2.3 Perilaku Sehat	18
2.3.1 Pengertian Perilaku Sehat	18
2.3.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Sehat	18
2.3.3 Klasifikasi Perilaku Sehat	22
2.4 Literasi Kesehatan	25
2.5 Kerangka Teori	27

BAB III KERANGKA KONSEP	28
3.1 Kerangka Konsep	28
3.2 Hipotesis Penelitian	28
3.3 Variabel Penelitian.....	28
3.4. Definisi Operasional.....	29
 BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	 33
4.1 Desain Penelitian	33
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	33
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	33
4.3.1 Populasi	33
4.3.2 Sampel.....	34
4.4 Metode Pengumpulan Data	34
4.4.1 Jenis Data	34
4.4.2 Cara Pengumpulan Data.....	34
4.4.3 Instrumen Pengumpulan Data	35
4.5 Rancangan Pengolahan Data	36
4.6 Rancangan Analisis Data.....	36
4.6.1 Rancangan Uji Validitas	36
4.6.2 Rancangan Uji Reliabilitas	37
4.6.3 Rancangan Analisis Univariat	38
4.6.4 Rancangan Analisis Bivariat.....	38
4.6.5 Rancangan Analisis Multivariat	38
4.7 Etika Penelitian	39
 BAB V HASIL PENELITIAN	 41
5.1 Gambaran Umum RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh.....	41
5.2. Hasil Penelitian	42
5.2.1. Analisis Univariat	42
5.2.2 Analisis Bivariat	46
5.2.3 Analisis Multivariat.....	55
 BAB VI PEMBAHASAN	 60
6.1 Hubungan Usia dengan Perilaku Sehat	60
6.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Perilaku Sehat	62
6.3 Hubungan Suku dengan Perilaku Sehat	64
6.4 Hubungan Serangan Pertama Stroke dengan Perilaku Sehat.....	67
6.5 Hubungan Kondisi Penderita dengan Perilaku Sehat.....	70
6.6 Hubungan Status Perokok dengan Perilaku Sehat.....	72
6.7 Hubungan Konsumsi Kopi dengan Perilaku Sehat.....	74
6.8 Hubungan Literasi Kesehatan dengan Perilaku Sehat.....	77
6.9 Hubungan Pekerjaan dengan Perilaku Sehat	80
6.10 Hubungan Status Perkawinan dengan Perilaku Sehat	83
6.11 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Perilaku Sehat	84
6.12 Hubungan Jumlah Pendapatan dengan Perilaku Sehat	86

6.12 Hubungan Lama Dirawat dengan Perilaku Sehat.....	88
6.14 Hubungan Terapi yang dijalani dengan Perilaku Sehat.....	90
6.15 Hubungan Obat-Obatan yang Dikonsumsi dengan Perilaku Sehat.....	92
6.16 Keterbatasan Penelitian	94

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN 95

7.1 Kesimpulan	95
7.2 Saran.....	96

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Originalitas Penelitian	7
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	28
Tabel 4.1 Hasil uji validitas kuesioner.....	36
Tabel 4.2 Hasil uji reliabilitas kuesioner.....	37
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi.....	41
Tabel 5.2 Hubungan Faktor Penderita Pascastroke, Faktor Sosial Ekonomi dan Faktor Pelayanan dengan Perilaku Sehat.....	45
Tabel 5.3 Analisis multivariat regresi logistik faktor yang berhubungan dengan perilaku sehat.....	55

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Stroke Hemorrhagic dan Stroke Iskemik	12
Gambar 2.2 Kerangka Teori	26
Gambar 3.1 Kerangka konsep	27

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal

Penelitian Lampiran 2

Kuesioner

Lampiran 3 Tabel Skor

Lampiran 4 Surat Permohonan Izin Uji

Validitas Lampiran 5 Surat Izin Uji Validitas

Lampiran 6 Surat Permohonan Izin

Penelitian Lampiran 7 Surat Izin Penelitian

Lampiran 8 Surat Pengantar Izin

Penelitian Lampiran 9 Surat Selesai

Penelitian Lampiran 10 Master Tabel

Lampiran 11 Do

File Lampiran 12

Out

put

Lampiran 13 Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit tidak menular yang menjadi salah satu masalah kesehatan cukup serius diseluruh dunia karena memiliki angka kematian dan kecacatan yang cukup tinggi (Rahmawati *et al.*, 2019). Menurut *World Heart Federation* Tahun 2014 sekitar 15 juta orang terkena stroke setiap tahunnya, 6 juta diantaranya meninggal dan 5 juta lainnya mengalami cacat permanen (Sanuade, 2016). Masalah stroke semakin penting dan mendesak karena kini jumlah penderita stroke di Indonesia terbanyak di Asia menurut Yayasan Stroke Indonesia (YASTROKI), jumlah penderita stroke dengan rata-rata berusia 60 tahun ke atas berada di urutan kedua terbanyak di Asia, sedangkan usia 15-59 tahun berada di urutan ke lima terbanyak di Asia (Puty, 2021).

Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan prevalensi stroke di Indonesia pada tahun 2007 sebanyak 8,3 per 1000 penduduk, meningkat menjadi 12,10 per 1000 penduduk pada tahun 2013 dan menurun menjadi 10,9 per 1000 penduduk pada tahun 2018 (KEMENKES RI, 2019). Sedangkan di provinsi Aceh prevalensi stroke menempati urutan pertama di Indonesia pada tahun 2007 yaitu sebanyak 10,4 per 1000 penduduk, kemudian mengalami penurunan sebesar 6,6 per 1000 penduduk pada tahun 2013 dan meningkat lagi sebesar 7,8 per 1000 penduduk pada tahun 2018 (RISKESDAS, 2019). Walaupun cenderung mengalami fluktuasi stroke tetap menjadi penyakit yang sangat penting untuk dicegah karena tergolong dalam penyakit katastrofik, yaitu penyakit yang mempunyai dampak secara ekonomi dan sosial yang

luas (Aprianda, 2019).

Penderita stroke mempunyai risiko tinggi mengalami stroke berulang, namun banyak penderita stroke yang tidak mengubah gaya hidupnya menjadi lebih sehat. Hal ini diduga sangat terkait dengan kurangnya pengetahuan tentang faktor risiko dan pencegahan stroke (Ellis *et al.*, 2013). Jika sudah mengalami stroke berulang maka dampak yang didapatkan akan lebih berat daripada serangan stroke pertama, serta sangat berisiko mengalami kecacatan, gangguan kognitif sampai kematian karena lebih luasnya kerusakan jaringan otak yang dialami (Sapang *et al.*, 2021).

Pendidikan tentang stroke pada remaja telah ditetapkan sebagai metode yang efektif untuk menciptakan pemahaman tentang stroke dan pencegahannya sehingga diharapkan akan terciptanya perilaku dan gaya hidup yang sehat agar terhindar dari penyakit stroke (Komolafe *et al.*, 2020). Pengontrolan faktor risiko dan pencegahan terhadap stroke sangat tergantung pada tingkat pengetahuan tentang stroke dan gejala awalnya (Sun *et al.*, 2011). Sebuah penelitian yang dilakukan Mubarak *et al.* (2021) pada populasi di kota Taif Saudi Arabia menyebutkan bahwa meskipun para peserta penelitian mengetahui bahwa stroke merupakan penyakit *emergency* dan membutuhkan penanganan yang cepat namun mereka tidak mengetahui tanda dan gejala awal dari stroke sehingga mereka terlambat dalam mencari pengobatan.

Orang dengan stroke dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke berulang di masa depan dan risiko terkena penyakit kardiovaskular lainnya. Layanan stroke perlu disusun untuk memaksimalkan penerapan strategi berbasis bukti untuk pencegahan stroke berulang (Bridgwood *et al.*, 2018). Penelitian yang dilakukan oleh Han *et al.* (2019) menyebutkan sebagian besar responden tidak menyadari bahwa kebingungan

mendadak, kesulitan berbicara dan kesulitan memahami orang merupakan bagian dari gejala awal stroke. Banyak peserta penelitian juga tidak mengetahui bahwa penglihatan yang buruk secara tiba-tiba pada satu atau kedua mata dapat menjadi ciri-ciri stroke.

Dalam penelitian lain yang melibatkan 173 responden sebanyak 91,3% mengetahui bahwa stroke merupakan gangguan yang serius tetapi kebingungan dalam menyebutkan pilihan pengobatan. Sementara 23,7% yang memiliki usia lebih muda dan tingkat pendidikan lebih tinggi tidak dapat menyebutkan apa yang harus dilakukan ketika mendapat serangan pertama stroke (Faiz *et al.*, 2018). Menurut penelitian yang dilakukan oleh (de Fretas Araújo *et al.*, 2020) fungsi emosional ditemukan menjadi penentu kesehatan penilaian diri pada individu pasca stroke dalam fase kronis dan, oleh karena itu, harus dinilai dengan hati-hati untuk membantu memberikan perawatan kesehatan integral dan meningkatkan pengambilan keputusan klinis.

Temuan penelitian yang dilakukan oleh Saadatnia *et al.* (2021) menunjukkan bahwa ada kebutuhan untuk meningkatkan pengetahuan tentang stroke dan faktor risikonya pada populasi umum. Rendahnya kepatuhan pasien stroke terhadap pengobatan juga sangat berkaitan dengan pengetahuan tentang faktor risiko stroke dan tanda peringatan stroke (Zeng *et al.*, 2012).

Dalam aspek preventif sangat penting terciptanya perilaku sehat pada pasien stroke untuk mencegah terjadinya stroke berulang (Ellis *et al.*, 2013). Sangat diperlukan juga pemahaman tentang literasi kesehatan pada pasien stroke sehingga ketika terjadi keadaan darurat mereka mengetahui apa yang harus dilakukan dan

kemana mencari bantuan (Hariyanti *et al.*, 2015).

Tradisi dan budaya di Aceh seperti mengonsumsi makanan yang mempunyai kandungan lemak berlebihan yang sering dihidangkan pada acara-acara yang biasa digelar di masyarakat menjadi salah satu faktor tingginya insiden stroke di Aceh (Farida, 2018). Selain itu kurangnya kesadaran berperilaku sehat seperti kebiasaan merokok dan tidak menghindari asap rokok serta kurangnya pengetahuan tentang deteksi dini gejala stroke menjadikan provinsi Aceh sebagai penyumbang tingginya insiden stroke di Indonesia (Farida, 2018). Banda Aceh sebagai ibu kota dari Provinsi Aceh diharapkan dapat menjadi *role model* bagi kota dan kabupaten lain untuk berperilaku sehat sehingga dapat terhindar dari stroke atau stroke berulang.

1.2 Rumusan Masalah

Stroke merupakan penyakit yang dapat dicegah jika seseorang dapat dengan cepat mengakses informasi kesehatan dan memahaminya dengan baik sehingga dapat segera mengambil keputusan terkait kesehatannya. Kecacatan juga dapat dicegah jika cepat mendapat pertolongan pada serangan pertama, namun kebanyakan pasien stroke tidak mengetahui tanda dan gejala awal stroke.

Penderita stroke mempunyai risiko tinggi mengalami stroke berulang, namun banyak penderita stroke yang tidak mengubah perilaku hidupnya menjadi lebih sehat seperti mengonsumsi makanan tinggi kandungan lemak dan garam, kurangnya aktivitas fisik, tidak menghindari asap rokok, tidur yang cukup dan stres. Berdasarkan hal tersebut maka peneliti tertarik untuk mengkaji faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku sehat pada penderita pasca stroke di Kota Banda Aceh yang melakukan kontrol ulang di Poliklinik Saraf dan Poliklinik Rehab Medik di Rumah Sakit

Umum Meuraxa Kota Banda Aceh.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Faktor apa saja yang berhubungan dengan perilaku sehat penderita pascastroke di Kota Banda Aceh?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku sehat pada penderita pascastroke di Kota Banda Aceh.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui hubungan faktor penderita (usia, jenis kelamin, suku, serangan pertama stroke, kondisi penderita, status perokok, konsumsi kopi, literasi kesehatan) pascastroke dengan perilaku sehat pada penderita pascastroke di Kota Banda Aceh.
2. Untuk mengetahui hubungan faktor sosial ekonomi (pekerjaan, status perkawinan, tingkat pendidikan, jumlah pendapatan) dengan perilaku sehat pada penderita pascastroke di Kota Banda Aceh.
3. Untuk mengetahui hubungan faktor pelayanan kesehatan (lama dirawat, terapi yang dijalani, obat-obatan yang dikonsumsi) dengan perilaku sehat pada penderita pascastroke di Kota Banda Aceh.
4. Untuk mengetahui faktor yang paling dominan berhubungan dengan perilaku sehat pada penderita pascastroke di Kota Banda Aceh.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini mengkaji perilaku sehat yaitu pola makan rendah lemak dan garam, aktivitas fisik untuk melatih anggota gerak yang lemah atau lumpuh, tidak merokok, tidur cukup dan mengelola stress pada penderita pascastroke.

Variabel penelitian ini dibatasi pada variabel perilaku sehat, faktor penderita (usia, jenis kelamin, suku, serangan pertama stroke, kondisi penderita, status perokok, konsumsi kopi, literasi kesehatan) faktor sosial ekonomi (pekerjaan, status perkawinan, tingkat pendidikan, jumlah pendapatan) dan faktor pelayanan kesehatan (lama dirawat, terapi yang dijalani, obat-obatan yang dikonsumsi).

Populasi dalam penelitian ini adalah penderita pascastroke di Kota Banda Aceh yang melakukan rawat jalan di Poliklinik Saraf dan Poliklinik Rehab Medik Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh. Penelitian ini dilakukan selama tiga minggu mulai tanggal 16 Februari 2023 sampai dengan 10 Maret 2023.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan menambah ilmu pengetahuan pencegahan terhadap stroke berulang, serta hubungan antara faktor penderita (usia, jenis kelamin, suku, serangan pertama stroke, kondisi penderita, status perokok, konsumsi kopi, literasi kesehatan) faktor sosial ekonomi (pekerjaan, status perkawinan, tingkat pendidikan, jumlah pendapatan) dan faktor pelayanan kesehatan (lama dirawat, terapi yang dijalani, obat-obatan yang dikonsumsi) dengan perilaku sehat penderita pascastroke di Kota Banda Aceh.

1.6.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dinas kesehatan terkait dalam merancang program-program preventif terhadap stroke. Penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi masukan bagi para pengambil kebijakan baik di Poliklinik Saraf dan Poliklinik Rehab Medik RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh maupun dinas kesehatan Kota Banda Aceh dalam melakukan promosi-promosi kesehatan sehingga dapat menurunkan angka kejadian stroke berulang pada penderita pascastroke.

1.7 Originalitas Penelitian

Tabel 1.1. Originalitas Penelitian

No	Peneliti (tahun)	Judul	Metode	Kesimpulan Penelitian	Perbedaan
1	Bridgwood, <i>et al</i> (2018)	Interventions for improving modifiable risk factor control in the secondary prevention of stroke	Meta analysis	Intervensi pendidikan pasien saja tidak mungkin meningkatkan pengendalian faktor risiko yang dapat dimodifikasi atau pencegahan kejadian kardiovaskular berulang	Menggunakan disain penelitian studi meta analysis
2	Mubaraki et al (2021)	Public knowledge and awareness of stroke among adult population in Taif city, Saudi Arabia	Cross sectional dengan jumlah sampel 3.456	Subjek penelitian menyadari bahwa stroke adalah keadaan darurat medis dan bahwa intervensi dini sangat penting.	Penelitian ini tidak menganalisa variabel tingkat pendidikan dan pekerjaan, hanya menyertakan

				Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa ada kesenjangan yang besar dalam pengetahuan tentang tanda dan gejala peringatan stroke	variabel umur dan jenis kelamin
3	Han et al (2019)	Knowledge and Poor Understanding Factors of Stroke and Heart Attack Symptom	Cross sectional dengan jumlah sampel 228.240	Hasil analisis multivariat, pemahaman yang buruk tentang tanda-tanda peringatan penyakit kardiovaskular secara signifikan terkait dengan usia yang lebih tua, jenis kelamin laki-laki, tingkat pendidikan yang lebih rendah, kurang olahraga teratur, status belum menikah, pengangguran, status ekonomi yang buruk, perilaku kesehatan yang buruk (diet tinggi garam, tidak ada pemeriksaan kesehatan)	Penelitian ini tidak hanya meneliti tentang stroke namun juga memasukkan serangan jantung sebagai variabel terikatnya, serta ada variabel status perkawinan dan aktivitas fisik dalam variabel bebasnya
4	Saadatnia et al (2021)	Public Stroke Knowledge,	Cross sectional	Sangat perlu untuk	Penelitian ini memasukkan

		Awareness, and Response to Acute Stroke in Isfahan Iran: What is Less or Misinterpreted in Developing Countries	dengan jumlah sampel 640	meningkatkan pengetahuan masyarakat umum tentang faktor risiko terkait jantung dan hiperkoagulasi, serta pemahaman tentang pentingnya manajemen waktu saat serangan dan ketidakefektifan pengobatan tradisional perlu dikembangkan pada masyarakat umum	variabel pengobatan tradisional pada stroke sebagai bahan penelitiannya
5	de Fretas Araoju <i>et al</i> (2020)	Self-rated Health Determinants in Post-stroke Individuals	Cross-sectional exploratory study	Fungsi emosional ditemukan menjadi penentu dalam menilai kesehatan diri pada individu pasca stroke dalam fase kronis dan, oleh karena itu, harus dinilai dengan hati-hati untuk membantu memberikan perawatan kesehatan integral dan meningkatkan pengambilan keputusan klinis	Penelitian ini ingin melihat apakah variabel fungsi dan kecacatan, yang berpotensi dimodifikasi oleh rehabilitasi, merupakan penentu kesehatan penilaian diri pada individu pasca stroke dalam fase kronis

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stroke

2.1.1 Pengertian Stroke

Menurut WHO tahun 2019 stroke adalah suatu keadaan yang diakibatkan oleh gangguan fungsional otak fokal maupun global, ditandai dengan gejala dan atau tanda klinis yang berkembang dengan cepat yang berlangsung lebih dari 24 jam (kecuali ada intervensi bedah atau membawa kematian) dan tidak disebabkan oleh sebab lain selain penyebab vaskuler. Definisi ini mencakup stroke akibat infark otak (stroke iskemik), perdarahan intraserebal (PIS) non traumatik, perdarahan intraventrikuler, dan beberapa kasus perdarahan subarachnoid (Nirmalasari *et al.*, 2020).

Penyebab dari stroke adalah gangguan suplai darah segar yang mengangkut oksigen yang terjadi secara mendadak. Beberapa penyebabnya adalah penyumbatan arteri oleh emboli (suatu benda padat yang mengalir dalam plasma darah yang berasal dari bagian lain tubuh), thrombosis (suatu penyumbatan arteri di dalam otak yang diakibatkan oleh kerusakan dinding arteri atau yang dinamakan aterosklerosis), dan pendarahan di dalam otak yang disebabkan oleh hipertensi, pecahnya aneurisma, maupun tumor otak (Chrisanto *et al.*, 2022).

Gangguan suplai darah ke otak akan menyebabkan kematian jaringan otak. Dengan adanya kematian jaringan otak, akan mengakibatkan hilangnya fungsi yang dikendalikan oleh jaringan itu, seperti kelumpuhan di anggota badan, hilangnya sebagian ingatan hingga hilangnya kemampuan bicara (Harmawati *et al.*, 2021).

2.1.2 Prevalensi Stroke

Menurut WHO stroke peringkat kedua penyebab kematian dan peringkat keenam penyebab kecacatan seluruh dunia. Sekitar 15 juta orang menderita stroke pertama setiap tahun dengan sepertiga dari kasus tersebut (sekitar 6.6 juta) berakibat kematian yang terjadi pada 3.1 juta laki-laki dan 3.5 juta pada perempuan. Dalam hal kematian dini dan hilangnya tahun kehidupan, stroke menjadi permasalahan yang lebih besar pada negara dengan penghasilan rendah dan menengah dari pada negara-negara dengan penghasilan tinggi. Lebih dari 81% kematian akibat stroke terjadi di negara dengan penghasilan rendah dan menengah. Kematian akibat stroke pada orang berumur kurang dari 70 tahun juga naik menjadi 94% pada negara-negara tersebut (Kaptoge *et al.*, 2019).

Menurut data Riskesdas 2013, prevalensi stroke menunjukkan kenaikan dari 8,3 per 1000 penduduk tahun 2007 menjadi 12,1 per seribu penduduk. Peningkatan terjadi di seluruh provinsi kecuali Provinsi Aceh dan Kepulauan Riau, dan meningkat seiring bertambahnya umur, tertinggi pada umur ≥ 75 tahun. Stroke telah menjadi penyebab kematian utama di hampir semua rumah sakit di Indonesia, yakni sebesar 14.5% (Purnamasari, 2019).

2.1.3 Klasifikasi Stroke

Menurut Latif (2021) klasifikasi stroke adalah:

2.1.3.1 Stroke Iskemik (Stroke Non Haemorrhagic)

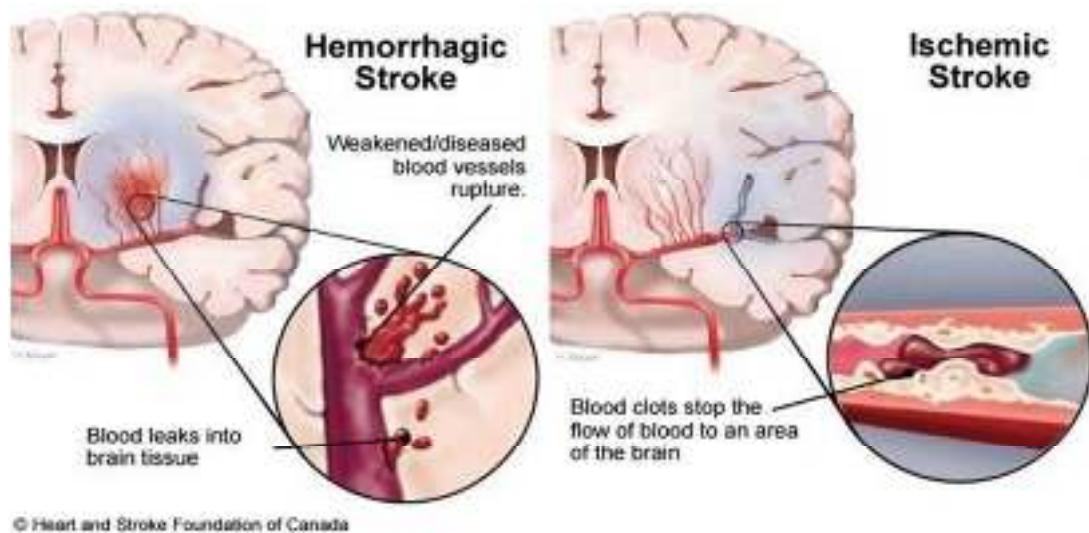
Stroke iskemik yaitu terhentinya aliran darah ke otak baik sebagian atau keseluruhan yang diakibatkan karena tersumbatnya pembuluh darah otak. 80% stroke adalah stroke iskemik. Stroke iskemik terbagi 3, yaitu :

- Stroke trombotik: penggumpalan akibat proses terbentuknya trombus.
- Stroke embolik: adanya bekuan darah akibat dari tertutupnya pembuluh arteri.
- Hipoperfusi sistemik: gangguan denyut jantung yang mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh.

2.1.3.2 Stroke Perdarahan (Stroke Haemorrhagic)

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

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



Gambar 2.1- Stroke Hemorrhagic dan Stroke Iskemik

2.1.4 Mekanisme Terjadinya Stroke

Otak dapat berfungsi dengan baik jika aliran darah yang menuju ke otak lancar dan tidak mengalami hambatan. Darah membawa oksigen dan nutrisi ke seluruh organ 11 Universitas Indonesia tubuh. Kebutuhan otak akan oksigen adalah 20% dari kebutuhan seluruh tubuh, padahal berat otak hanya 2.5% dari berat badan manusia. Hal tersebut karena otak terdiri atas jutaan sel saraf yang mengendalikan seluruh gerakan manusia. Menurut (Sutrisno, 2007) mekanisme terjadinya stroke dapat dijelaskan seperti di bawah ini :

2.1.4.1 Mekanisme Terjadinya Stroke Haemorrhagik

Jenis stroke ini disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak, atau pembuluh darah di otak bocor. Ini bisa terjadi karena tekanan darah ke otak tiba-tiba meninggi, sehingga menekan pembuluh darah. Pecahnya pembuluh darah dapat juga dikarenakan lemahnya dinding pembuluh darah, sehingga mudah robek. Darah akan menggenangi otak. Darah yang membawa oksigen dan nutrisi tidak sampai ke sel otak. Akibatnya sel sel otak tidak mendapatkan pasokan makanan.

Terhalangnya suplai darah ke otak pada stroke perdarahan disebabkan oleh pecahnya arteri yang mensuplai darah ke otak. Penyebabnya misalnya tekanan darah yang mendadak tinggi, atau oleh stres psikis berat. Tekanan darah yang mendadak tinggi dapat disebabkan oleh trauma kepala, atau peningkatan lainnya seperti mencedakan, batuk keras, mengangkat beban, dan sebagainya.

Pembuluh darah pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik. Perdarahan otak dapat terjadi di dalam otak yang disebut hemoragik

otak, sehingga otak tercemar oleh kumpulan darah (hematom). Atau darah masuk ke selaput otak/ruang subaraknoid yang disebut perdarahan subaraknoid. Perdarahan subaraknoid primer, yaitu bila pembuluh darah yang pecah berasal dari arteri yang berada di subaraknoid.

Perdarahan subaraknoid sekunder, yaitu bila sumber darah berasal dari tempat lain di luar subaraknoid. Pada pembuluh darah yang pecah dapat terjadi kontraksi/vasokonstriksi yaitu pengecilan diameter arteri yang dapat menghambat aliran darah ke otak dan gejala yang timbul tergantung pada daerah otak mana yang dipengaruhi. Darah yang keluar dari pembuluh darah yang bocor bisa bercampur dengan cairan di selaput otak dan batang otak.

Darah tersebut dapat menutup aliran cairan otak, sehingga dapat meningkatkan tekanan di otak. Jika dibiarkan akan mengganggu fungsi otak bahkan kematian. Selain itu perdarahan juga dapat menekan pembuluh darah di otak. Pembuluh darah terimpit sehingga mengganggu aliran darah. Penderita bisa menderita stroke iskemik berdampingan dengan stroke hemoragik.

2.1.4.2 Mekanisme Terjadinya Stroke Iskemik

Jika persediaan oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh sel-sel darah dan plasma terhalang oleh suatu bekuan darah atau terjadi thrombosis pada dinding arteri yang mensuplai otak, maka akan terjadi stroke iskemik yang dapat berakibat kematian jaringan otak yang disuplai. Jika gumpalan terjadi pada pembuluh darah ke otak, maka disebut stroke iskemik trombotik.

Gumpalan pada pembuluh darah besar diakibatkan oleh aterosklerosis yang diikuti oleh pembentukan gumpalan darah yang cepat, juga ditopang oleh tingginya

kadar kolesterol LDL. Gumpalan pada pembuluh darah kecil terjadi ketika aliran darah ke pembuluh darah arteri kecil terhalang. Gumpalan yang terjadi tidak pada pembuluh darah otak melainkan di tempat lain, seperti di Jantung. Hal ini disebut stroke iskemik embolik. Penggumpalan darah terjadi di jantung, sehingga darah tidak dapat mengalirkan oksigen dan nutrisi ke otak.

Kelainan pada jantung mengakibatkan curah jantung berkurang atau tekanan perfusi yang menurun. Stroke iskemik embolik biasanya muncul pada saat penderita menjalani aktivitas fisik, seperti berolahraga. Jantung gagal memompa darah ke otak karena tekanan darah jantung turun drastis. Atau adanya embolus yang terlepas dari jantung dan menyebabkan penyumbatan pembuluh darah di otak baik trombotik atau embolik, keduanya merupakan jenis bekuan darah dan pengerasan arteri yang disebut plak aterosklerotik melalui proses aterosklerosis yang merupakan penumpukan dari lemak darah, kolesterol, kalsium pada dinding pembuluh darah arteri yang disebut juga ateroma.

2.1.5 Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko stroke adalah keadaan atau penyakit atau kelainan yang terdapat pada seseorang yang mempermudah orang tersebut mengalami serangan stroke pada suatu saat. Faktor risiko stroke tersebut bersifat sangat individual pada seseorang (Chrisanto *et al.*, 2022). Faktor risiko stroke meliputi:

Faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan:

1. Usia
2. Jenis kelamin
3. Ras

4. Fator genetik

Faktor risiko yang dapat dikendalikan:

1. Hipertensi
2. Diabetes mellitus
3. Obesitas
4. Migrain
5. Fibrilasi atrium
6. Konsumsi alcohol
7. Kebiasaan merokok
8. Hamil dan melahirkan
9. Kurangnya aktifitas fisik
10. Meningkatnya kadar lemak dalam darah (Hiperlipidemia)
11. Stress yang berkepanjangan
12. Kebiasaan mengkonsumsi makanan siap saji.

2.1.6 Gejala dan Tanda Awal Stroke

Menurut (KEMENKES, 2018) deteksi dini serangan akut stroke dapat dilakukan dengan menggunakan alat penilaian “SEGERA KE RS” dengan kriteria sebagai berikut:

1. **S**enyum yang tidak simetris
2. **G**erak anggota tubuh yang melemah atau tidak dapat digerakkan
3. **S**uara yang pelo, parau atau menghilang
4. **K**ebas / baal
5. **R**abun / gangguan penglihatan
6. **S**empoyongan / vertigo / pusing berputar

Menurut (Amelia *et al.*, 2021) tanda dan gejala klinis stroke dapat berupa:

- Rasa kebas dan kelemahan pada salah satu sisi wajah, lengan dan kaki.
- Perasaan bingung dan sulit bicara.
- Gangguan penglihatan pada satu sisi mata atau keduanya.
- Sulit berjalan
- Gangguan keseimbangan dan koordinasi.

2.1.7 Pencegahan Stroke

Pemerintah melalui GERMAS telah membuat program yaitu program CERDIK dan PATUH untuk mencegah terjadinya stroke. CERDIK dan PATUH merupakan langkah preventif yang dibuat agar masyarakat terhindar dari PTM. Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin olahraga, Diet seimbang, Istirahat cukup, dan Kelola stress adalah singkatan dari CERDIK. Periksa Kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter, Atasi Penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur, Tetap diet dengan gizi seimbang, Upayakan aktivitas fisik dengan aman dan Hindari asap rokok, alkohol dan zat karsinogenik merupakan singkatan dari PATUH (Sapang *et al.*, 2021).

2.2 Pascastroke

Pascastroke merupakan masa saat seorang pasien terkena serangan penyakit stroke dan telah melewati fase kritis. Pascastroke akan meninggalkan dampak yang terjadi pada tubuh seperti kelumpuhan anggota badan, sulit makan, sulit bicara dan paling utama yang terjadi yaitu terkena gangguan psikologi (Rofiqi *et al.*, 2019).

Penderita pascastroke memiliki peluang untuk menderita stroke berulang. Stroke berulang adalah salah satu komplikasi yang paling banyak terjadi setelah pasien stroke keluar dari rumah sakit. Setiap pasien stroke memiliki insiden

terjadinya stroke berulang sebesar 22% (Malkis & Kariasa, 2022) . Stroke berulang jika terjadi dapat mengakibatkan efek yang lebih fatal dengan kerusakan otak yang lebih lanjut (TUNIK, 2022).

2.3 Perilaku Sehat

2.3.1 Pengertian Perilaku Sehat

Perilaku sehat adalah perilaku yang dilakukan oleh seseorang untuk meningkatkan atau mempertahankan kesehatan (Glanz *et al.*, 2015). Menurut (McEachan *et al.*, 2016) perilaku sehat adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang diamati (observable) maupun yang tidak diamati (unobservable) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Dapat disimpulkan bahwa perilaku sehat adalah perilaku yang dilakukan seseorang untuk meningkatkan atau mempertahankan kesehatannya, tanpa memandang status kesehatan yang mereka rasakan, demi mencapai tujuan kesehatan yang akan dicapai.

2.3.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Sehat

Terdapat banyak teori yang menjelaskan faktor yang memengaruhi perilaku. Di dalam bidang perilaku kesehatan, terdapat 4 teori yang menjadi acuan dalam kajian perilaku kesehatan masyarakat yakni teori Lawrence Green, teori Snehandu B. Karr, teori WHO dan teori Health Belief Model (Martina Pakpahan., 2021).

2.3.3.1 Teori Lawrence Green

Dalam teori Lawrence Green (Green *et al.*, 2009) perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor:

1. Faktor Predisposisi (Predisposing Faktors)

Faktor predisposisi adalah faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang. Faktor ini terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, norma sosial, budaya, dan faktor sosiodemografi.

2. Faktor Pendukung (Enabling Faktors)

Faktor pendukung adalah faktor yang memfasilitasi suatu perilaku. Yang termasuk kedalam faktor pendukung adalah sarana dan prasarana kesehatan.

3. Faktor Pendorong (Reinforcing faktors)

Faktor- pendorong adalah faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya suatu perilaku. Faktor-faktor ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi perilaku masyarakat.

2.3.3.2. Teori Snehandu B.Karr

Menurut teori Snehandu terdapat 5 determinan perilaku (Suryana et al., 2018) yaitu:

1. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya.
2. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya. Di dalam kehidupan bermasyarakat, perilaku seseorang cenderung memerlukan dukungan dari masyarakat sekitarnya. Apabila suatu perilaku tidak didukung oleh masyarakat sekitar, maka orang tersebut akan merasa tidak nyaman terhadap perilakunya tersebut.
3. Ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan. Seseorang akan cenderung mengikuti suatu tindakan apabila ia mempunyai penjelasan yang lengkap tentang tindakan yang akan dilakukannya tersebut.
4. Otonomi pribadi, yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau

keputusan.

5. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak. Hal ini disebabkan untuk melakukan suatu tindakan apapun, diperlukan suatu kondisi dan situasi yang tepat. Kondisi dan situasi mempunyai pengertian yang luas, baik fasilitas yang tersedia maupun kemampuan yang ada.

2.3.3.3 Teori World Health Organization (WHO)

Menurut teori WHO terdapat 4 faktor mengapa seseorang berperilaku sehat (WHO, 2008) yaitu:

1. Pemikiran dan perasaan. Hasil pemikiran dan perasaan seseorang atau dapat disebut pula pertimbangan pribadi terhadap obyek kesehatan merupakan langkah awal seseorang untuk berperilaku. Pemikiran dan perasaan dapat dipengaruhi oleh beberapa hal seperti pengetahuan, kepercayaan, dan sikap.
2. Adanya acuan atau referensi dari seseorang yang dipercayai. Perilaku seseorang dapat dipengaruhi oleh orang yang dianggap penting oleh dirinya seperti tokoh masyarakat. Apabila seseorang itu dipercaya, maka apa yang dilakukan atau dikatakannya akan cenderung untuk diikuti.
3. Sumber daya yang tersedia. Adanya sumber daya seperti fasilitas, uang, waktu, tenaga kerja akan memengaruhi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Pengaruh ini dapat bersifat positif maupun negatif.
4. Kebudayaan, kebiasaan, nilai, maupun tradisi yang ada di masyarakat.

2.3.3.4 Teori Health Belief Model

Teori yang berkembang pada tahun 1950 an ini menyimpulkan bahwa individu berusaha menghindari dari penyakit dan mengharapkan kegiatan terkait

kesehatan yang mengarah pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Terdapat 6 elemen utama yang mempengaruhi perilaku kesehatan menurut teori ini (Champion & Skinner, 2008) yaitu:

1. *Perceived Susceptibility*

Hal ini mengacu pada keyakinan individu bahwa dia akan tertular penyakit. Setiap orang memiliki kerentanan yang berbeda terhadap kondisi tertentu, tergantung pada berbagai faktor, termasuk riwayat keluarga (penyakit jantung), demografi (laki-laki dan kanker prostat), usia (penyakit alzheimer). Orang yang yakin bahwa mereka sangat rentan terhadap suatu penyakit atau kondisi mungkin lebih cenderung mengubah perilaku, sedangkan mereka yang merasa tidak rentan memiliki sedikit motivasi untuk mengubah perilaku.

2. *Perceived Severity*

Hal ini mengacu pada keseriusan penyakit tertentu yang pada akhirnya akan mempengaruhi kehidupan individu tersebut baik secara fisik (misalnya, rasa sakit, kecacatan, kematian) dan sosial (berdampak pada kemampuan untuk mempertahankan karier atau berdampak pada keluarga).

3. *Perceived Benefits*

Hal ini mengacu pada keyakinan seseorang bahwa perubahan perilaku berdampak pada kesehatan misalnya, penghematan biaya.

4. *Perceived Barriers*

Hal ini mengacu pada keyakinan seseorang pada dampak negatif dari perubahan perilaku, misalnya mempertimbangkan biaya, waktu, kenyamanan, dan efek samping.

5. Cues to action

Adanya suatu pemicu yang memotivasi seseorang untuk mengubah perilaku.

6. Self efficacy

Merupakan suatu keyakinan bahwa seseorang dapat berhasil mengubah perilaku.

2.3.3 Klasifikasi Perilaku Sehat

Istilah perilaku kesehatan sudah dikenal di Indonesia sejak lama dan berkembang sangat pesat dalam 20 tahun terakhir terutama dibidang kesehatan masyarakat. Perilaku kesehatan didefinisikan sebagai suatu respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit penyakit, sistem pelayanan kesehatan, lingkungan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Ajzen and Fishbein (2000) yang di kutip dalam buku Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan (Martina Pakpahan., 2021) perilaku Kesehatan dapat di klasifikasi kan dalam tiga kelompok yaitu :

1) Perilaku pemeliharaan kesehatan (health maintenance)

Usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan upaya penyembuhan bilamana sakit. Perilaku pemeliharaan kesehatan terdiri dari 3 aspek:

- a. Perilaku pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan jika telah sembuh dari penyakit.
- b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat sehingga dapat mencapai tingkat kesehatan yang optimal.
- c. Perilaku gizi makanan dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan

kesehatan tetapi dapat juga menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang bahkan dapat mendatangkan penyakit.

- 2) Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, (health seeking behavior).

Perilaku yang menyangkut tindakan seseorang saat sakit/kecelakaan, mulai dari mengobati diri sendiri (self treatment) sampai mencari pengobatan keluar negeri.

- 3) Perilaku kesehatan lingkungan.

Bagaimana seseorang merespon lingkungan baik fisik, sosial, budaya, dan sebagainya agar tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga dan masyarakat. Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan.

Sedangkan menurut (Notoatmodjo, 2007) klasifikasi perilaku sehat adalah:

1. Makan dengan menu seimbang.
2. Olahraga teratur
3. Tidak merokok
4. Tidak minum-minuman alkohol
5. Istirahat yang cukup.
6. Pengendalian atau manajemen stres
7. Perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan

Dalam penelitian ini peneliti memodifikasi dan membatasi perilaku sehat yang seharusnya diterapkan pada penderita pascastroke sebagai pencegahan terhadap

stroke berulang yaitu :

1. Pola makan rendah lemak dan garam

Pola makan rendah lemak dan garam sangat dianjurkan bagi penderita stroke (Yudha Chrisanto *et al.*, 2022). Asupan garam yang tinggi telah terbukti tidak hanya meningkatkan tekanan darah tetapi juga risiko stroke, hipertrofi ventrikel kiri, dan proteinuria (Frisoli *et al.*, 2012). Pola makan yang mengandung banyak lemak dan kandungan garam yang tinggi dapat meningkatkan kejadian hipertensi (Halitopo, 2019). Hipertensi merupakan faktor risiko stroke yang dapat dikendalikan.

2. Aktifitas fisik

Menurut WHO aktivitas fisik yang teratur dan memadai akan mengurangi risiko terjadinya penyakit jantung koroner, hipertensi, stroke, diabetes, berbagai jenis kanker, dan depresi. Aktivitas fisik yang tidak mencukupi merupakan salah satu risiko utama kematian global dan terus meningkat di banyak negara (Yusnabeti, 2018). Maksud aktivitas fisik dalam penelitian ini adalah aktifitas fisik untuk menunjang latihan anggota gerak yang lemah atau lumpuh setelah serangan stroke.

3. Menghindari asap rokok

Menurut Pan *et al.* (2019) yang melakukan penelitian meta analysis menyimpulkan bahwa perokok baik yang aktif maupun yang pasif memiliki peningkatan risiko terjadinya stroke dibandingkan yang bukan perokok. Selain itu, hubungan antara jenis stroke apapun dan status merokok juga signifikan secara statistic.

4. Tidur yang cukup

Tidur yang cukup sangat penting bagi kesehatan tubuh dan merupakan salah

satu dimensi dari pola hidup sehat (Oktavia, 2021). Sindrom metabolik memiliki hubungan linier dengan indeks massa tubuh, aktivitas fisik, durasi tidur, dan tingkat pendidikan (Belayneh *et al.*, 2022). Durasi tidur yang disarankan oleh National Sleep Foundation of America pada orang dewasa adalah 6 jam sampai dengan 9 jam setiap hari (Belayneh *et al.*, 2022).

5. Mengelola stress

Banyak jurnal yang menyebutkan bahwa penderita stroke yang mengalami stress mempunyai risiko terjadinya stroke berulang dibandingkan dengan yang tidak stress. Salah satunya adalah jurnal Nurwidya Ade Putri (2021) berupa literature review yang menyimpulkan bahwa ada hubungan antara stress dengan kejadian stroke berulang.

2.4 Literasi Kesehatan

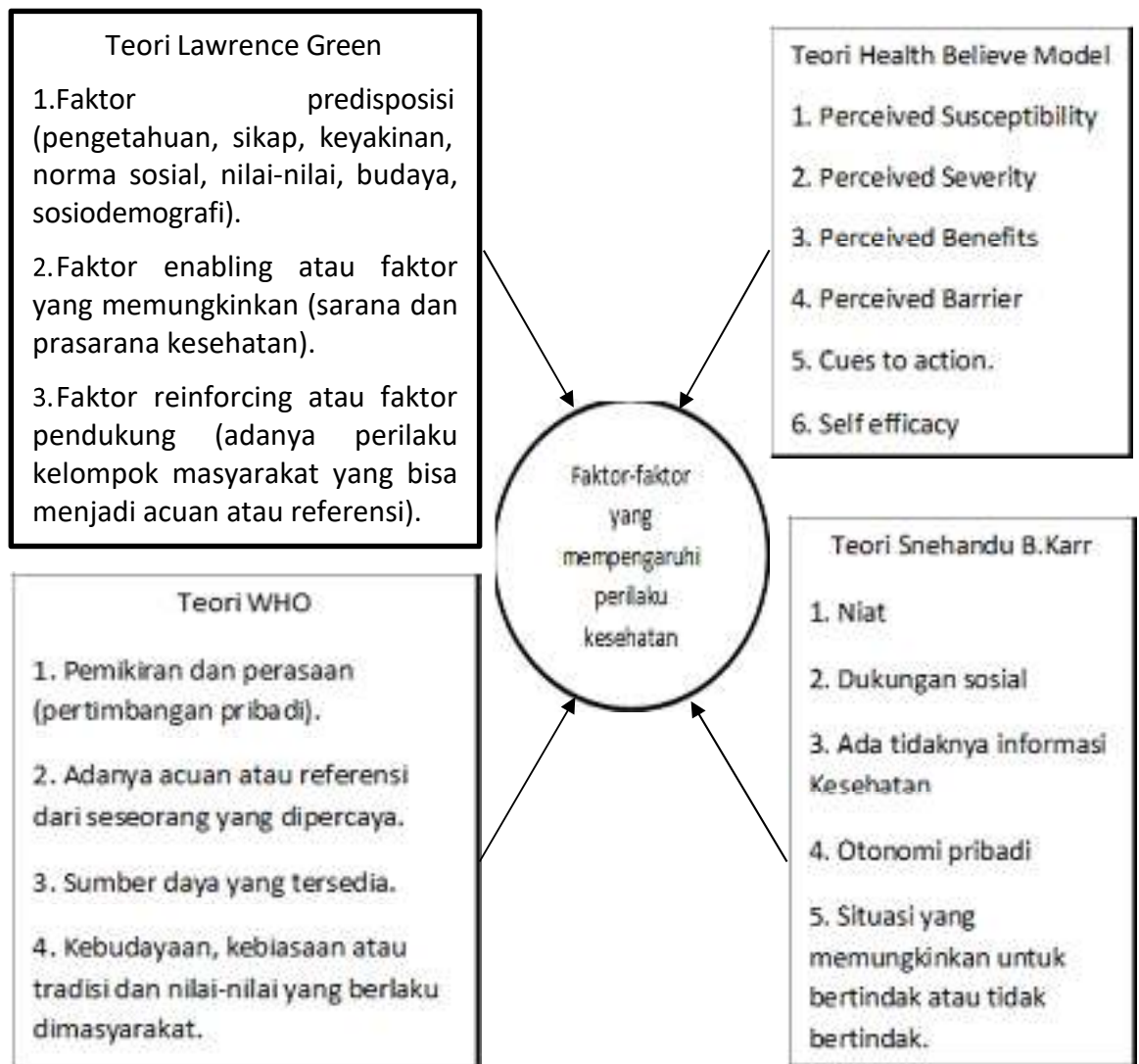
Literasi Kesehatan merupakan kemampuan individu untuk mendapat atau mengakses, mengolah, memahami, menilai, dan menggunakan informasi kesehatan dan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sebagai dasar untuk mengambil keputusan yang tepat terkait kesehatannya (Hersh *et al.*, 2015). Literasi Kesehatan mempunyai andil yang besar dalam upaya meningkatkan kesehatan seseorang karena kemampuan literasi kesehatan dapat berpengaruh dalam pemilihan gaya hidup sehat, melakukan pencegahan terhadap suatu penyakit dan mencari informasi mengenai penanganan serta perawatan medis yang tepat untuk suatu penyakit (Berkman *et al.*, 2010).

Individu harus memiliki akses ke informasi kesehatan dan memiliki kemampuan untuk mencari informasi-informasi yang relevan dengan situasi

kesehatannya. Kemampuan individu dalam mengambil keputusan yang tepat juga bisa disebabkan karena pasien tersebut memiliki kepercayaan diri atau yang dikenal dengan istilah *self efficacy* dalam melakukan perawatan diri untuk mengatasi masalah kesehatannya (Wang *et al.*, 2017).

Dapat disimpulkan bahwa literasi Kesehatan adalah Keterampilan pribadi, kognitif, dan sosial yang menentukan kemampuan individu untuk mendapatkan akses, memahami, dan menggunakan informasi untuk mempromosikan dan memelihara kesehatannya dengan baik.

2.5 Kerangka Teori



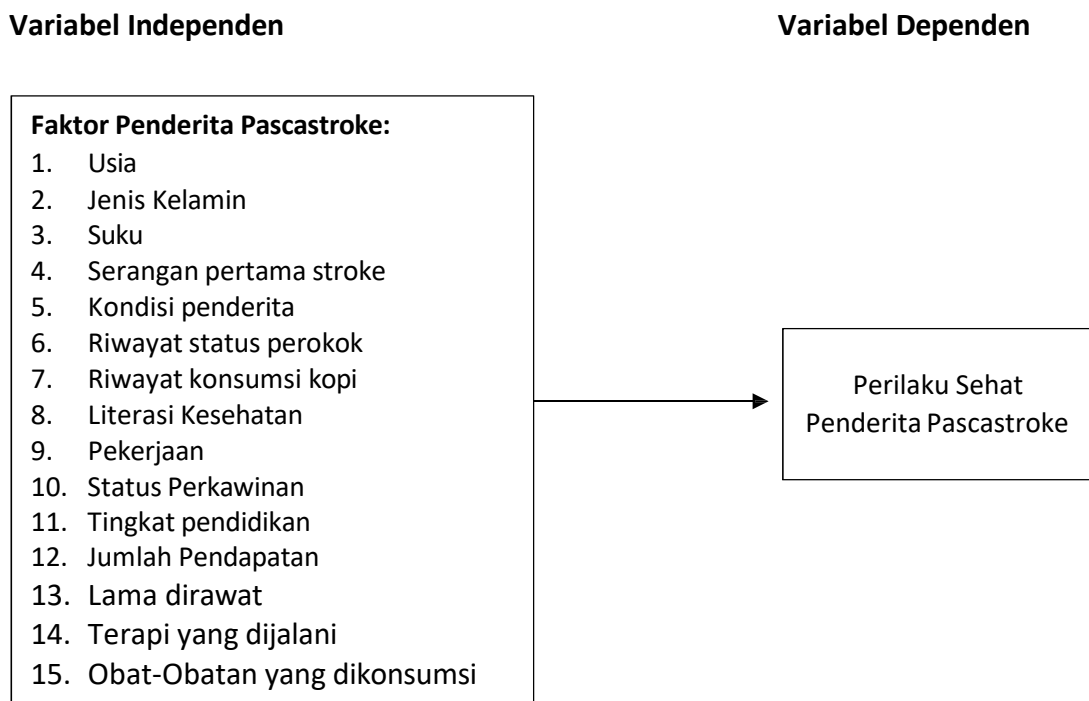
Gambar 2.3 - Kerangka Teori Perilaku Sehat

Sumber : (Green *et al.*, 2009), (WHO, 2008), (Suryana *et al.*, 2018), (Champion & Skinner, 2008)

BAB III KERANGKA KONSEP

1.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan uraian-uraian yang terdapat pada BAB I dan BAB II maka peneliti membuat kerangka konsep penelitian ini seperti gambar berikut :



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

1.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah H0 yaitu tidak ada hubungan antara faktor penderita pascastroke, faktor sosial ekonomi dan faktor pelayanan kesehatan dengan perilaku sehat penderita pascastroke di Kota Banda Aceh.

1.3 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang

ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Pinzon, 2021).

Variabel independen dalam penelitian ini terdiri dari: faktor penderita pascastroke (usia, jenis kelamin, suku, serangan pertama stroke, kondisi penderita, status perokok, konsumsi kopi, literasi kesehatan), faktor sosial ekonomi (pekerjaan, status perkawinan, tingkat pendidikan, jumlah pendapatan) dan faktor pelayanan kesehatan (lama dirawat, terapi yang dijalani, obat-obatan yang dikonsumsi) sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku sehat (pola makan rendah lemak dan garam, aktivitas fisik yang cukup, menghindari asap rokok, tidur yang cukup dan mengelola stres).

3.4. Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Dependen						
1	Perilaku sehat	Perilaku yang dilakukan penderita pascastroke untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya agar terhindar dari kekambuhan stroke.	Wawancara	Kuesioner	0. Sehat: Jika nilai median > 25 1. Tidak Sehat: Jika nilai median ≤ 25	Ordinal

Independen						
2	Usia	Lamanya hidup responden yang dihitung dari tahun lahir sampai ulang tahun terakhir.	Wawancara	Kuesioner	Umur dalam tahun	Rasio
3	Jenis Kelamin	Perbedaan bentuk biologis dari responden yang bisa di lihat secara kasat mata.	Observasi	Check list	0. Laki-laki 1. Perempuan	Nominal
4	Suku	Golongan sosial khusus dan bersifat askriptif (ada sejak lahir) dari responden	Wawancara	Kuesioner	0. Aceh 1. Non Aceh	Nominal
5	Serangan pertama stroke	Jarak waktu serangan pertama stroke pada responden dengan waktu saat responden diwawancara	Wawancara	Kuesioner	X260 2024-03-14 10:46:38 ----- rasio atau ordinal? karena sudah dikelompokkan 2. > 6 bulan yang lalu	
6	Kondisi penderita	Kondisi atau keadaan responden saat diwawancara	Wawancara	Kuesioner	0. Sembuh 1. Ada perubahan kearah kesembuhan 2. Belum Sembuh	Ordinal
7	Status Perokok	Label terhadap aktifitas merokok responden yang dinilai dengan banyaknya rokok yang dikonsumsi perhari sebelum terkena stroke	Wawancara	Kuesioner	0. Bukan Perokok 1. Perokok Ringan (1-10 batang rokok/hari) 2. Perokok Sedang (11-20 batang rokok/hari) 3. Perokok Berat (21-30 batang rokok/hari)	Ordinal

					4. Perokok sangat berat (>30 batang/hari)	
8	Konsumsi kopi	Intensitas minum kopi pada responden sebelum stroke	Wawancara	Kuesioner	0. Tidak Rutin 1. Rutin 1-3 gelas/hari 2. Rutin > kloset3 gelas/hari	Ordinal
9	Literasi kesehatan	kemampuan responden untuk mendapatkan akses, memahami, dan menggunakan informasi untuk mempromosikan dan memelihara kesehatannya dengan baik.	Wawancara	Kuesioner HLS-EU-SQ10-IDN	0. Sempurna : > 42- 50 1. Cukup : >33 - 42 2. Bermasalah : > 25 -33 3. Tidak mencukupi : 0-25	Ordinal
10	Pekerjaan	Aktivitas atau usaha responden untuk mendapatkan nafkah hidup untuk dirinya dan keluarganya.	Wawancara	Kuesioner	0. Formal 1. Non formal 2. Tidak bekerja	Nominal
11	Status Perkawinan	Label atau status perkawinan dari responden	Wawancara	Kuesioner	0. Menikah 1. Belum Menikah 2. Janda/Duda	Nominal
12	Tingkat Pendidikan	Jenjang Pendidikan yang telah ditempuh	Wawancara	Kuesioner	0. Tinggi 1. Menengah 2. Rendah	Ordinal
13	Jumlah Pendapatan	Jumlah uang perbulan yang didapatkan responden dari pekerjaannya.	Wawancara	Kuesioner	0. >Rp. 10.000.000 = Tinggi 1. Rp.5.000.000- Rp.10.000.000 = Menengah 2. <Rp.5.000.000 = Rendah	Ordinal

14	Lama dirawat	Jumlah hari responden dirawat pada suatu periode rawat inap	Wawancara	Kuesioner	0. <5 hari 1. 5-10 hari 2. >10 hari	Ordinal
15	Terapi yang dijalani	Upaya yang dilakukan responden untuk memulihkan kondisi tubuh setelah mengalami gejala stroke	Wawancara	Kuesioner	0. Terapi Rehabilitas Medis 1. Terapi Campuran (Medis dan alternatif) 2. Terapi Alternatif (Pijat, akupunktur, dll)	Ordinal
16	Obat-obatan yang dikonsumsi	Obat-obatan yang dikonsumsi responden sebagai usahanya untuk sembuh	Wawancara	Kuesioner	0. Obat-obatan Medis 1. Campuran (Obat-obatan medis dan herbal) 2. Obat-obatan herbal	Ordinal

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

1.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang bersifat deskriptif analitik dan dilakukan dengan metode cross sectional. Studi *cross sectional* adalah variabel bebas (faktor risiko) dan variabel tergantung (efek) diobservasi secara bersamaan dalam satu waktu (Pinzon, 2021). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh antara satu variabel dengan variabel lain.

1.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Saraf dan Poliklinik Rehabilitasi Medik RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh yang merupakan rumah sakit rujukan bagi masyarakat Kota Banda Aceh. Penelitian dilakukan pada tanggal 16 Februari 2023 sampai dengan 10 Maret 2023.

1.3 Populasi dan Sampel Penelitian

1.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan elemen atau subjek penelitian yang mempunyai karakteristik tertentu sesuai dengan ranah dan tujuan penelitian (Pinzon, 2021). Dalam penelitian ini populasinya adalah penderita yang berobat jalan di Poliklinik Saraf dan Poliklinik Rehabilitasi Medik RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh pada saat penelitian berlangsung dengan diagnosa stroke, baik iskemik maupun haemorrhagik pada saat penelitian berlangsung.

1.3.2 Sampel

Sampel merupakan subjek-subjek dari populasi yang benar-benar akan diteliti oleh peneliti, dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap mewakili populasinya (Pinzon, 2021). Sample dalam penelitian ini diambil secara *insidental sampling*. Jumlah sample dalam penelitian ini adalah 95 orang.

Kriteria inklusi adalah penderita pascastroke yang sedang menjalani rawat jalan di Poliklinik Saraf dan poliklinik Rehabilitasi Medik RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh yang bersedia menjadi responden. Sedangkan kriteria eksklusi adalah penderita pascastroke yang sedang menjalani rawat jalan di Poliklinik Saraf dan Poliklinik Rehabilitasi Medik RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh yang tidak bersedia menjadi responden.

1.4 Metode Pengumpulan Data

1.4.1 Jenis Data

Data merupakan sifat atau karakteristik dari sesuatu yang akan diteliti, data dikumpulkan dan dianalisis untuk dibuktikan apakah berhubungan atau tidak berhubungan (Pinzon, 2021). Terdapat dua jenis data yaitu primer dan sekunder. Dalam penelitian ini yang diambil adalah data primer yang didapat dengan cara mewawancarai responden dengan mengacu pada kuesioner. Pertanyaan kuesioner terdapat pada lampiran.

1.4.2 Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dimulai setelah peneliti mendapatkan surat izin penelitian yang dikeluarkan pihak akademik Magister Kesehatan Masyarakat UNMUHA. Peneliti melakukan penjajakan ke RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh untuk menjelaskan

maksud dan tujuan penelitian. Setelah peneliti mendapatkan izin dari pihak RSUD Meuraxa, proses pengumpulan data mulai dilakukan sesuai jadwal yang ditentukan.

Responden ditentukan sesuai dengan kriteria inklusi yang telah dijelaskan sebelumnya. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian ini kepada penderita pascastroke, jika para calon responden bersedia untuk menjadi responden maka peneliti melakukan wawancara yang mengaju pada kuesioner. Dalam penelitian ini peneliti dibantu oleh dua orang enumerator.

1.4.3 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner yang dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1. Kuesioner karakteristik responden, kuesioner ini berisi tentang data demografi dan beberapa data lainnya yang berupa karakteristik dari responden.
2. Kuesioner perilaku sehat, kuesioner ini berisi 10 pertanyaan dengan menggunakan *skala likert* untuk mengukur pendapat dan sikap dari responden sehingga didapatkan gambaran sikap dan perilaku sehat dari responden. Skor dari setiap pertanyaan yang paling tinggi adalah 4 dan yang paling rendah adalah 1, setelah ditotalkan jika didapatkan nilai kurang dari 25 atau sama dengan 25 maka dinyatakan tidak sehat dan lebih dari 25 dinyatakan sehat. Nilai 25 didapatkan dari nilai median.
3. Kuesioner literasi kesehatan, kuesioner ini adalah kuesioner yang sudah baku yaitu HLS-EU-SQ10-IDN (Rachmani, 2020) yang berisi 10 pertanyaan untuk mengukur literasi kesehatan dari responden. Jika didapatkan skor dari seluruh pertanyaan 0-25 maka dinyatakan literasi kesehatan tidak mencukupi, lebih dari 25-33 literasi

kesehatan bermasalah, lebih dari 33-42 literasi kesehatan cukup dan lebih dari 42-50 literasi kesehatan sempurna.

1.5 Rancangan Pengolahan Data

Pengolahan data adalah cara pengorganisasian data sehingga didapat konsep yang akan terbentuk sebuah hubungan, langkah pengolahan data menurut Hastono (2001), adalah sebagai berikut:

1. Editing atau kegiatan mengedit data dilakukan dengan tujuan untuk mengevaluasi kelengkapan, konsistensi, dan kesesuaian antara kriteria data yang diperlukan untuk menguji hipotesis atau menjawab pertanyaan penelitian.
2. Coding atau memberi kode pada data.
3. Tabulasi data atau memasukkan data ke dalam tabel-tabel yang telah disediakan, baik tabel untuk data mentah maupun tabel kerja untuk menghitung data tertentu secara statistik.

1.6 Rancangan Analisis Data

1.6.1 Rancangan Uji Validitas

Uji validitas adalah uji yang dilakukan untuk mengukur kesahihan atau ketepatan suatu alat ukur sehingga dapat mengukur apa yang ingin diukur (Dewi, 2018). Instrumen penelitian dapat dikatakan valid apabila nilai r hitung hasilnya lebih besar dari r tabel (r hitung $>$ r tabel) (Fitria Dewi Puspita Anggraini *et al.*, 2022).

Uji validitas dalam penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Pertamedika Ummi Rosnati Kota Banda Aceh terhadap 30 responden pada tanggal 3 Februari 2023 sampai dengan 10 Februari 2023. Instrumen penelitian yang di uji adalah kuesioner

perilaku sehat dan kuesioner literasi kesehatan dengan metode *product moment pearson correlation* dengan menggunakan program stata. Pengujian menggunakan uji dua sisi dengan taraf signifikan 0,05 dan nilai $df=n-2 = (30-2 =28)$, 30 berasal dari banyaknya data (responden), maka didapatkan nilai r tabel sebesar 0,361. Hasil uji validitas dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.1. Hasil uji validitas kuesioner

Variabel	No. Pertanyaan	<i>Corrected Item-Total Correlation (r-hitung)</i>	R Tabel	Keterangan
Perilaku Sehat	Pertanyaan 1	0,479	0,361	Valid
	Pertanyaan 2	0,655		Valid
	Pertanyaan 3	0,606		Valid
	Pertanyaan 4	0,652		Valid
	Pertanyaan 5	0,652		Valid
	Pertanyaan 6	0,558		Valid
	Pertanyaan 7	0,373		Valid
	Pertanyaan 8	0,498		Valid
	Pertanyaan 9	0,380		Valid
	Pertanyaan 10	0,408		Valid
Literasi Kesehatan	Pertanyaan 1	0,802	0,361	Valid
	Pertanyaan 2	0,620		Valid
	Pertanyaan 3	0,534		Valid
	Pertanyaan 4	0,369		Valid
	Pertanyaan 5	0,778		Valid
	Pertanyaan 6	0,669		Valid
	Pertanyaan 7	0,828		Valid
	Pertanyaan 8	0,716		Valid
	Pertanyaan 9	0,823		Valid
	Pertanyaan 10	0,860		Valid

1.6.2 Rancangan Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas bertujuan untuk melihat bahwa sesuatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik. Teknik yang dipakai untuk menguji kuesioner penelitian adalah teknik *Cronbach Alpha* yaitu dengan menguji coba instrumen kepada sekelompok

responden pada satu kali pengukuran. Reliabilitas suatu variabel dikatakan baik jika nilai *Cronbach Alpha* > 0,60 (Fitria Dewi Puspita Anggraini *et al.*, 2022). Hasil uji reabilitas dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.2. Hasil uji reliabilitas kuesioner

No	Variabel	<i>Cronbach's Alpha</i>	Keterangan
1	Perilaku Sehat	0,693	Reliabel
2	Literasi Kesehatan	0,880	Reliabel

1.6.3 Rancangan Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan kumpulan data yang berupa frekuensi, nilai dengan frekuensi terbanyak, nilai minimum dan nilai maksimum dari masing-masing variabel penelitian.

1.6.4 Rancangan Analisis Bivariat

Setelah dilakukan analisis univariat maka akan diketahui hasil karakteristik atau distribusi setiap variabel. Selanjutnya dilakukan analisis bivariate dari kata *bi* dan *variate* yang artinya analisis ini digunakan untuk menguji hipotesis antara dua variabel (Pinzon R.T., 2021). Dalam penelitian ini analisis bivariat digunakan untuk menganalisis hubungan antara dua variabel yaitu antara variabel independen (faktor karakteristik penderita pascastroke, faktor sosial ekonomi dan faktor pelayanan kesehatan) dengan variabel dependen yaitu perilaku sehat.

1.6.5 Rancangan Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan dengan tujuan untuk melihat hubungan lebih dari satu variabel independen terhadap satu variabel dependen (Pinzon R.T., 2021). Dalam penelitian ini analisis multivariat dilakukan dengan dua model yaitu:

1. Model pertama adalah dengan cara menghubungkan beberapa variabel bebas dengan satu variabel terikat secara bersamaan dengan bila hasil uji bivariat menunjukkan nilai $p \leq 0,20$, maka variabel tersebut dapat dilanjutkan dengan model multivariate. Semua variabel kandidat yang memiliki nilai $P \leq 0.20$ dimasukkan bersama-sama untuk dipertimbangkan menjadi model dengan nilai signifikan ($p \leq 0,05$). Berdasarkan hasil uji multivariat yang mempunyai nilai $p \leq 0,05$ merupakan model akhir dari penentu faktor risiko yang berhubungan dengan perilaku sehat.
2. Model kedua adalah dengan menghubungkan variabel bebas yang memiliki nilai $p \leq 0,05$ secara bersamaan. Analisis data statistik menggunakan program Stata.

1.7 Etika Penelitian

Perkembangan dalam dunia kesehatan sangat dibantu oleh penelitian-penelitian yang dilakukan dalam bidang kesehatan. Dalam penelitian, aspek-aspek isu etik terdiri atas kejujuran dan tanggung jawab terhadap subjek penelitian terkait izin, kerahasiaan, kesopanan dan perlakuan. Terdapat 4 prinsip dasar dalam etika penelitian (Pinzon, 2021) yaitu :

1. Menghormati harkat dan martabat manusia.

Peneliti perlu memperhatikan hak-hak subjek penelitian untuk mendapatkan informasi yang jelas dan terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memberikan kebebasan kepada subjek penelitian untuk berpartisipasi tanpa paksaan.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian.

Peneliti tidak boleh menampilkan informasi melalui identitas, baik nama maupun

alamat dalam kuesioner. Peneliti dapat menggunakan koding ataupun inisial sebagai pengganti identitas subjek penelitian.

3. Keadilan dan *inklusivitas*

Prinsip ini menjamin bahwa seluruh subjek mendapat perlakuan yang sama dan merata baik sebelum, selama dan sesudah berpartisipasi dalam penelitian tanpa membedakan suku, gender, agama, etnis dan lainnya.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan.

Penelitian hendaknya bermanfaat bagi masyarakat umum, peneliti dan terutama subjek penelitian.

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Meuraxa Kota Banda Aceh berdiri sejak tahun 1997 yang terletak di jalan Soekarno Hatta Desa Mibo Kecamatan Banda Raya. Pada tanggal 23 Desember 2009 RSUD Meuraxa ditetapkan menjadi rumah sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) oleh Walikota Banda Aceh melalui surat keputusan Walikota Banda Aceh No: 315/2009 dan terhitung sejak 18 Oktober 2010 ditetapkan sebagai rumah sakit dengan klasifikasi Kelas B Non Pendidikan melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1519/Menkes/SK/X/2010. Pada tahun 2017, RSUD Meuraxa kembali memperoleh predikat Akreditasi Paripurna.

Jumlah kapasitas tempat tidur RSUD Meuraxa pada tahun 2021 sebanyak 217 tempat tidur. Adapun jumlah kunjungan pasien RSUD Meuraxa pada tahun 2022 ke unit rawat jalan sebanyak 6591, jumlah kunjungan pasien IGD 10.755 dan pasien rawat inap sebanyak 16.513. Fasilitas pelayanan yang dimiliki oleh Poliklinik Saraf RSUD Meuraxa adalah :

1. Check up otak dan saraf
2. Pusat Pelayanan Stroke Terpadu
3. Pusat Pelayanan gangguan memori dan Neurobehavior Terpadu
4. Pusat Pelayanan Trauma Serebrospinal Terpadu
5. Pusat Pelayanan Neuroinfeksi Terpadu
6. Pusat Pelayanan Epilepsi Terpadu

Sedangkan fasilitas pemeriksaan diagnostik yang dimiliki oleh RSUD Meuraxa adalah CT-Scan, Digital Radiography, Elektroencephalography (EEG), Electromyography (EMG), Laparoscopy, USG 4 dimensi, Endoscopy, C-Arm, ESWL, Cathlab dan MRI. Poliklinik saraf RSUD Meuraxa memiliki tiga orang dokter spesialis. Jumlah kunjungan pasien perharinya dari 30 – 40, terkadang pada hari-hari tertentu bisa lebih dari 40 kunjungan. Hari Kamis adalah hari khusus pelayanan terhadap pasien stroke.

Sementara Poliklinik Rehabilitasi Medik RSUD Meuraxa memiliki dua orang dokter spesialis, fasilitas pelayanan yang dimiliki adalah layanan rehabilitasi medik spesialistik, layanan fisioterapi dan hidroterapi, layanan terapi wicara, layanan okupasi terapi, layanan ortotik prostetik dan konsultasi psikolog. Setiap harinya Poliklinik Rehabilitasi Medik mendapat kunjungan pasien sebanyak 10-15 pasien.

5.2. Hasil Penelitian

5.2.1. Analisis Univariat

Hasil penelitian dapat dilihat secara deskriptif pada analisis univariat sebagai berikut:

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Faktor Penderita Pascastroke, Faktor Sosial Ekonomi, Faktor Layanan Kesehatan Pada Penderita Pascastroke di RSUD Meuraxa (n=95)

No	Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Mean (SD)	Min-Max
1	Perilaku Sehat Tidak sehat	38 57	40,00 60,00		
2	Usia			59,83 (7,66)	40-84
3	Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan	56 39	58,95 41,05		
4	Suku Aceh	81	85,26		

No	Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Mean (SD)	Min-Max
	Non Aceh	14	14,74		
5	Serangan pertama stroke < 3 bulan yang lalu 3 – 6 bulan yang lalu > 6 bulan yang lalu	21 41 33	22,11 43,16 34,74	13,97 (18,28)	1-74
6	Kondisi penderita Sembuh Ada perubahan ke arah kesembuhan Belum Sembuh	10 65 20	10,53 68,42 21,05		
7	Status Perokok Bukan Perokok Perokok Ringan Perokok Menengah	43 30 22	45,26 31,58 23,16	5,83 (6,86)	0-20
8	Konsumsi kopi Tidak minum kopi Rutin, 1-3 gelas/hari Rutin, > 3 gelas/hari	40 52 3	42,11 54,74 3,16	1,41 (1,33)	0-4
9	Literasi kesehatan Cukup Bermasalah	41 39	43,16 41,05	29,96 (3,85)	23-35
	Tidak mencukupi	15	15,79		
10	Pekerjaan Formal Non formal Tidak bekerja	17 47 31	17,89 49,47 32,63		
11	Status Perkawinan Menikah Belum Menikah Janda / Duda	73 1 21	76,84 1,05 22,11		
12	Tingkat Pendidikan Tinggi Menengah Rendah	16 41 38	16,84 43,16 40,00		
13	Jumlah Pendapatan Menengah Rendah	13 82	13,68 86,32	2.300.000 (2.024.320)	0- 8.000.000
14	Lama dirawat <5 hari 5-10 hari >10 hari	21 73 1	22,11 76,84 1,05	6,16 (1,85)	3-11
15	Terapi yang dijalani Terapi Rehabilitas Medis Terapi Campuran (Medis dan alternatif)	45 50	47,37 52,63		
16	Obat-obatan yang dikonsumsi				

No	Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Mean (SD)	Min-Max
	Obat-obatan Medis	53	55,79		
	Campuran (Medis dan herbal)	42	44,21		

Sumber: Data Primer (2023)

Tabel 5.1 diatas menggambarkan bahwa penderita pascastroke yang berperilaku tidak sehat lebih banyak pada yang sehat sebesar 60%. Rata-rata usia 60 tahun dengan jenis kelamin lebih banyak pada laki-laki (58,95%). Suku lebih banyak pada suku Aceh sebesar 85,26%. Penderita yang mengalami stroke pertama kali lebih banyak pada 3-6 bulan yang lalu sebesar 43,16%. Kondisi penderita lebih banyak pada yang ada perubahan kearah kesembuhan sebesar 68,42%. Responden yang merokok lebih banyak pada yang bukan perokok sebesar 45,26%. Responden yang mengonsumsi kopi lebih banyak pada rutin minum kopi 1-3 gelas/hari sebesar 54,74%. Literasi kesehatan responden lebih banyak pada literasi yang cukup sebesar 43,16%.

Berdasarkan faktor sosial ekonomi, pekerjaan responden lebih banyak pada pekerjaan non formal sebesar 49,47%. Status perkawinan responden lebih banyak pada yang menikah sebesar 76,84%. Pendidikan responden lebih banyak pada pendidikan menengah sebesar 43,16%. Pendapatan responden lebih banyak pada pendapatan rendah sebesar 86,32%.

Berdasarkan faktor layanan kesehatan, lamanya waktu dirawat pada suatu periode rawat inap lebih banyak pada 5-10 hari sebesar 76,84%. Terapi yang dijalani untuk memulihkan kondisi tubuh setelah mengalami gejala stroke lebih banyak pada terapi campuran (medis dan herbal) sebesar 52,63%. Obat-obatan yang dikonsumsi

sebagai usahanya untuk sembuh lebih banyak pada konsumsi obat medis sebesar 55,79%.

5.2.2 Analisis Bivariat

Tabel 5.2. Hubungan Faktor Penderita Pascastroke, Faktor Sosial Ekonomi dan Faktor Pelayanan dengan Perilaku Sehat (N=95)

No	Variabel	Perilaku sehat						OR	95% CI	p-value
		Sehat			Tidak sehat					
		n	%	Mean (SD)	n	%	Mean (SD)			
1	Usia			56,53 (7,40)			62,03 (7,13)	1,12	1,04-1,19	0,001
2	Jenis Kelamin									
	Laki-laki	19	33,93		37	66,07				
	Perempuan	19	48,72		20	51,28		0,54	0,23-1,25	0,150
3	Suku									
	Aceh	32	39,51		49	60,49				
	Non Aceh	6	42,86		8	57,14		0,87	0,28-2,75	0,813
4	Serangan pertama stroke			13,08 (19,86)			14,56 (17,31)	1,01	0,98-1,03	0,697
	< 3 bulan yang lalu	12	57,14		9	42,86				
	3 – 6 bulan yang lalu	16	39,02		25	60,98		2,08	0,72-6,06	0,178
	> 6 bulan yang lalu	10	30,30		23	69,70		3,07	0,98-9,58	0,054
5	Kondisi penderita									
	Sembuh	9	90,00		1	10,00				
	Ada perubahan kearah kesembuhan	26	40,00		39	60,00		13,50	1,61-113,01	0,016
	Belum Sembuh	3	15,00		17	85,00		51,00	4,61-563,91	0,001
6	Status Perokok			3,55 (5,49)			7,35 (7,30)	1,09	1,02-1,18	0,011
	Bukan Perokok	22	52,38		20	47,62				
	Perokok Ringan	11	36,67		19	63,33		1,99	0,76-5,16	0,159
	Perokok Menengah	5	21,74		18	78,26		5,17	1,50-17,84	0,009
7	Konsumsi kopi			1,31 (1,36)			1,60 (1,29)	1,31	0,95-1,80	0,097
	Tidak minum kopi	21	52,50		19	47,50				
	Rutin, 1-3 gelas / hari	16	30,77		36	69,23		2,49	1,06-5,85	0,037

No	Variabel	Perilaku sehat						OR	95% CI	p-value
		Sehat			Tidak sehat					
		n	%	Mean (SD)	n	%	Mean (SD)			
	Rutin, > 3 gelas / hari	1	33,33		2	66,67		2,21	0,19-26,38	0,531
8	Literasi kesehatan			33,11 (2,56)			27,86 (3,06)	0,62	0,52-0,73	0,001
	Cukup	32	78,05		9	21,95				
	Bermasalah	5	12,82		34	87,18		24,18	7,32-79,88	0,001
	Tidak mencukupi	1	6,67		14	93,33		49,78	5,74-431,34	0,001
9	Pekerjaan									
	Formal	12	70,59		5	29,41				
	Non formal	15	31,91		32	68,09		5,12	1,53-17,17	0,008
	Tidak bekerja	11	35,48		20	64,52		4,36	1,22-15,64	0,024
10	Status Perkawinan									
	Menikah	32	43,84		41	56,16				
	Belum Menikah	1	100,00		0	0,00		1	<i>empty</i>	
	Janda / Duda	5	23,81		16	76,19		2,50	0,83-7,54	0,105
11	Tingkat Pendidikan									
	Tinggi	14	87,50		2	12,50				
	Menengah	21	51,22		20	48,78		6,67	1,34-33,12	0,020
	Rendah	3	7,89		35	92,11		81,67	12,94-542,48	0,001
12	Jumlah Pendapatan			2.723.684 (2.352.966)			2.017.544 (1.737.108)	1,00	0,99-1,00	0,098
	Menengah	9	69,23		4	30,77				
	Rendah	29	35,37		53	64,63		4,11	1,16-14,52	0,028
13	Lama dirawat			6,63 (1,81)			5,84 (1,83)	0,79	0,62-0,99	0,045
	<5 hari	4	19,05		17	80,95				
	5-10 hari	33	45,21		40	54,79		0,29	0,09-0,93	0,038
	>10 hari	1	100,00		0	0,00		1	<i>Empty</i>	
14	Terapi yang dijalani									

No	Variabel	Perilaku sehat						OR	95% CI	p-value
		Sehat			Tidak sehat					
		n	%	Mean (SD)	n	%	Mean (SD)			
	Terapi Rehabilitas Medis	28	62,22		17	37,78		6,59	2,63-16,50	0,001
	Terapi Campuran	10	20,00		40	80,00				
15	Obat-obatan yang dikonsumsi							5,54	2,16-14,22	0,001
	Obat-obatan Medis	30	50,60		23	43,40				
	Campuran	8	19,05		34	80,95				

Sumber : Data Primer, 2023

Tabel 5.2 diatas, menjelaskan bahwa perilaku responden yang sehat berada pada rerata usia 57 tahun, sedangkan responden yang perilaku tidak sehat berada pada rerata usia 62 tahun (nilai $OR=1,12$). Artinya, semakin meningkat umur maka perilaku tidak sehat semakin meningkat ($p=0.001$), atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan umur dengan perilaku sehat pada penderita pascastroke.

Perilaku responden yang sehat lebih banyak pada perempuan sebanyak 48,72%, sedangkan yang berperilaku tidak sehat lebih banyak pada laki-laki sebanyak 66,07% (nilai $OR=0,54$). Artinya, semakin banyak penderita perempuan, maka perilaku tidak sehat menurun hingga 0,54 kali ($p=0,150$) atau H_0 diterima, sehingga disimpulkan tidak ada hubungan jenis kelamin dengan perilaku sehat penderita pascastroke.

Perilaku sehat responden lebih banyak pada suku non Aceh sebesar 42,86%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada suku Aceh sebesar 60,49% (nilai $OR=0,87$). Artinya, semakin banyak penderita dari suku non Aceh, maka perilaku tidak sehat menurun hingga 0,87 ($p=0,813$) atau H_0 diterima, sehingga disimpulkan tidak ada hubungan suku dengan perilaku sehat responden.

Perilaku sehat responden lebih banyak pada yang mengalami stroke pertama kali <3 bulan yang lalu sebesar 57,14%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada yang mengalami stroke pertama kali >6 bulan yang lalu sebesar 69,70% (nilai $OR=2,08$). Artinya, yang mengalami stroke pertama kali 3-6 bulan yang lalu cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 2 kali dibandingkan yang mengalami stroke pertama kali <3 bulan yang lalu ($p=0,178$) atau H_0 diterima, sehingga disimpulkan tidak ada hubungan antara yang mengalami stroke pertama

kali 3-6 bulan yang lalu dengan perilaku sehat responden (nilai $OR=3,07$). Artinya, yang mengalami stroke pertama kali >6 bulan yang lalu cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 3 kali dibandingkan yang mengalami stroke pertama kali <3 bulan yang lalu ($p=0,054$) atau H_0 diterima, sehingga disimpulkan tidak ada hubungan yang mengalami stroke pertama kali >6 bulan yang lalu dengan perilaku sehat responden.

Perilaku sehat responden lebih banyak pada kondisi responden yang sembuh sebanyak 90%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada kondisi responden yang belum sembuh sebesar 85% (nilai $OR=13,5$). Artinya, kondisi responden yang ada perubahan kearah kesembuhan cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 13,5 kali dibandingkan yang sembuh ($p=0,016$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan kondisi responden yang ada perubahan kearah kesembuhan dengan perilaku sehat responden (nilai $OR=51$). Artinya, kondisi responden yang belum sembuh cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 51 kali dibandingkan yang sembuh ($p=0,001$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan kondisi responden yang belum sembuh dengan perilaku sehat responden.

Perilaku sehat responden lebih banyak pada yang bukan perokok sebesar 52,38%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada perokok menengah sebesar 78,26% (nilai $OR=1,99$). Artinya, responden dengan status perokok ringan cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 2 kali dibandingkan yang tidak merokok ($p=0,159$) atau H_0 diterima, sehingga disimpulkan tidak ada hubungan responden dengan status perokok ringan dengan perilaku sehat responden (nilai $OR=5,17$). Artinya, responden dengan status perokok menengah cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 5 kali dibandingkan yang tidak merokok ($p=0,009$) atau

H0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden dengan status perokok menengah dengan perilaku sehat responden.

Perilaku sehat responden lebih banyak pada responden yang tidak rutin mengonsumsi kopi sebesar 52,50%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada responden yang rutin 1-3 gelas/hari mengonsumsi kopi sebesar 69,23% (nilai OR=2,49). Artinya, responden yang rutin 1-3 gelas/hari mengonsumsi kopi cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 2 kali dibandingkan yang tidak rutin mengonsumsi kopi ($p=0,037$) atau H0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang rutin 1-3 gelas/hari mengonsumsi kopi dengan perilaku sehat responden (nilai OR=2,21). Artinya, responden yang rutin >3 gelas/hari mengonsumsi kopi cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 2 kali dibandingkan yang tidak rutin mengonsumsi kopi ($p=0,531$) atau H0 diterima, sehingga disimpulkan ada tidak ada hubungan responden yang rutin >3 gelas/hari mengonsumsi kopi dengan perilaku sehat responden.

Perilaku sehat responden lebih banyak pada responden literasi sehat yang cukup sebesar 78,05%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada literasi sehat yang tidak mencukupi sebesar 93,33% (nilai OR=24,18). Artinya, literasi sehat responden yang bermasalah cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 24 kali dibandingkan literasi sehat yang cukup ($p=0,001$) atau H0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang literasi sehat bermasalah dengan perilaku sehat responden (nilai OR=49,78). Artinya, literasi sehat responden yang tidak mencukupi cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 50 kali dibandingkan literasi sehat yang cukup ($p=0,001$), yang artinya H0 ditolak, sehingga disimpulkan

ada hubungan responden yang literasi sehat yang tidak mencukupi dengan perilaku sehat responden.

Perilaku sehat responden lebih banyak pada responden dengan pekerjaan formal sebesar 70,59%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada pekerjaan non formal sebesar 68,09% (nilai OR=5,12). Artinya, responden dengan pekerjaan non formal cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 5 kali dibandingkan pekerjaan formal ($p=0,008$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang pekerjaan non formal dengan perilaku sehat responden (nilai OR=4,36). Artinya, responden yang tidak bekerja cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 4 kali dibandingkan pekerjaan formal ($p=0,024$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang tidak bekerja dengan perilaku sehat responden.

Perilaku sehat responden lebih banyak pada responden yang belum menikah sebesar 100%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada yang janda/duda sebesar 76,19%. Pada kategori belum menikah *empty*, karena data yang terisi tidak menyebar dan ada pilihan yang kosong (nilai OR=2,50). Artinya, responden yang janda/duda cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 3 kali dibandingkan yang sudah menikah ($p=0,105$) atau H_0 diterima, sehingga disimpulkan tidak ada hubungan responden yang janda/duda dengan perilaku sehat responden.

Perilaku sehat responden lebih banyak pada responden yang berpendidikan tinggi sebesar 87,50%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada yang berpendidikan rendah sebesar 92,11% (nilai OR=6,67). Artinya, responden yang berpendidikan menengah cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 7 kali

dibandingkan yang berpendidikan tinggi ($p=0,020$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang berpendidikan menengah dengan perilaku sehat responden (nilai $OR=81,67$). Artinya, responden yang berpendidikan rendah cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 82 kali dibandingkan yang berpendidikan tinggi ($p=0,001$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang berpendidikan rendah dengan perilaku sehat responden.

Perilaku sehat responden lebih banyak pada responden yang berpendapatan menengah sebesar 69,23%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada yang berpendapatan rendah sebesar 64,63% (nilai $OR=4,11$). Artinya, responden yang berpendapatan rendah cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 4 kali dibandingkan yang berpendapatan menengah ($p=0,028$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan antara pendapatan responden dengan perilaku sehat.

Perilaku sehat responden lebih banyak pada responden yang lama dirawat pada suatu periode rawat inap >10 hari sebesar 100%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada responden yang lama dirawat pada suatu periode rawat inap <5 hari sebesar 80,79% (nilai $OR=0,29$). Artinya, responden yang lama dirawat pada suatu periode rawat inap 5-10 hari meningkat, maka perilaku tidak sehat menurun sebanyak 0,29 kali dibandingkan yang lama dirawat pada suatu periode rawat inap <5 hari ($p=0,038$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang lama dirawat pada suatu periode rawat inap 5-10 hari dengan perilaku sehat responden. Pada kategori >10 hari *empty*, karena data yang terisi tidak menyebar dan ada pilihan yang kosong.

Perilaku sehat responden lebih banyak pada responden dengan terapi yang dijalani untuk memulihkan kondisi tubuh setelah mengalami gejala stroke ialah terapi medis sebesar 62,22%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada responden dengan terapi yang dijalani untuk memulihkan kondisi tubuh setelah mengalami gejala stroke ialah terapi campuran sebesar 80% (nilai OR=6,59). Artinya, responden dengan terapi yang dijalani untuk memulihkan kondisi tubuh setelah mengalami gejala stroke ialah terapi campuran cenderung berperilaku tidak sehat sebanyak 7 kali dibandingkan responden dengan terapi yang dijalani untuk memulihkan kondisi tubuh setelah mengalami gejala stroke ialah terapi medis ($p=0,001$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden dengan terapi yang dijalani untuk memulihkan kondisi tubuh setelah mengalami gejala stroke ialah terapi campuran dengan perilaku sehat responden.

Perilaku sehat lebih banyak pada responden yang mengkonsumsi obat-obatan sebagai usahanya untuk sembuh ialah konsumsi obat medis sebesar 56,60%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada responden yang mengkonsumsi obat-obatan sebagai usahanya untuk sembuh ialah konsumsi obat campuran sebesar 80,95% (nilai OR=5,54). Artinya, responden yang mengkonsumsi obat-obatan sebagai usahanya untuk sembuh ialah konsumsi obat campuran cenderung berperilaku tidak sehat sebanyak 6 kali dibandingkan responden yang mengkonsumsi obat-obatan sebagai usahanya untuk sembuh ialah konsumsi obat medis ($p=0,001$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang mengkonsumsi obat-obatan sebagai usahanya untuk sembuh ialah konsumsi obat campuran dengan perilaku sehat responden.

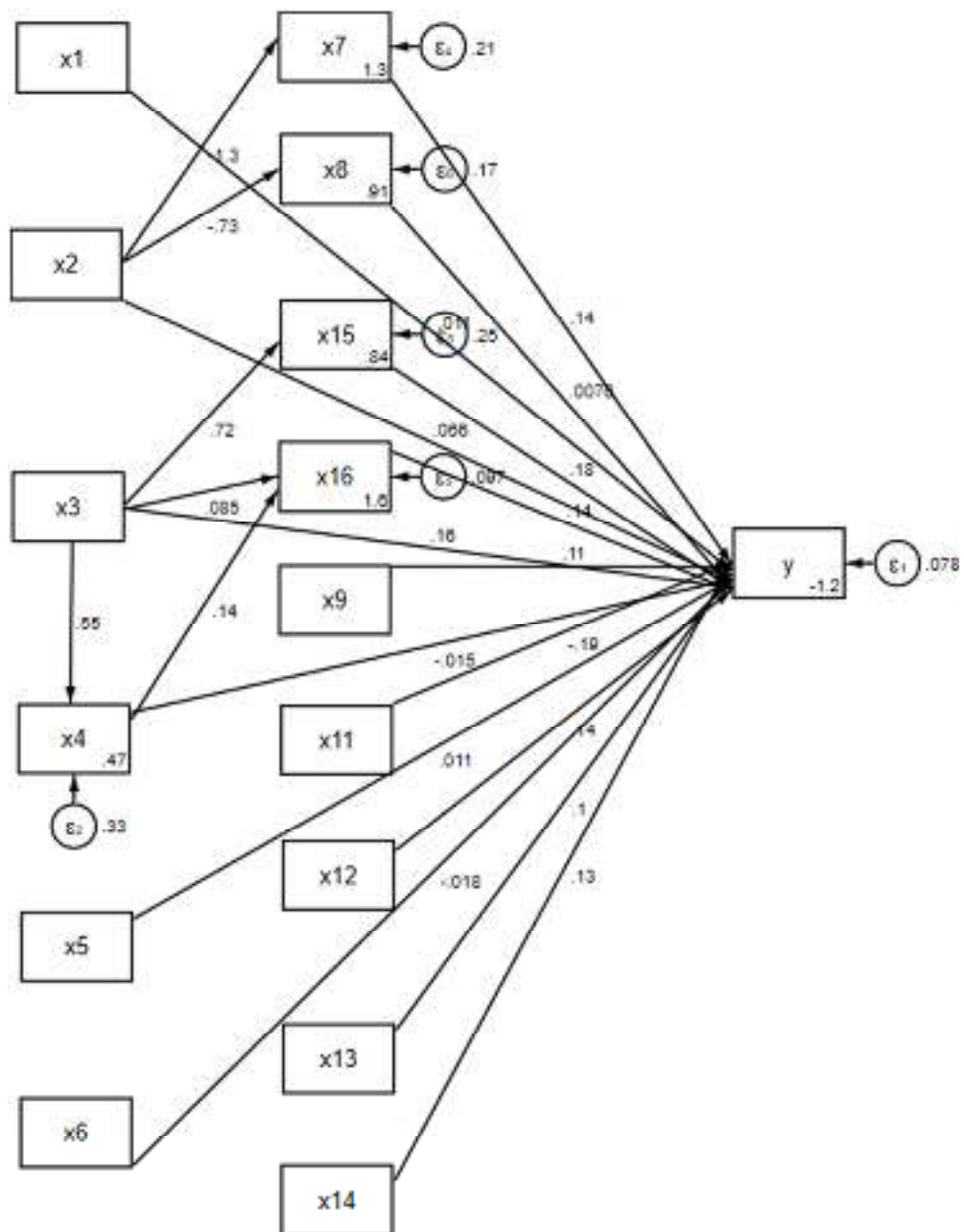
5.2.3 Analisis Multivariat

Tabel 5.3 Analisis multivariat regresi logistik faktor yang berhubungan dengan perilaku sehat

No	Variabel	Model 1	
		AOR (95%CI)	p-value
1	Usia	1,24 (0,99-1,56)	0,067
2	Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan		
3	Serangan pertama stroke < 3 bulan yang lalu 3 – 6 bulan yang lalu > 6 bulan yang lalu	29,34 (0,70-1228,43) 19,56 (0,36-1063,16)	0,076 0,145
4	Kondisi penderita Sembuh Ada perubahan kearah kesembuhan Belum Sembuh	41,99 (0,24-7446,86) 10,34 (0,08-1272,22)	0,157 0,341
5	Status Perokok Bukan Perokok Perokok Ringan Perokok Menengah	4,77 (0,03-855,01) 691,173 (0,50-0,95)	0,555 0,076
6	Literasi kesehatan Cukup Bermasalah Tidak mencukupi	88,38 (1,01-7750,74) 22,75 (0,19-2690,21)	0,050 0,199
7	Pekerjaan Formal Non formal Tidak bekerja	0,25 (0,01-79,36) 0,49 (0,01-599,91)	0,635 0,844
8	Tingkat Pendidikan Tinggi Menengah Rendah	86,05 (0,01-1233163,0) 483,06 (0,03-7930133,0)	0,362 0,212
9	Jumlah Pendapatan Menengah Rendah	3,40 (0,06-193,90)	0,553
10	Terapi yang dijalani Terapi Rehabilitas Medis Terapi Campuran (medis dan alternatif)	11,20 (0,34-368,23)	0,175
11	Obat-obatan yang dikonsumsi		

No	Variabel	Model 1	
		AOR (95%CI)	p-value
	Obat-obatan Medis Campuran (Medis dan herbal)	51,82 (0,84-3191,07)	0,060
Pseudo R2		0,7894	

Berdasarkan hasil analisis pada Tabel 5.3 bahwa responden dengan pendidikan rendah yang paling dominan berhubungan dengan perilaku sehat. Responden dengan status perokok menengah 691 kali cenderung berperilaku tidak sehat dibandingkan responden yang bukan perokok ketika variabel lain konstan. Faktor dominan lain yang berhubungan adalah responden yang berpendidikan rendah berhubungan dengan perilaku sehat. Responden dengan pendidikan rendah 483 kali cenderung berperilaku tidak sehat dibandingkan responden yang berpendidikan tinggi ketika variabel lain konstan. Responden dengan literasi bermasalah yang dominan berhubungan dengan perilaku sehat. Responden dengan literasi bermasalah 88 kali cenderung berperilaku tidak sehat dibandingkan responden dengan literasi cukup ketika variabel lain konstan. Hasil uji statistik menunjukkan nilai pseudo R2 adalah 0,7894, artinya menunjukkan bahwa secara *simultan* (bersama-sama) berhubungan dengan perilaku sehat sebesar 78,94%.



Gambar 4.1 Hasil Analisis GSEM (*Generalized Structural Equation Model*)

Keterangan: y (perilaku sehat), x1 (umur), x2 (jenis kelamin), x3 (pendidikan), x4 (pekerjaan), x5 (status perkawinan), x6 (suku), x7 (status perokok), x8 (konsumsi kopi), x9 (serangan pertama stroke), x11 (lama dirawat), x12 (kondisi penderita), x13 (terapi yang dijalani), x14 (obat-obatan yang dikonsumsi), x15 (literasi kesehatan), x16 (pendapatan).

Berdasarkan Analisis GSEM menunjukkan faktor yang berhubungan dengan perilaku sehat adalah status perokok (p-value: 0,033), literasi kesehatan (p-value:

0,006), umur (p-value: 0,024), pendidikan (p-value: 0,038), lama dirawat (p-value: 0,014), serangan pertama stroke (p-value: 0,016) dan kondisi penderita (p-value: 0,021). Faktor lainnya seperti jenis kelamin (p-value: 0,630), pekerjaan (p-value: 0,820), status perkawinan (p-value: 0,780), suku (p-value: 0,830), konsumsi kopi (p-value: 0,928), terapi yang dijalani (p-value: 0,274), obat-obatan yang dikonsumsi (p-value: 0,131) dan pendapatan (p-value: 0,162) tidak signifikan secara statistik.

Dalam analisis yang telah dilakukan, terlihat bahwa model GSEM mengalami beberapa iterasi sebelum mencapai hasil konvergen. Dalam setiap iterasi, log likelihood terus meningkat, menunjukkan peningkatan kemampuan model untuk menjelaskan data. Akhirnya, log likelihood mencapai -301,29 yang kemudian digunakan untuk mengukur kualitas keseluruhan dari model yang telah dibangun.

Koefisien yang tercantum dalam hasil output memberikan gambaran tentang sejauh mana variabel-variabel independen ($x_1, x_2, x_3, x_4, x_5, x_6, x_7, x_8, x_9, x_{11}, x_{12}, x_{13}, x_{14}, x_{15}, x_{16}$) memengaruhi variabel dependen (y) ketika variabel-variabel independen lainnya dijaga tetap. Nilai-nilai ini dapat bersifat positif atau negatif, dan signifikansinya dalam statistik dinyatakan dalam kolom " $P > |z|$ ".

Dalam hasil analisis juga terdapat interval kepercayaan 95% untuk koefisien-koefisien tersebut, yang memberikan rentang nilai di mana koefisien-koefisien tersebut mungkin berada. Interval kepercayaan ini memberikan gambaran tentang seberapa besar kepastian kita terhadap pengaruh variabel independen terhadap dependen.

Selanjutnya, e^b digunakan untuk menghitung eksponensial dari koefisien ($\exp(b)$), yang dapat diinterpretasikan sebagai rasio peluang (odds ratio).

Rasio peluang ini mengukur perubahan dalam peluang terjadinya peristiwa yang terkait dengan variabel dependen (y) ketika variabel independen ($x_1, x_2, x_3, x_4, x_5, x_6, x_7, x_8, x_9, x_{11}, x_{12}, x_{13}, x_{14}, x_{15}, x_{16}$) mengalami perubahan satu unit.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Hubungan Usia dengan Perilaku Sehat

Berdasarkan hasil analisis, dapat dilihat bahwa perilaku responden yang sehat berada pada rerata usia 57 tahun, sedangkan responden yang perilaku tidak sehat berada pada rerata usia 62 tahun (nilai $OR=1,12$). Artinya, semakin meningkat umur maka perilaku tidak sehat semakin meningkat ($p=0.001$), atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan umur dengan perilaku sehat pada penderita pascastroke.

Hasil ini sejalan dengan Nurhayati (2018), menunjukkan bahwa ada hubungan antara usia dengan perilaku sehat pasien pascastroke. Dengan $p < 0,001$. Pasien pascastroke banyak ditemukan pada usia lebih dari 50 tahun atau lanjut usia. Seiring bertambahnya usia, peluang suatu individu untuk terserang stroke menjadi lebih besar dan akan makin meningkat setelah berusia 55 tahun (Indrawati *et al.*, 2016). Usia dan perilaku sehat sama seperti melakukan aktivitas fisik memiliki korelasi negatif, bertambahnya usia berhubungan dengan penurunan perilaku sehat baik pada aktivitas fisik, pola makan, dan lain-lain pada pasien pascastroke (Pei *et al.*, 2016).

Studi terdahulu menemukan bahwa makin bertambahnya umur pasien pascastroke maka akan makin rendah pula nilai kemandirian (Marlina & Nurachmah, 2013). Fleksibilitas otot suatu individu yang sudah mencapai usia lanjut tidak akan sebaik seperti saat usianya masih muda. Hal tersebut menyebabkan individu sulit untuk beradaptasi kembali dalam beraktivitas. Sebuah studi meneliti perubahan fungsional selama 5 tahun setelah stroke, diperoleh usia sebagai salah satu faktor

yang diprediksi mempengaruhi penurunan kemandirian beraktivitas pada pasien pascastroke (Rejnö *et al.*, 2019). Adanya penurunan fungsi tubuh saat seseorang mencapai usia lanjut, juga dampak setelah serangan stroke menyebabkan pasien membutuhkan waktu yang lebih lama untuk memperoleh kembali kemampuannya dalam beraktivitas.

Beberapa studi menunjukkan bahwa orang yang lebih tua cenderung mengonsumsi lebih sedikit kalori daripada mereka yang lebih muda. Penurunan asupan energi ini dapat disebabkan oleh faktor seperti penurunan aktivitas fisik, perubahan hormonal, dan penurunan nafsu makan (Kyle *et al.*, 2004; Ruggiero *et al.*, 2008). Pada usia yang lebih tua, terjadi kecenderungan penurunan konsumsi protein, yang dapat berdampak negatif pada kesehatan dan fungsi otot (Paddon-Jones *et al.*, 2008; Landi *et al.*, 2016). Semakin bertambah usia seringkali memiliki asupan serat yang lebih rendah dibandingkan dengan populasi yang lebih muda (Marlett *et al.*, 2002; Fung *et al.*, 2002). Orang yang lebih tua memiliki risiko lebih tinggi untuk kekurangan vitamin dan mineral tertentu, seperti vitamin D, vitamin B12, kalsium, dan zat besi. Hal ini dapat terkait dengan perubahan pola makan dan penyerapan nutrisi yang berkurang (Volkert *et al.*, 2015; Gahche *et al.*, 2017). Selain itu, semakin meningkatnya usia, maka pasien pascastroke akan mengalami masalah tidur dikarenakan susah memulai tidur dan bangun sehingga mengganggu kondisi fisik, psikologis emosional pasien pasca stroke (Schuiling *et al.*, 2005).

Menurut asumsi peneliti, umur memiliki hubungan dengan perilaku sehat, karena umur yang semakin tua menyebabkan perubahan fisik pada tubuh, seperti penurunan kekuatan dan stamina, peningkatan risiko penyakit kronis, dan

penurunan fungsi organ. Perubahan ini dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menjalankan perilaku sehat, seperti olahraga secara teratur atau menjaga pola makan sehat. Maka dari itu, pentingnya agar melakukan kampanye pendidikan kesehatan yang menjangkau berbagai kelompok usia agar dapat membantu meningkatkan kesadaran tentang pentingnya perilaku sehat pada setiap tahap kehidupan. Pendidikan kesehatan yang memadai dan mudah diakses dapat membantu individu memahami risiko perilaku yang tidak sehat dan manfaat dari kebiasaan hidup sehat.

6.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Perilaku Sehat

Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku responden yang sehat lebih banyak pada perempuan sebanyak 48,72%, sedangkan yang berperilaku tidak sehat lebih banyak pada laki-laki sebanyak 66,07% (nilai $OR=0,54$). Artinya, semakin banyak penderita perempuan, maka perilaku tidak sehat menurun hingga 0,54 kali ($p=0,150$) atau H_0 diterima, sehingga disimpulkan tidak ada hubungan jenis kelamin dengan perilaku sehat penderita pascastroke.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Park *et al.* (2023), menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku pasien pascastroke dengan nilai $p=0,310$. Hasil penelitian ini sejalan dengan Yaslina *et al.* (2019), menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku pasien pascastroke dengan nilai $p=0,134$. Dalam penelitian Yaslina *et al.* (2019), menyebutkan bahwa hal tersebut dikarenakan tergantung dalam perilaku sehari-hari dalam perilaku sehat pasien pascastroke. Tidak ada hubungan karakteristik individu (jenis kelamin) dengan perilaku sehat karena responden laki-laki maupun perempuan melakukan perilaku

sehat tersebut dengan cara sendiri tergantung perilaku sehari-hari responden dalam mengatasi keadaan agar stroke tidak terjadi berulang.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan Millia Anggraini *et al.* (2022), menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara Jenis Kelamin dengan Perilaku Pasien Pasca Stroke di Puskesmas Mandiangan tahun 2020 dengan nilai $p=0,020$. Diperoleh (nilai $OR= 2,821$). Artinya Responden yang memiliki jenis kelamin laki-laki dengan perilaku yang baik mempunyai peluang 2,821 kali berperilaku kurang baik dalam kunjungan berulang di Puskesmas Mandiangan tahun 2020. Jika dilihat berdasarkan kategori terbanyak yaitu jenis kelamin perempuan yang memiliki perilaku baik sebanyak 25 (52,1%), dan jenis kelamin laki-laki yang memiliki perilaku tidak baik sebanyak 46 (75,4%).

Jenis kelamin merupakan salah satu di antara faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi. Jenis kelamin merupakan salah satu faktor risiko stroke, menurut Wardhana (2011), laki-laki memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke dibandingkan perempuan, hal ini terkait kebiasaan merokok, risiko terhadap hipertensi, hiperurisemia, dan hipertrigliserida lebih tinggi pada laki-laki. Seseorang yang pernah mengalami serangan stroke yang dikenal dengan Transient Ischemic Attack (TIA) juga berisiko tinggi mengalami stroke, Mozaffarian *et al.* (2015), menyebutkan bahwa 15% kejadian stroke ditandai oleh serangan TIA terlebih dahulu.

Perbedaan perilaku pria dan wanita dapat dilihat dari cara berpakaian dan melakukan pekerjaan sehari-hari, pria berperilaku berdasarkan pertimbangan rasional. Sedangkan wanita berperilaku berdasarkan emosional (Sunaryo, 2004).

Menurut asumsi peneliti, tidak adanya hubungan jenis kelamin terhadap perilaku sehat pasien pascastroke dikarenakan faktor tempat pelayanan kesehatan, seluruh responden/pasien dalam penelitian ini di rawat di rumah sakit. Rumah sakit merupakan salah satu organisasi yang bergerak di bidang kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat di suatu wilayah. Sebuah Rumah Sakit akan memberikan pelayanan optimal manakala didukung oleh sumber daya yang berkualitas (Hariyono *et al.*, 2009). Pasien yang dirawat di rumah sakit biasanya lebih terarah pada perilaku sehat. Termasuk pola makan dari mulai jam makan, hingga jenis makanan sesuai dengan kondisi pasien, kemudian di rumah sakit juga diterapkan jam-jam istirahat sehingga tidak ada yang boleh membesuk/ mengganggu istirahat pasien. Sehingga jenis kelamin tidak akan berpengaruh, karena pasien sudah terbiasa oleh kebiasaan saat di rumah sakit, khususnya dalam penelitian ini adalah Rumah Sakit Meuraxa.

Faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang tidak ada berdasarkan jenis kelamin. Sehingga diperlukan untuk melakukan evaluasi menyeluruh terhadap sistem dan proses perawatan di rumah sakit sehingga dapat membantu mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku sehat pasien pascastroke

6.3 Hubungan Suku dengan Perilaku Sehat

Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku sehat responden lebih banyak pada suku non Aceh sebanyak 42,86%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada suku Aceh sebanyak 60,49% (nilai OR=0,87). Artinya, semakin banyak penderita dari suku non Aceh, maka perilaku tidak sehat menurun

hingga 0,87 ($p=150$) atau H_0 diterima, sehingga disimpulkan tidak ada hubungan suku dengan perilaku sehat responden.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Suprpti (2018), menunjukkan bahwa ada hubungan suku terhadap perilaku. Diperoleh nilai $p=0.001$ dan nilai $OR=3,461$. Dalam hal ini, pasien dengan suku Jawa lebih dominan pada perilaku tidak sehat seperti konsumsi makanan, dengan demikian dapat menimbulkan penyakit-penyakit tertentu.

Suku dipengaruhi oleh budaya dan menjadi kebiasaan, sehingga berdampak pada perilaku seseorang. Sosial dan budaya yang mempengaruhi pikiran, perasaan, perilaku, dan pada akhirnya hasil kesehatan. Setiap budaya memiliki pandangan dan nilai-nilai yang berbeda terkait kesehatan dan penyakit. Dalam beberapa budaya, menjaga kebersihan dan menghindari kontak dengan penyakit dianggap penting untuk mencegah penyakit menular, sedangkan dalam budaya lain, pengobatan tradisional atau spiritual mungkin lebih diutamakan. (Gellman, 2020).

Penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku tidak sehat lebih banyak di Aceh. Dokter saraf di RSUD Zainoel Abidin Banda Aceh mengatakan tingginya penyakit stroke di Aceh dikarenakan pola makan yang tidak teratur, sering mengonsumsi makanan hewani siap saji dengan kadar kolestrol tinggi, kurang makan sayuran, konsumsi tinggi garam, kurang gerak/olahraga, dan konsumsi obat yang tidak patuh. Hal ini juga dilihat dari makanan khas Aceh yang tidak jauh dari santan, minyak goreng, rasa manis, pedas, ikan asin, serta bumbu-bumbuan dapat mengakibatkan orang Aceh banyak yang terserang penyakit stroke pada usia muda (Habib & Ahyana, 2022).

Perilaku kesehatan yang berhubungan dengan makanan. Ada perbedaan pola makan/konsumsi/makanan pokok untuk setiap suku/etnis; Contoh: Orang Timor lebih banyak makan jagung, orang Jawa lebih banyak makan nasi. Rasa, aroma, warna dan bentuk fisik makanan setiap suku berbeda satu sama lain. Contoh: Makanan Padang pedas, makanan Jawa manis dan makanan Timor selalu asin. Makanan atau makanan khas ini memiliki nama yang berbeda-beda di setiap daerah; Contoh: Soto Makasar dari daerah Makassar-Sulawesi, jagung "Bose" dari daerah Timor-Leste Tenggara Timur, contoh lain dari daerah Maluku adalah Sagu Lempe yang biasa dijadikan makanan ringan (La Banudi & Imanuddin, 2017).

Sistem budaya yang berbeda memberikan peran dan nilai yang berbeda pada makanan. Misalnya, bahan makanan tertentu mungkin dianggap tabu atau dilarang dalam budaya masyarakat karena alasan sakral tertentu atau sistem budaya yang terkait dengannya. Selain itu, ada makanan tertentu yang keberadaannya dihargai secara ekonomi dan sosial. Namun kepercayaan masyarakat tertentu hidangan makanan itu tidak diperbolehkan untuk dikonsumsi bagi golongan masyarakat tersebut (La Banudi & Imanuddin, 2017).

Menurut asumsi peneliti, tidak adanya hubungan antara suku terhadap perilaku pasien pascastroke karena dipengaruhi oleh variabel lain yaitu status perkawinan. Pasangan dalam perkawinan umumnya memberikan dukungan sosial satu sama lain. Orang yang sudah menikah biasanya akan mendapatkan dukungan sosial dari pasangannya. Dukungan sosial dapat berupa dukungan emosional, dukungan praktis, dan dukungan informasional. Dukungan sosial yang positif dan saling mendukung dalam perkawinan dapat mempengaruhi perilaku dengan

memberikan rasa aman, dorongan motivasi, dan peningkatan kesejahteraan psikologis (Umberson *et al.*, 2006).

Sehingga diperlukan untuk melakukan penelitian lebih lanjut untuk memahami faktor-faktor lain yang mungkin mempengaruhi perilaku pasien pascastroke, di luar faktor suku, dapat memberikan wawasan yang lebih komprehensif. Dengan memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang faktor-faktor tersebut, solusi yang lebih spesifik dapat dikembangkan untuk mempromosikan perilaku sehat pada pasien pascastroke.

6.4 Hubungan Serangan Pertama Stroke dengan Perilaku Sehat

Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku sehat responden lebih banyak pada yang mengalami stroke pertama kali <3 bulan yang lalu sebanyak 57,14%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada yang mengalami stroke pertama kali >6 bulan yang lalu sebanyak 69,70% (nilai OR=2,08). Artinya, yang mengalami stroke pertama kali 3-6 bulan yang lalu cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 2 kali dibandingkan yang mengalami stroke pertama kali <3 bulan yang lalu ($p=0,178$) atau H_0 diterima, sehingga disimpulkan tidak ada hubungan antara yang mengalami stroke pertama kali 3-6 bulan yang lalu dengan perilaku sehat responden (nilai OR=3,07). Artinya, yang mengalami stroke pertama kali >6 bulan yang lalu cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 3 kali dibandingkan yang mengalami stroke pertama kali <3 bulan yang lalu ($p=0,054$) atau H_0 diterima, sehingga disimpulkan tidak ada hubungan yang mengalami stroke pertama kali >6 bulan yang lalu dengan perilaku sehat responden.

Penelitian ini sejalan dengan Malik *et al.* (2014), menunjukkan tidak ada hubungan dengan kejadian penyakit berdasarkan perilaku seseorang dengan ($p=0,660$). Temuan ini mengarah pada terjadinya suatu penyakit, namun disebabkan oleh perilaku-perilaku tertentu sehingga terjadinya penyakit tersebut.

Serangan pertama penyakit tertentu, seperti stroke, atau penyakit sistem saraf lainnya, dapat mempengaruhi fungsi otak dan sistem saraf pusat. Kerusakan pada area otak tertentu atau disfungsi saraf dapat mengakibatkan perubahan dalam pemrosesan informasi, pengendalian emosi, dan regulasi perilaku (Council & Population, 2004). Serangan stroke yang mengenai daerah otak yang mengatur emosi dapat menyebabkan perubahan mood, depresi, atau kecemasan (Kanner, 2012).

Serangan pertama penyakit serius dapat mengakibatkan stres dan trauma yang signifikan pada individu. Stres dan trauma tersebut dapat memicu perubahan perilaku, termasuk gejala kecemasan, depresi, atau perubahan pola tidur. Selain itu, pemahaman tentang penyakit yang baru didiagnosis atau ketidakpastian mengenai masa depan juga dapat mempengaruhi perilaku dan mengarah pada perubahan psikologis atau tingkah laku yang adaptif (Smith & Blumenthal, 2011).

Menurut asumsi peneliti, penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku sehat responden lebih tinggi pada yang mengalami stroke pertama kali <3 bulan bulan yang lalu sebanyak 57,14%. Hal tersebut biasanya dikarenakan pasien yang baru mengalami stroke tersebut cenderung fokus pada proses pemulihan fisik dan rehabilitasi. Aktivitas fisik yang dilakukan akan lebih terarah dan diawasi oleh tim medis. Pasien harus mematuhi penggunaan obat-obatan tertentu yang diresepkan oleh dokter untuk mengendalikan tekanan darah, kadar kolesterol, atau faktor risiko

lainnya. Pasien dapat diberikan strategi untuk mengelola stres, seperti relaksasi, meditasi, atau terapi kognitif perilaku (Grau-Sánchez *et al.*, 2013).

Penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara serangan pertama stroke terhadap perilaku tidak sehat pasien pascastroke. Hal ini disebabkan oleh variabel lain yaitu pendidikan responden, rata-rata pendidikan responden adalah sedang. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin mudah menerima informasi dan berperilaku sesuai pengetahuan yang dimiliki. Pendidikan sebagai suatu proses dalam rangkaian mempengaruhi dan dengan demikian akan menimbulkan perubahan perilaku pada diri nya, karena tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi kesehatan. Sebaliknya jika seseorang yang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan seseorang terhadap penerimaan, informasi kesehatan dan nilai-nilai baru yang diperkenalkan (Mubarak *et al.*, 2007). Oleh karena itu, seberapa lama serangan yang terjadi, tidak akan merubah perilaku responden berdasarkan tingkat pendidikannya.

Sehingga diperlukan pertimbangan faktor risiko lain, selain pendidikan yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien pascastroke. Faktor risiko seperti hipertensi, diabetes, kolesterol tinggi, dan gaya hidup tidak sehat lainnya masih perlu ditangani dengan serius dan dikelola dengan baik. Peningkatan pemahaman dan penanganan terhadap faktor risiko ini dapat membantu pasien menjaga perilaku sehat secara menyeluruh.

6.5 Hubungan Kondisi Penderita dengan Perilaku Sehat

Hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku sehat responden lebih banyak pada kondisi responden yang sembuh sebanyak 90%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada kondisi responden yang belum sembuh sebanyak 85% (nilai $OR=13,5$). Artinya, kondisi responden yang ada perubahan kearah kesembuhan cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 13,5 kali dibandingkan yang sembuh ($p=0,016$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan kondisi responden yang ada perubahan kearah kesembuhan dengan perilaku sehat responden (nilai $OR=51$). Artinya, kondisi responden yang belum sembuh cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 51 kali dibandingkan yang sembuh ($p=0,001$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan kondisi responden yang belum sembuh dengan perilaku tidak sehat responden.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Park *et al.* (2023), menunjukkan bahwa ada hubungan antara kondisi kesehatan dengan perilaku pasien pascastroke dengan nilai $p=0,012$. Pasien yang telah sembuh dari stroke dan menjalani perubahan positif menuju kesembuhan dapat cenderung memiliki perilaku sehat yang lebih baik. Mereka lebih termotivasi untuk mengadopsi gaya hidup sehat, termasuk pola makan yang seimbang, aktivitas fisik teratur, pengelolaan stres, dan menjaga rutinitas tidur yang baik.

Orang yang telah sembuh dari kondisi kesehatan tertentu memiliki tingkat kesehatan fisik yang lebih baik dibandingkan dengan individu yang belum sembuh. Tingkat energi dan kemampuan fisik yang lebih baik dapat memotivasi individu untuk

mengadopsi perilaku sehat seperti aktivitas fisik, makan sehat, dan tidur yang cukup (Schwarzer *et al.*, 2006).

Namun, pada orang yang belum sembuh sepenuhnya atau sedang dalam proses pemulihan mengalami kesulitan dan tantangan yang dapat mempengaruhi perilaku mereka. Proses pemulihan yang membutuhkan waktu dan perjuangan dapat menyebabkan tingkat stres dan frustrasi yang tinggi pada mereka. Hal ini dapat mempengaruhi sikap dan perilaku mereka, termasuk kecenderungan untuk melampiaskan emosi negatif atau mengambil tindakan yang tidak sehat (Schwarzer *et al.*, 2003).

Orang yang belum sembuh menghadapi tantangan kesehatan yang berkelanjutan dan mungkin mengalami gejala atau keterbatasan yang mempengaruhi kemampuan mereka untuk mengadopsi perilaku sehat. Mereka mengalami kelelahan, nyeri, dan keterbatasan fisik yang membuat sulit untuk menjalani gaya hidup sehat. Selain itu, perubahan emosi dan stres yang berhubungan dengan kondisi kesehatan yang sedang berlangsung juga dapat mempengaruhi motivasi dan kemampuan mereka untuk mengadopsi perilaku sehat (Pinquart & Duberstein, 2010).

Asumsi peneliti kondisi penderita berhubungan dengan perilaku sehat, penderita yang belum sembuh memiliki kecenderungan lebih banyak untuk berperilaku tidak sehat karena orang yang belum sembuh akan menghadapi tingkat stres dan kecemasan yang lebih tinggi karena kondisi kesehatan mereka yang masih belum stabil. Stres dan kecemasan dapat mempengaruhi pola pikir dan emosi, dan dalam beberapa kasus, individu mungkin cenderung menggunakan perilaku tidak

sehat sebagai mekanisme penanggulangan stres, seperti makan berlebihan, merokok, atau mengonsumsi alkohol secara berlebihan.

Sehingga diperlukan untuk dapat memberikan pendidikan dan informasi yang jelas dan komprehensif kepada individu yang belum sembuh tentang pentingnya perilaku sehat dalam pemulihan mereka. Menyampaikan manfaat perilaku sehat secara spesifik dan menjelaskan bagaimana perilaku tersebut dapat mempercepat proses pemulihan dan dapat membantu meningkatkan pemahaman mereka dan memotivasi mereka untuk mengadopsi perilaku sehat.

6.6 Hubungan Status Perokok dengan Perilaku Sehat

Hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku sehat responden lebih banyak pada yang bukan perokok sebesar 52,38%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada perokok menengah sebesar 78,26% (nilai $OR=1,90$). Artinya, responden dengan status perokok ringan cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 2 kali dibandingkan yang tidak merokok ($p=0,189$) atau H_0 diterima, sehingga disimpulkan tidak ada hubungan responden dengan status perokok ringan dengan perilaku sehat responden (nilai $OR=3,96$). Artinya, responden dengan status perokok menengah cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 4 kali dibandingkan yang tidak merokok ($p=0,020$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden dengan status perokok menengah dengan perilaku sehat responden.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Park *et al.* (2023), menunjukkan bahwa ada hubungan antara status perokok dengan perilaku pasien pascastroke dengan nilai $p=0,03$. Perilaku merokok mempengaruhi terutama aktivitas fisik dan manajemen stres pada populasi penelitian yang bersiap untuk berhenti merokok.

Merokok dapat memiliki efek negatif pada sistem pernapasan dan sirkulasi tubuh. Menurut American Lung Association, merokok dapat merusak jaringan paru-paru dan menyebabkan penyempitan saluran pernapasan, mengurangi kapasitas paru-paru seseorang untuk menyerap oksigen dan mengeluarkan karbon dioksida (Ishii, 2013). Selain itu, merokok dapat memengaruhi fungsi jantung dengan meningkatkan detak jantung dan tekanan darah, sehingga mempengaruhi kemampuan tubuh untuk melakukan aktivitas fisik. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) menjelaskan bahwa merokok dapat meningkatkan risiko penyakit jantung (Glantz & Parmley, 1995).

Merokok juga dapat mengurangi stamina dan daya tahan fisik. British Heart Foundation menyatakan bahwa nikotin dalam rokok dapat mengurangi kekuatan dan daya tahan otot, membuat seseorang merasa lelah lebih cepat selama latihan atau aktivitas fisik yang intens (Cheema *et al.*, 2022). Selain itu, penurunan kapasitas paru-paru dan daya tahan fisik dapat membuat seseorang lebih rentan terhadap cedera selama aktivitas fisik (Cheema *et al.*, 2022).

Merokok juga dapat menghambat proses penyembuhan luka dan pemulihan setelah cedera fisik. U.S. Department of Health and Human Services menjelaskan bahwa zat-zat beracun dalam asap rokok dapat mengganggu aliran darah yang diperlukan untuk memperbaiki jaringan dan memulihkan otot yang rusak (Centers for Disease Control and Prevention, 2010).

Menurut asumsi peneliti status perokok berhubungan dengan perilaku sehat, karena penderita yang merokok memiliki persepsi tentang kesehatan yang berbeda dibandingkan dengan mereka yang tidak merokok. Mereka memiliki keyakinan yang

lebih rendah tentang risiko kesehatan yang terkait dengan merokok dan kurangnya motivasi untuk menjalankan perilaku sehat lainnya.

Sehingga diperlukan program berhenti merokok agar dapat membantu individu dalam mengatasi ketergantungan nikotin dan menghentikan kebiasaan merokok. Program-program ini dapat melibatkan kombinasi pendekatan seperti terapi perilaku, penggantian nikotin, dukungan kelompok, atau obat-obatan yang diresepkan. Dukungan medis dan bimbingan yang tepat dalam proses berhenti merokok dapat meningkatkan peluang keberhasilan.

6.7 Hubungan Konsumsi Kopi dengan Perilaku Sehat

Hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku sehat responden lebih banyak pada responden yang tidak rutin mengonsumsi kopi sebanyak 52,50%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada responden yang rutin 1-3 gelas/hari mengonsumsi kopi sebanyak 69,23% (nilai OR=2,49). Artinya, responden yang rutin 1-3 gelas/hari mengonsumsi kopi cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 2 kali dibandingkan yang tidak rutin mengonsumsi kopi ($p=0,037$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang rutin 1-3 gelas/hari mengonsumsi kopi dengan perilaku sehat responden (nilai OR=2,21). Artinya, responden yang rutin >3 gelas/hari mengonsumsi kopi cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 2 kali dibandingkan yang tidak rutin mengonsumsi kopi ($p=0,531$) atau H_0 diterima, sehingga disimpulkan tidak ada hubungan responden yang rutin >3 gelas/hari mengonsumsi kopi dengan perilaku sehat responden.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Faridah *et al.* (2021), menunjukkan bahwa hasil uji Spearman rank diperoleh (ρ (Rho) = 0,267), yang artinya bahwa hubungan

kebiasaan minum kopi dengan gangguan tidur adalah lemah dengan arah hubungan positif yang berarti semakin rutin kebiasaan minum kopi maka semakin berat gangguan tidur yang dialami. Hasil uji Spearman rank juga diperoleh ($p=0,013$), yang artinya ada hubungan kebiasaan minum kopi dengan gangguan tidur.

Salah satu perilaku sehat yang dikaitkan dengan konsumsi kopi adalah tidur yang cukup. Kafein dalam kopi dapat mempengaruhi tidur bagi beberapa orang. Pasien pascastroke membutuhkan tidur yang cukup untuk memulihkan kondisi mereka. Penting untuk mempertimbangkan waktu konsumsi kopi agar tidak mengganggu kualitas tidur pasien. Disarankan untuk menghindari konsumsi kopi beberapa jam sebelum tidur (Drake *et al.*, 2013).

Kopi mengandung kafein yang meningkatkan debar jantung dan naiknya tekanan darah. Pemberian kafein 150 mg atau 2-3 cangkir kopi akan meningkatkan tekanan darah 5-15 mmHg dalam waktu 15 menit. Peningkatan tekanan darah ini bertahan sampai 2 jam, diduga kafein mempunyai efek langsung pada medula adrenal untuk mengeluarkan epinefrin. Konsumsi kopi menyebabkan curah jantung meningkat dan terjadi peningkatan sistole yang lebih besar dari tekanan diastole (Sianturi, 2003). Kafein juga merupakan salah satu penyebab utama sakit kepala. Selain itu mengkonsumsi kopi secara berlebihan dipagi hari dapat meningkatkan tekanan darah, tingkat stress dan memicu produksi hormone penyebab stress selama satu hari penuh (Apriadji, 2013).

Kafein dalam kopi merangsang kelenjar-kelenjar adrenal, yang dapat meningkatkan salah satu faktor penyebab stres setelah 18 jam. Kafein pada kopi sangat berpotensi meningkatkan tekanan darah serta detak jantung yang banyak

dilaporkan menjadi penyebab kebanyakan timbulnya rasa stres yang berkepanjangan pada hari kerja. Efek ini biasanya masih akan terbawa sampai malam hari menjelang waktu tidur. Oleh karena itu setelah minum kopi kita menjadi susah tidur dan gelisah. Kopi juga mengandung sebuah unsur yang disebut terpenoid, yang diketahui dapat meningkatkan kadar kolesterol darah. Hal ini dapat menyebabkan pembuluh darah arteri tersumbat dan akibatnya pembuluh darah ini bekerja terlalu keras.

Informasi tentang efek mengganggu tidur dari kafein dosis tinggi yang diminum pada pagi, siang dan hari adalah penting, mengingat semakin populernya penggunaan minuman berenergi berkafein dan kandungan kafein yang tinggi pada kopi premium. Dalam penelitian, menunjukkan bahwa kafein memiliki efek yang paling konsisten dalam mengurangi total waktu tidur, dengan pemberian pada waktu tidur dan 3 jam sebelum tidur mencapai signifikansi statistik. Kafein yang diberikan 6 jam sebelum tidur mengurangi total waktu tidur hingga 41 menit, yang mendekati signifikansi ($p = 0,08$) (Drake *et al.*, 2013).

Asumsi peneliti, tidak adanya hubungan konsumsi kopi >3 gelas/hari, dikarenakan faktor lain, seperti status perkawinan. Orang yang sudah menikah dan tinggal bersama pasangan cenderung mendapatkan perhatian, jadi jika minum kopi >3 gelas/hari, tetap masuk dalam perilaku sehat, karena faktor lain terjaga, seperti pola makan, olahraga, dan lain-lain. Sehingga diperlukan penelitian lebih lanjut terkait faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku sehat, maupun *confounding factors*.

6.8 Hubungan Literasi Kesehatan dengan Perilaku Sehat

Hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku sehat responden lebih banyak pada responden literasi sehat yang cukup sebanyak 78,05%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada literasi sehat yang tidak mencukupi sebanyak 93,33% (nilai $OR=24,18$). Artinya, literasi sehat responden yang bermasalah cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 24 kali dibandingkan literasi sehat yang cukup ($p=0,001$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang literasi sehat bermasalah dengan perilaku sehat responden (nilai $OR=49,78$). Artinya, literasi sehat responden yang tidak mencukupi cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 50 kali dibandingkan literasi sehat yang cukup ($p=0,001$), yang artinya H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang literasi sehat yang tidak mencukupi dengan perilaku sehat responden.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Alfian & Wahjuni (2020), menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara literasi kesehatan dengan perilaku sehat dengan nilai $p=0,037$. Literasi merupakan keahlian seseorang (menyimak, berbahasa, membaca, dan mencatat). Digunakan untuk berkoneksi menggunakan gaya yang berlainan yang serasi dengan arahnya. Keahlian membaca dan mencatat benar-benar dibutuhkan untuk membentuk keputusan kritis dan imajinatif kepada beragam kejadian aktivitas yang bisa meningkatkan keluwesan akal, solidaritas serta menjadi motif untuk mengabadikan adat bangsa. Perilaku kritis serta imajinatif kepada sebagian kejadian kehidupan otomatis menuntut kapasitas individu (personal skill) yang berpusat terhadap keahlian berpendapat masuk akal, mengedepankan keahlian menelusuri berita dan mendapatkan informasi.

Aktivitas literasi bisa dilakukan di manapun, di ruangan ataupun di luar ruangan. Atas dasarnya aktivitas literasi merupakan keahlian menelusuri dan mendapatkan informasi, maka keahlian itu yang penting untuk dikuasai bagi mahasiswa. Keahlian mendapatkan informasi ditunjukkan lewat keahlian mengidentifikasi informasi yang digunakan, keahlian menggunakan serta mendapatkan informasi, keahlian memperbaiki informasi serta memakai informasi dengan efisien dan benar (Suprpto *et al.*, 2019).

Literasi kesehatan terkait dengan literasi dan memerlukan pengetahuan, motivasi, dan kompetensi orang untuk mengakses, memahami, menilai, dan menerapkan informasi kesehatan untuk membuat penilaian dan mengambil keputusan dalam kehidupan sehari-hari mengenai perawatan kesehatan, pencegahan penyakit dan promosi kesehatan untuk mempertahankan atau meningkatkan kualitas kesehatan. Hal tersebut berarti semakin baik literasi kesehatan yang dimiliki, semakin baik keputusan yang diambil dan semakin baik tindakan kearah kesehatan (Baker, 2006; Nutbeam, 2008; Protheroe *et al.*, 2009).

Orang dengan literasi kesehatan rendah akan kesulitan dalam mengevaluasi dan memahami risiko dan manfaat yang terkait dengan perilaku kesehatan tertentu. Hal ini dapat membuat seseorang enggan mengambil langkah-langkah pencegahan atau mengubah perilaku yang tidak sehat. Bahkan akan kesulitan dalam memahami petunjuk perawatan diri, pengobatan yang diresepkan, atau rekomendasi perawatan kesehatan yang diberikan oleh tenaga medis. Hal ini dapat menghambat pemantauan kondisi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan yang baik (Sørensen *et al.*, 2012).

Dalam hal ini, literasi baik berupa dalam menemukan informasi apa yang harus dilakukan ketika terjadi keadaan darurat medis, maka menemukan informasi tentang kondisi pascastroke berperan krusial dalam membentuk perilaku sehat pada penderita. Pemahaman mendalam mengenai aspek-aspek kesehatan pascastroke, termasuk gejala, tindakan darurat, dan rekomendasi perawatan, dapat memberikan dasar yang kokoh bagi individu dan keluarganya. Informasi ini memainkan peran penting dalam membentuk kesadaran akan pentingnya adopsi gaya hidup sehat sebagai bagian integral dari proses pemulihan. Pencarian informasi menjadi langkah awal yang kritis dalam membentuk perilaku sehat pascastroke, membantu mereka mengambil kontrol atas kesehatan mereka dan meminimalkan risiko kekambuhan. Kesadaran ini dapat menjadi pendorong untuk adopsi kebiasaan hidup yang mendukung pemulihan optimal dan mencegah komplikasi jangka panjang (Darmalaksana, 2016).

Melindungi diri sendiri dari penyakit salah satu cara perilaku sehat penderita pascastroke. Penderita pascastroke cenderung lebih rentan terhadap berbagai penyakit karena sistem kekebalan tubuh mereka mungkin melemah setelah serangan stroke. Oleh karena itu, adopsi perilaku sehat menjadi kunci untuk meminimalkan risiko infeksi dan komplikasi kesehatan lainnya (Junaidi, 2011).

Pola makan seimbang dan nutrisi yang adekuat dapat meningkatkan daya tahan tubuh, membantu pemulihan, dan mengurangi risiko infeksi. Aktivitas fisik yang sesuai dengan kemampuan individu juga dapat memperkuat sistem kekebalan tubuh dan meningkatkan kesehatan secara keseluruhan. Selain itu, menghindari kebiasaan merokok dan batasan konsumsi alkohol merupakan langkah-langkah

penting dalam menjaga kesehatan dan meminimalkan risiko penyakit terkait (Donal Nababan *et al.*, 2023).

Selain aspek fisik, perhatian terhadap kesehatan mental juga sangat penting. Stres dan kecemasan dapat mempengaruhi sistem kekebalan tubuh, sehingga manajemen stres dan dukungan psikologis menjadi bagian integral dari perilaku sehat pascastroke (Festy, 2018).

Melindungi diri dari penyakit tidak hanya tentang pencegahan tetapi juga perawatan dan manajemen penyakit yang mungkin sudah ada sebelum atau setelah stroke. Penderita pascastroke perlu mematuhi rencana perawatan yang telah ditetapkan oleh tim medis, termasuk penggunaan obat-obatan dengan teratur dan pemantauan kesehatan rutin (Astuti, 2019).

Menurut asumsi peneliti literasi kesehatan berhubungan dengan perilaku sehat, literasi yang tidak mencukupi dan bermasalah cenderung pada perilaku tidak sehat. Karena, literasi yang rendah dapat menyulitkan seseorang dalam memahami dan menafsirkan informasi kesehatan yang disajikan. Informasi yang rumit atau tidak jelas dapat menyebabkan kesalahpahaman atau penafsiran yang salah, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi pengambilan keputusan sehat.

6.9 Hubungan Pekerjaan dengan Perilaku Sehat

Hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku sehat responden lebih banyak pada responden dengan pekerjaan formal sebanyak 70,59%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada pekerjaan non formal sebanyak 68,09% (OR=5,12). Artinya, responden dengan pekerjaan non formal cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 5 kali dibandingkan pekerjaan formal ($p=0,008$) atau

H0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang pekerjaan non formal dengan perilaku sehat responden (nilai $OR=4,36$). Artinya, responden yang tidak bekerja cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 4 kali dibandingkan pekerjaan formal ($p=0,024$) atau H0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang tidak bekerja dengan perilaku sehat responden.

Penelitian ini sejalan dengan Irawati (2013), menunjukkan bahwa ada hubungan antara pekerjaan dengan perilaku. Dengan nilai $X^2_{hitung} (6,102) < X^2_{tabel} (7,81)$. Seseorang yang bekerja akan lebih terbuka dengan dunia luar sehingga akan lebih banyak pengetahuan yang diperoleh dari sesama rekan kerja maupun dari rekan di luar pekerjaan. Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung (Mubarak & Chayatin, 2009). Sedangkan responden yang tidak bekerja cenderung tertutup terhadap perubahan, apalagi jika gaya hidupnya sejak kecil tidak sehat, maka kebiasaan itu akan terbawa dalam kesehariannya.

Lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Lingkungan memberikan pengaruh pertama bagi seseorang, di mana seseorang dapat mempelajari hal-hal yang baik dan juga hal-hal yang buruk tergantung pada sifat kelompoknya. Dalam lingkungan seseorang akan memperoleh pengalaman yang akan berpengaruh pada cara berfikir seseorang. Sehingga pekerjaan juga dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh responden yang pada akhirnya akan mempengaruhi perilaku hidup responden (Irawati, 2013).

Beberapa pekerjaan nonformal, seperti pekerjaan fisik yang berat atau pekerjaan konstruksi, dapat menghadirkan tuntutan fisik yang tinggi pada individu. Tuntutan ini dapat menyebabkan kelelahan dan kelelahan dapat mempengaruhi perilaku sehat, seperti kurangnya waktu atau energi untuk berolahraga atau memasak makanan sehat. Pekerjaan nonformal sering kali memiliki jadwal kerja yang tidak teratur atau tidak pasti, seperti pekerjaan paruh waktu, pekerjaan lepas, atau pekerjaan dengan shift yang bergantian. Jadwal kerja yang tidak teratur dapat membuat sulit bagi seseorang untuk menjaga rutinitas sehat, termasuk waktu makan yang teratur atau waktu untuk berolahraga (Schram *et al.*, 2021).

Asumsi peneliti pekerjaan berhubungan dengan perilaku sehat, pekerjaan non formal dan tidak bekerja cenderung pada perilaku tidak sehat. Karena, pekerjaan non-formal atau tidak bekerja sering kali terkait dengan ketidakstabilan ekonomi. Ketidakstabilan ekonomi dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan dasar, termasuk makanan sehat, perawatan medis, atau aktivitas fisik yang terorganisir. Keterbatasan finansial ini dapat menyebabkan penderita cenderung memilih opsi yang lebih murah dan kurang sehat dalam menjaga kesehatan mereka.

Sehingga diperlukan untuk melakukan program pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan literasi kesehatan dan pemahaman tentang praktik kesehatan yang penting. Program ini harus menyediakan informasi tentang pentingnya makanan sehat, aktivitas fisik, manajemen stres, dan langkah-langkah pencegahan penyakit. Dengan meningkatkan pengetahuan dan kesadaran tentang

pentingnya perilaku sehat, penderita akan lebih mampu membuat pilihan yang sehat meskipun dalam kondisi finansial yang terbatas.

6.10 Hubungan Status Perkawinan dengan Perilaku Sehat

Hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku sehat responden lebih banyak pada responden yang belum menikah sebanyak 100%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada yang janda/duda sebanyak 76,19%. Pada kategori belum menikah *empty*, karena data yang terisi tidak menyebar dan ada pilihan yang kosong (nilai OR=2,50). Artinya, responden yang janda/duda cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 3 kali dibandingkan yang sudah menikah ($p=0,105$) atau H_0 diterima, sehingga disimpulkan tidak ada hubungan responden yang janda/duda dengan perilaku sehat responden.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan Park *et al.* (2023), menunjukkan bahwa ada hubungan antara status perkawinan dengan perilaku pasien pascastroke dengan ($p=0,001$). Dengan status menikah secara tidak langsung sudah berkeluarga dan memiliki tanggung jawab dan peran di dalam keluarga. Status sudah menikah ini menunjukkan bahwa yang sudah menikah pasti lebih sadar akan pentingnya melakukan atau berperilaku sehat dengan baik, dibandingkan yang belum menikah. Sesuai dengan teori HL Blum terdapat 4 faktor yang mempengaruhi status kesehatan derajat kesehatan masyarakat atau perseorangan. Faktor tersebut adalah lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan. Lingkungan sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan dapat dikendalikan melalui perilaku sehingga menjadi kebiasaan hidup (Susanti *et al.*, 2021).

Asumsi peneliti penderita yang belum menikah dan janda/duda tidak berhubungan dikarenakan faktor lain, seperti literasi kesehatan dan pendidikan. Terdapat pada orang yang belum menikah dengan pendidikan menengah dan literasi kesehatan yang cukup. Kedua faktor tersebut berpengaruh pada perilaku sehat. Sehingga diperlukan penelitian lebih lanjut terkait faktor lain yang berhubungan dengan perilaku tidak sehat.

6.11 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Perilaku Sehat

Hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku sehat responden lebih banyak pada responden yang berpendidikan tinggi sebanyak 87,50%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada yang berpendidikan rendah sebanyak 92,11% (nilai OR=6,67). Artinya, responden yang berpendidikan menengah cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 7 kali dibandingkan yang berpendidikan tinggi ($p=0,020$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang berpendidikan menengah dengan perilaku sehat responden (nilai OR=81,67). Artinya, responden yang berpendidikan rendah cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 82 kali dibandingkan yang berpendidikan tinggi ($p=0,001$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang berpendidikan rendah dengan perilaku sehat responden.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Schram *et al.* (2021), menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku pasien. Orang berpendidikan rendah melaporkan 1,17 kali lipat (95% CI 1,09–1,25) dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi terhadap perilaku tidak sehat.

Berdasarkan teori Wawan (2010), menunjukkan bahwa pendidikan akan mempengaruhi perilaku seseorang akan pola hidup. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Hastuti *et al.* (2019), menyatakan bahwa sebagian besar responden berpendidikan menengah (SMA). Responden yang berpendidikan SMA akan mempengaruhi perilaku keluarga dalam menerapkan gerakan masyarakat perilaku hidup sehat karena memiliki wawasan yang cukup.

Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi bagaimana seseorang untuk bertindak dan mencari penyebab serta solusi dalam hidupnya. Orang yang berpendidikan tinggi biasanya akan bertindak lebih rasional. Oleh karena itu orang yang berpendidikan akan lebih mudah menerima gagasan baru (Walyani, 2015).

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Tingkat rendahnya pendidikan erat kaitannya dengan tingkat pengertian tentang perilaku sehat. Tingkat pendidikan yang rendah akan mempengaruhi penerimaan informasi sehingga pengetahuan tentang perilaku sehat menjadi terbatas dan berdampak pada terjadinya sakit berulang (Elisabeth, 2013).

Pendidikan sangat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam informasi. Semakin tinggi tingkat pendidikan (lama sekolah) seseorang, semakin mudah menerima hidup sehat secara mandiri, kreatif dan berkesinambungan. Oleh karena itu, tingkat pendidikan mempunyai hubungan yang eksponensial terhadap perilaku sehat. Makin tinggi pendidikan makin tinggi pula kesadaran untuk berperilaku sehat sehingga tidak menimbulkan sakit berulang. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi

seseorang untuk mengambil keputusan terhadap suatu tindakan, orang yang berpendidikan tinggi akan terbuka dengan masuknya informasi-informasi baru sehingga akan menambah tingkat pengetahuan yang baik akan mempengaruhi perilaku yang positif terhadap perilaku sehat (Liow *et al.*, 2012).

Asumsi peneliti pendidikan berhubungan dengan perilaku sehat, semakin rendah tingkat pendidikan seseorang, maka semakin cenderung untuk berperilaku tidak sehat. Karena, orang dengan pendidikan tinggi cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang kesehatan dan pemahaman yang lebih mendalam tentang praktik kesehatan yang penting. Mereka memiliki akses lebih besar ke informasi kesehatan, literatur, dan sumber daya pendidikan yang membantu mereka dalam membuat keputusan yang informan tentang kesehatan.

Sehingga diperlukan untuk melakukan program pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan literasi kesehatan pada individu dengan pendidikan rendah atau menengah. Program ini dapat memberikan informasi yang mudah dipahami tentang praktik kesehatan yang penting dan membantu meningkatkan pengetahuan mereka tentang kesehatan.

6.12 Hubungan Jumlah Pendapatan dengan Perilaku Sehat

Hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku sehat responden lebih banyak pada responden yang berpendapatan menengah sebanyak 69,23%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada yang berpendapatan rendah sebanyak 64,63% (nilai OR=4,11). Artinya, responden yang berpendapatan rendah cenderung pada perilaku tidak sehat sebanyak 4 kali dibandingkan yang berpendapatan menengah

($p=0,028$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang berpendapatan rendah dengan perilaku sehat responden.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Park *et al.* (2023), menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendapatan dengan perilaku pasien pascastroke dengan nilai $p=0,001$. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan Krueger & Friedman (2009), menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendapatan dengan perilaku pasien pada konteks durasi tidur dengan nilai $p=<0,001$.

Untuk pasien berpenghasilan rendah, perilaku kesehatan yang tidak sehat seperti merokok, minum alkohol, kebiasaan makan yang buruk, dan kurangnya aktivitas fisik sering meningkatkan risiko sindrom metabolik dan stroke (Wang *et al.*, 2020). Dalam studi sebelumnya, orang dengan pendapatan rendah memiliki kecenderungan untuk lebih fokus pada situasi saat ini daripada investasi jangka panjang di masa depan. Mereka juga memiliki kemungkinan yang lebih tinggi untuk memilih perilaku tidak sehat karena adanya biaya peluang untuk memperoleh perilaku kesehatan yang baik, pesimisme terhadap masa depan, dan pengaruh keluarga dan tetangga dengan lingkungan yang serupa (Pampel *et al.*, 2010). Oleh karena itu, diperlukan kebijakan yang lebih dari sekadar menjalankan proyek promosi perilaku kesehatan dan memudahkan masyarakat berpenghasilan rendah untuk memilih kebiasaan sehat.

Pendapatan kepala keluarga yang mempengaruhi dalam melakukan perilaku sehat. Seperti halnya pendapat Hartono (2008), yang menyatakan bahwa pendapatan keluarga salah satu faktor yang mempengaruhi daya beli keluarga dalam menyediakan kebutuhan kesehatan keluarga.

Asumsi peneliti pendapatan berhubungan dengan perilaku sehat, semakin rendah pendapatan penderita, semakin cenderung untuk berperilaku tidak sehat. Karena, ketidakstabilan ekonomi yang seringkali terkait dengan pendapatan rendah dapat menyebabkan tekanan psikososial dan stres yang tinggi. Stres ini dapat memengaruhi perilaku sehat, seperti pola makan yang buruk, kurangnya aktivitas fisik, dan kecenderungan mengatasi stres dengan kebiasaan tidak sehat seperti merokok atau mengonsumsi alkohol.

Sehingga diperlukan untuk membantu individu dengan pendapatan rendah dalam mengelola stres dan tekanan psikososial yang terkait dengan ketidakstabilan ekonomi. Dukungan psikososial dapat mencakup konseling, program manajemen stres, atau dukungan kelompok untuk membantu individu mengatasi stres tanpa mengandalkan kebiasaan tidak sehat.

6.12 Hubungan Lama Dirawat dengan Perilaku Sehat

Hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku sehat responden lebih banyak pada responden yang lama dirawat pada suatu periode rawat inap >10 hari sebanyak 100%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada responden yang lama dirawat pada suatu periode rawat inap <5 hari sebanyak 80,79% (nilai OR=0,29). Artinya, responden yang lama dirawat pada suatu periode rawat inap 5-10 hari meningkat, maka perilaku tidak sehat menurun sebanyak 4 kali dibandingkan yang lama dirawat pada suatu periode rawat inap <5 hari ($p=0,038$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang lama dirawat pada suatu periode rawat inap 5-10 hari dengan perilaku sehat responden. Pada kategori >10 hari *empty*, karena data yang terisi tidak menyebar dan ada pilihan yang kosong,

Hasil ini sejalan dengan Elviani (2019), menunjukkan bahwa semakin lama dirawat menunjukkan semakin baik perilaku sehatnya. Lama dirawat mempengaruhi pendekatan-pendekatan yang harus dilakukan, sedangkan ketepatan melakukan pendekatan proses kesembuhan. Pada orang yang dirawat dalam waktu singkat, pemulihan diarahkan pada hal-hal yang traumatik dan orang yang dirawat dalam waktu singkat yaitu 1-3 hari tentunya akan dihadapkan pada lingkungan yang baru yaitu lingkungan rumah sakit, sebagai patokan umum tetap berlaku tidak ada tempat, ruangan, kamar perawatan yang dirasakan nyaman bagi mereka. Berbagai peraturan jelas membatasi kebebasan pasien, apalagi harus mengikuti prosedur perawatan dengan peralatan-peralatannya seperti pengambilan darah untuk pemeriksaan, injeksi, infus dan pemeriksaan lain di mana pasien harus menyesuaikan yang kadang-kadang tidak mudah. Sedangkan pada orang yang dirawat cukup lama, bahkan mungkin tergolong lama, perlu diperhatikan adanya efek pembiasaan yaitu terbiasa dilayani, diperhatikan, dibantu, merasa disayang, sehingga muncul reaksi untuk mempertahankan sakitnya agar terus memperoleh perlakuan yang menyenangkan (Elviani, 2019).

Asumsi peneliti lama dirawat berhubungan dengan perilaku sehat. Semakin lama dirawat, maka cenderung pada perilaku sehat, hal ini dikarenakan selama masa perawatan yang lebih lama, responden memiliki kesempatan yang lebih banyak untuk mendapatkan edukasi kesehatan dan informasi yang relevan tentang pentingnya perilaku sehat. Pendidikan kesehatan yang diberikan oleh tenaga medis dapat membantu meningkatkan kesadaran responden tentang pentingnya

mengadopsi perilaku sehat. Sehingga diperlukan untuk mengadakan sesi edukasi kesehatan secara rutin selama masa perawatan.

6.14 Hubungan Terapi yang dijalani dengan Perilaku Sehat

Perilaku sehat responden lebih banyak pada responden dengan terapi yang dijalani untuk memulihkan kondisi tubuh setelah mengalami gejala stroke ialah terapi medis sebanyak 62,22%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada responden dengan terapi yang dijalani untuk memulihkan kondisi tubuh setelah mengalami gejala stroke ialah terapi campuran (medis dan alternatif) sebanyak 80% (nilai OR=6,59). Artinya, responden dengan terapi yang dijalani untuk memulihkan kondisi tubuh setelah mengalami gejala stroke ialah terapi campuran cenderung berperilaku tidak sehat sebanyak 7 kali dibandingkan responden dengan terapi yang dijalani untuk memulihkan kondisi tubuh setelah mengalami gejala stroke ialah terapi medis ($p=0,001$) atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden dengan terapi yang dijalani untuk memulihkan kondisi tubuh setelah mengalami gejala stroke ialah terapi campuran dengan perilaku sehat responden.

Hasil ini sejalan dengan Karuniawati *et al.* (2015), menunjukkan bahwa ada hubungan terapi terhadap perilaku pasien pascastroke yang mengakibatkan kekambuhan stroke berulang. Salah satu tujuan terapi stroke adalah mencegah stroke berulang dengan menggunakan pencegahan sekunder berupa pemberian antiplatelet/antikoagulan, antihipertensi, antidislipidemia, dan antihiperglikemi, diantaranya mengurangi kerusakan syaraf, menurunkan mortalitas dan kecacatan jangka panjang, mencegah komplikasi sekunder pada imobilitas dan disfungsi syaraf, serta mencegah stroke yang berulang. Salah satu fokus manajemen stroke akut

adalah manajemen hipertensi (Sedjatiningsih, 2013). Terkait pengobatan yang digunakan untuk mencegah terjadinya stroke yang berulang, American Heart Association merekomendasi terapi antiplatelet/antikoagulan, antihipertensi, antidislipidemia, dan antihiperglikemi (Lambert, 2011; Adie, 2012; Dipro *et al.*, 2014).

Terapi tradisional yang menjadi pilihan bagi partisipan dalam melakukan terapi biasanya ada beberapa jenis yaitu melakukan pijat tradisional dengan menggunakan minyak, ramuan herbal dan pengasapan. Ada beberapa jenis pengobatan tradisional yang biasa dimanfaatkan, yaitu: 1) Tukang pijat atau tukang kusus. Mereka dipercaya mempunyai kemampuan untuk menyembuhkan seseorang dengan cara memijat atau mengurut; 2) Tukang obat. Seseorang yang mempunyai keterampilan dalam membuat ramuan tradisional; dan 3) Dukun beranak. Dukun beranak mempunyai kemampuan yang sama dengan profesi Bidan dalam menolong persalinan dan merawat kehamilan. Oleh karena itu sebagian masyarakat sangat meyakini bahwa pengobatan tradisional sangat efisien dan efektif dalam penyembuhan penyakit yang di derita. Secara umum keahlian para penyembuh tradisional tersebut di peroleh secara turun temurun, tetapi ada juga yang mendapatkan keahliannya karena belajar (Lafau *et al.*, 2021).

Pada terapi stroke di luar terapi medis, tidak berbasiskan ilmiah, sehingga sangat memungkinkan menyebabkan efek samping atau hasil yang tidak diinginkan, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi perilaku pasien. Terapi tradisional juga sering kali terkait dengan kepercayaan budaya atau keyakinan tertentu. Jika keyakinan atau mitos yang tidak benar atau tidak terbukti melibatkan perilaku tidak

sehat, pasien akan tetap mempertahankan perilaku tersebut meskipun ada keraguan tentang keefektifannya (Chriki *et al.*, 2006).

Asumsi peneliti terapi yang dijalani berhubungan dengan perilaku sehat. Terapi campuran cenderung berperilaku tidak sehat dibandingkan terapi medis. Karena, terapi campuran dapat melibatkan faktor psikologis, seperti keyakinan atau harapan individu terhadap efektivitas terapi. Jika seseorang memiliki keyakinan yang kuat terhadap terapi non-medis, mereka akan lebih cenderung mengabaikan atau mengesampingkan perawatan medis yang diperlukan atau perilaku sehat yang didukung oleh bukti ilmiah.

Sehingga diperlukan untuk memberikan edukasi dan informasi yang akurat tentang terapi campuran dan perbedaan antara terapi medis yang terbukti efektif dan terapi non-medis yang belum teruji secara ilmiah. Hal ini dapat membantu individu memahami pentingnya pendekatan berbasis bukti dalam pengobatan dan menjaga perilaku sehat yang didukung oleh bukti ilmiah.

6.15 Hubungan Obat-Obatan yang Dikonsumsi dengan Perilaku Sehat

Perilaku sehat lebih banyak pada responden yang mengkonsumsi obat-obatan sebagai usahanya untuk sembuh ialah konsumsi obat medis sebanyak 56,60%. Sedangkan pada perilaku tidak sehat lebih banyak pada responden yang mengkonsumsi obat-obatan sebagai usahanya untuk sembuh ialah konsumsi obat medis dan herbal sebanyak 80,95%. Nilai $OR=5,54$, artinya, responden yang mengkonsumsi obat-obatan sebagai usahanya untuk sembuh ialah konsumsi obat campuran cenderung berperilaku tidak sehat sebanyak 6 kali dibandingkan responden yang mengkonsumsi obat-obatan sebagai usahanya untuk sembuh ialah

konsumsi obat medis nilai $p=0,001$ atau H_0 ditolak, sehingga disimpulkan ada hubungan responden yang mengkonsumsi obat-obatan sebagai usahanya untuk sembuh ialah konsumsi obat campuran dengan perilaku sehat responden.

Hasil ini sejalan dengan Putra *et al.* (2016), menunjukkan bahwa konsumsi obat-obatan berhubungan dengan perilaku sehat yang berdampak pada kekambuhan pasien. Konsumsi obat merupakan suatu perilaku yang dilakukan dengan kesadaran oleh pasien untuk mematuhi dan melaksanakan rencana terapi penggunaan obat.

Bahaya dari penggunaan obat sering timbul pada penyalahgunaan obat. Kurangnya pengetahuan tentang obat dan penyakit yang diderita menyebabkan penggunaan obat-obatan secara tidak tepat. Beberapa kasus penyalahgunaan obat adalah satu persoalan yang harus diselesaikan, karena kandungan zat kimia dalam obat dapat membahayakan tubuh jika tidak dikonsumsi secara tepat (Ariyanti *et al.*, 2018).

Pemberian beberapa obat secara bersamaan dapat menyebabkan interaksi obat yang tidak terduga dan efek samping obat yang dihasilkan. Penggunaan obat campuran, terutama dalam dosis yang berlebihan atau tidak terkendali, dapat menyebabkan efek yang merugikan pada tubuh dan perilaku seseorang. Misalnya, penyalahgunaan obat campuran yang mengandung zat-zat seperti narkotika, stimulan, atau depresan dapat menyebabkan perubahan perilaku, penurunan kontrol diri, dan keputusan yang tidak sehat (Tannenbaum & Sheehan, 2014).

Asumsi peneliti konsumsi obat-obatan berhubungan dengan perilaku sehat. Konsumsi obat-obatan campuran cenderung berperilaku tidak sehat dibandingkan Konsumsi obat-obatan medis. Karena, obat campuran atau pengobatan alternatif

yang tidak teruji secara ilmiah atau tidak memiliki dasar ilmiah yang kuat dapat menimbulkan ketidakpastian mengenai efektivitas dan keamanannya. Jika seseorang mengandalkan obat campuran tanpa bukti ilmiah yang memadai, ini dapat mengarah pada perilaku tidak sehat karena tidak akan memberikan manfaat yang diharapkan atau bahkan berpotensi membahayakan kesehatan.

Oleh karenanya diperlukan memberikan informasi yang akurat dan edukasi tentang efektivitas dan keamanan obat medis yang diresepkan, serta risiko yang terkait dengan konsumsi obat campuran yang belum teruji secara ilmiah.

6.16 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa kekurangan dan keterbatasan, sehingga perlu diperbaiki dalam penelitian-penelitian selanjutnya. Adapun beberapa keterbatasan tersebut adalah :

1. Dukungan keluarga, lingkungan dan kondisi dirumah tidak dimasukkan dalam variabel penelitian, padahal dari fakta di lapangan yang peneliti dapatkan ketika melakukan penelitian, adanya dukungan keluarga, seperti apa lingkungan dan kondisi dirumah penderita pascastroke sangat berperan dalam hal perilaku sehat penderita pascastroke.
2. Tidak semua pasien pascastroke yang melakukan rawat jalan di Poliklinik Saraf RSUD Meuraxa bersedia diwawancarai, dan tidak semua yang datang adalah pasien yang bersangkutan, terkadang yang datang adalah keluarga pasien karena hanya mengambil obat.
3. Penelitian ini tidak melihat stroke hemoragik dan iskemik.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Perilaku penderita pascastroke yang tidak sehat masih tinggi di Kota Banda Aceh. Kejadian ini berhubungan dengan beberapa faktor berasal dari penderita sendiri, sosial ekonomi dan layanan kesehatan yang meliputi: umur ($p=0.001$, $OR=1,12$), kondisi penderita yang ada perubahan kearah kesembuhan ($p=0,016$, $OR=13,5$), kondisi penderita yang belum sembuh ($p=0,001$, $OR=51$), status perokok menengah ($p=0,009$, $OR=5,17$), rutin 1-3 gelas/hari mengonsumsi kopi ($p=0,037$, $OR=2,49$), literasi sehat bermasalah ($p=0,001$, $OR=24,18$), literasi sehat yang tidak mencukupi ($p=0,001$, $OR=49,78$), pekerjaan non formal ($p=0,008$, $OR=5,12$), tidak bekerja ($p=0,024$, $OR=4,36$), berpendidikan menengah ($p=0,020$, $OR=6,67$), berpendidikan rendah ($p=0,001$, $OR=81,67$), berpendapatan rendah ($p=0,028$, $OR=4,11$), lama dirawat pada suatu periode rawat inap 5-10 hari ($p=0,038$, $OR=0,29$), menjalani terapi campuran ($p=0,001$, $OR=6,59$), mengonsumsi obat campuran ($p=0,001$, $OR=5,54$).

Peneilitian ini juga mengungkapkan bahwa perilaku sehat penderita pascastroke tidak berhubungan dengan: rutin >3 gelas/hari mengonsumsi kopi ($p=0,531$, $OR=2,21$), jenis kelamin ($p=0,150$, $OR=0,54$), suku ($p=0,150$, $OR=0,87$), mengalami stroke pertama kali 3-6 bulan yang lalu ($p=0,178$, $OR=2,08$), mengalami stroke pertama kali >6 bulan yang lalu ($p=0,054$, $OR=3,07$), status perokok ringan ($p=0,159$, $OR=1,99$) dan status janda/duda ($p=0,105$, $OR=2,50$).

Faktor paling dominan berhubungan antara responden dengan status perokok menengah ($OR=691,173$; $95\%CI=0,50-0,95$; $p=0,076$) terhadap perilaku tidak sehat pasien pascastroke.

7.2 Saran

1. Bagi penderita pascastroke agar melakukan perubahan dalam berperilaku sehat terutama dalam hal mengkonsumsi makanan rendah lemak dan garam, rajin melakukan aktivitas fisik untuk melatih anggota gerak yang lumpuh, menghindari asap rokok, menjaga waktu tidur dan mengelola stres. Pasien juga diharapkan memantau kondisi kesehatan mereka secara rutin dengan bantuan tim medis
2. Kepada keluarga dan teman penderita pascastroke agar memberikan dukungan terkait terapi yang dijalani oleh pasien, bahwa terapi medis adalah terapi terbaik untuk pasien.
3. Kepada pihak Dinkes Banda Aceh dan RS Meuraxa, diharapkan meningkatkan kinerja promosi kesehatan dengan melakukan penyuluhan tentang perilaku sehat penderita poststroke terutama bagi pasien yang mengarah pada kesembuhan sehingga dapat meningkatkan pengetahuan pasien tentang perilaku sehat serta konsekuensi jika bertolak belakang pada perilaku tersebut.
4. Diharapkan bagi perawat, ahli gizi, dokter spesialis saraf, konselor yang terlibat dalam perawatan pasien pascastroke, memberikan edukasi dan konseling khusus kepada pasien pascastroke berdasarkan usia mereka. Edukasi dan konseling yang sesuai dengan profesi masing-masing. Melalui kolaborasi dengan para profesional tersebut, pasien dapat mendapatkan panduan yang spesifik sesuai dengan usia mereka dalam hal mengatur pola makan, aktivitas fisik, pola tidur,

pengelolaan stres, dan menghindari asap rokok. Selain itu, diharapkan agar memberikan informasi tentang pilihan makanan sehat dengan anggaran terbatas, memberikan saran mengenai aktivitas fisik yang terjangkau, dan membantu pasien dalam mengelola stres.

5. Kepada pihak Dinas Kominfo diharapkan agar menyediakan materi informasi kesehatan melalui situs web, slogan-slogan mengenai perilaku sehat agar meningkatkan literasi kesehatan para pasien pascastroke tentang perilaku sehat dan praktik kesehatan yang baik.
6. Kepada peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan studi komparatif dengan kota lain di wilayah yang memiliki karakteristik sosial ekonomi dan budaya yang serupa atau sebanding. Hal ini dapat membantu memahami apakah temuan dari penelitian sebelumnya bersifat lokal atau dapat diterapkan secara lebih luas di wilayah lain. Kemudian, dapat melibatkan evaluasi mendalam tentang kualitas layanan kesehatan yang diterima oleh pasien pascastroke di Kota Banda Aceh. Dalam hal ini, peneliti dapat menilai aspek-aspek seperti aksesibilitas, kepuasan pasien, dan efektivitas perawatan yang diberikan.

Lampiran 1

JADWAL PENELITIAN

Keterangan	Bulan Sept Minggu Ke-				Bulan Oktober Minggu Ke-				Bulan Nov Minggu Ke-				Bulan Des Minggu Ke-				Bulan Jan Minggu Ke-			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
➤ Mengumpulkan referensi dan menyiapkan materi																				
➤ Mengajukan alternatif judul penelitian/tulisan																				
➤ Konsultasi s/d persetujuan proposal penelitian																				
➤ Penulisan BAB I dan II																				
➤ Memperoleh data dari objek penelitian																				
➤ Menyusun data dan metodologi penelitian BAB III & IV																				
➤ Penyelesaian akhir; daftar pustaka, lampiran, cover, sampul, abstrak dan halaman awal penulisan																				
➤ Persiapan dan ujian seminar proposal tesis																				
➤ Penelitian																				
➤ Persiapan Uji Seminar Progres																				

Judul Penelitian “Analisis Determinan Perilaku Sehat Pada Penderita Pascastroke di Kota Banda Aceh”

Mengetahui:

Dosen Pembimbing I

(Dr. Hermansyah, SKM, MPH)

Dosen Pembimbing II

(Dr. Amin Haris, S.Pd,I, M.Pd)

DAFTAR PUSTAKA

- Adie K., **Clinical guideline for secondary prevention management in stroke**, *Royal Cornwall Hospital*, 2012.
- Alfan M.M. & Wahjuni E., **Hubungan Literasi Kesehatan Dengan Kebiasaan Perilaku Sehat Mahasiswa Fakultas Ilmu Olahraga Universitas Negeri Surabaya**, *Jurnal Pendidikan Olahraga Dan Kesehatan*, 2020;8(1):133-137.
- Amelia R., Abdullah D., Sjaaf F. & Dewi N.P., **Pelatihan Deteksi Dini Stroke “Metode Fast” Pada Lansia di Nagari Jawi-Jawi Kabupaten Solok Sumatera Barat**, *Jurnal Abdimas ADPI Sains dan Teknologi*, 2021;2(1):19-24.
- Anggraini F.D.P., Aprianti A., Setyawati V.A.V. & Hartanto A.A., **Pembelajaran Statistika Menggunakan Software SPSS untuk Uji Validitas dan Reliabilitas**, *Jurnal Basicedu*, 2022;6(4):6491-6504.
- Anggraini M., Yaslina Y. & Triveni T., **Faktor Dukungan Keluarga dan Jenis Kelamin yang Berhubungan dengan Perilaku Pasien Pasca Stroke dalam Kunjungan Ulang**, *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 2022;3(2):260-266.
- Apriadi W.H., **Good Mood Food-Makanan Sehat Alami**: Gramedia Pustaka Utama; 2013.
- Ariyanti F.T., Husain F. & Luthfi A., **Mahasiswa, ObatObatan Dan Perilaku Kesehatan (Studi Perilaku Pengobatan Mandiri Mahasiswa Universitas Negeri Semarang Dalam Mengonsumsi Obat)**, *Jurnal Studi Masyarakat Dan Pendidikan*, 2018;3(1):26.
- Astuti P.P., **Hubungan Self Efficacy Dengan Self Care Pada Penderita Stroke**, *Jurnal Stikes Icme Jombang*, 2019;44(1):134-140.
- Baker D.W., **The meaning and the measure of health literacy**, *Journal of general internal medicine*, 2006;21:878-883.
- Belayneh M., Mekonnen T.C., Tadesse S.E., Amsalu E.T. & Tadese F., **Sleeping duration, physical activity, alcohol drinking and other risk factors as potential attributes of metabolic syndrome in adults in Ethiopia: A hospital-based cross-sectional study**, *PLoS One*, 2022;17(8):e0271962.
- Berkman N.D., Davis T.C. & McCormack L., **Health literacy: what is it?**, *J Health Commun*, 2010;15 Suppl 2:9-19.

Bridgwood B., Lager K.E., Mistri A.K., Khunti K., Wilson A.D. & Modi P., **Interventions for improving modifiable risk factor control in the secondary prevention of stroke**, *Cochrane Database Syst Rev*, 2018;5(5):Cd009103.

Centers for Disease Control and Prevention, **How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General**, 2010.

Champion V.L. & Skinner C.S., **The health belief model**, *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 2008;4:45-65.

Cheema K.M., Dicks E., Pearson J. & Samani N.J., **Long-term trends in the epidemiology of cardiovascular diseases in the UK: insights from the British Heart Foundation statistical compendium**, *Cardiovascular Research*, 2022;118(10):2267-2280.

Chriki L.S., Bullain S.S. & Stern T.A., **The recognition and management of psychological reactions to stroke: a case discussion**, *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 2006;8(4):234-40.

Chrisanto E.Y., Ernita C., Erlianti F., Umsani U. & Putri E.L., **Penyuluhan kesehatan tentang stroke**, *JOURNAL OF Public Health Concerns*, 2022;2(3):131-134.

Council N.R. & Population C.o., **Critical perspectives on racial and ethnic differences in health in late life**, 2004.

Darmalaksana W., **Kompilasi Abstrak Penelitian Dosen Tahun 2016**: Pusat Penelitian dan Penerbitan UIN SGD Bandung; 2016.

de Fretas Araújo É., Viana R.T., da Cruz C.F., Ferreira de Brito S.A., Ferreira Dos Reis M.T. & de Moraes Faria C.D., **Self-rated health determinants in post-stroke individuals**, *J Rehabil Med*, 2020;52(7):jrm00080.

Dewi D.A., **Modul Uji Validitas dan Reliabilitas**
Statistika terapan:
https://www.researchgate.net/publication/328600462_Modul_Uji_Validitas_dan_Reliabilitas; 2018. p. 1-14.

Dipiro J.T., Talbert R.L., Yee G.C., Matzke G.R., Wells B.G. & Posey L.M., **Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach**, ed, *Connecticut: Appleton and Lange*, 2014;4:141-142.

- Donal Nababan S., Saragih V.C.D., Yuniarti T., KM S., Yuniarti E., Andriyani A., *et al.*, **Gizi dan Kesehatan Masyarakat: Cendikia Mulia Mandiri**; 2023.
- Drake C., Roehrs T., Shambroom J. & Roth T., **Caffeine effects on sleep taken 0, 3, or 6 hours before going to bed**, *J Clin Sleep Med*, 2013;9(11):1195-200.
- Elisabeth L., **Asuhan kebidanan kehamilan**, Jakarta: Penerbit IN MEDIA, 2013.
- Ellis C., Barley J. & Grubaugh A., **Poststroke knowledge and symptom awareness: a global issue for secondary stroke prevention**, *Cerebrovascular Diseases*, 2013;35(6):572-581.
- Elviani Y., **Pengaruh Terapi Bermain Terhadap Perilaku Kooperatif Anak Selama Menjalani Perawatan di Ruang Rawat Inap Anak Rsud Siti Aisyah Kota Lubuklinggau Tahun 201**, *Masker Medika*, 2019;7(1):112-120.
- Faiz K.W., Sundseth A., Thommessen B. & Rønning O.M., **Patient knowledge on stroke risk factors, symptoms and treatment options**, *Vasc Health Risk Manag*, 2018;14:37-40.
- Farida, **Aceh Waspada Stroke**, <https://rsudza.acehprov.go.id/tabloid/2018/04/07/aceh-waspada-stroke/>, 2018.
- Faridah U., Kusumawati D., Rahayu S. & Wahab D., editors. Hubungan Kebiasaan Mengonsumsi Kopi Dengan Gejala Gangguan Tidur Pada Lansia Di Desa Tempuran Demak 2018. Prosiding University Research Colloquium; 2021.
- Festy P., **Lanjut Usia Perspektif dan Masalah**: UMSurabaya Publishing; 2018.
- Frisoli T.M., Schmieder R.E., Grodzicki T. & Messerli F.H., **Salt and hypertension: is salt dietary reduction worth the effort?**, *Am J Med*, 2012;125(5):433-9.
- Fung T.T., Hu F.B., Pereira M.A., Liu S., Stampfer M.J., Colditz G.A. & Willett W.C., **Whole-grain intake and the risk of type 2 diabetes: a prospective study in men**, *The American journal of clinical nutrition*, 2002;76(3):535-540.
- Gahche J.J., Bailey R.L., Potischman N. & Dwyer J.T., **Dietary supplement use was very high among older adults in the United States in 2011–2014**, *The Journal of nutrition*, 2017;147(10):1968-1976.
- Gellman M.D., **Encyclopedia of behavioral medicine**: Springer; 2020.

- Glantz S.A. & Parmley W.W., **Passive smoking and heart disease: mechanisms and risk**, *Jama*, 1995;273(13):1047-1053.
- Glanz K., Rimer B.K. & Viswanath K., **Health behavior: Theory, research, and practice**: John Wiley & Sons; 2015.
- Grau-Sánchez J., Amengual J.L., Rojo N., Veciana de las Heras M., Montero J., Rubio F., *et al.*, **Plasticity in the sensorimotor cortex induced by Music-supported therapy in stroke patients: a TMS study**, *Frontiers in Human Neuroscience*, 2013;7:494.
- Green L.W., Ottoson J.M., Garcia C. & Hiatt R.A., **Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health**, *Annual review of public health*, 2009;30:151-174.
- Habib N. & Ahyana A., **Penerapan Range of Motion dan Latihan menggenggam Pada Pasien Stroke: Suatu Studi Kasus**, *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 2022;1(2).
- Halitopo Y., **Pola Hidup Pasien Hipertensi Rumah Sakit Umum Daerah Wamena, Jayawijaya**, *Jurnal Keperawatan Tropis Papua*, 2019;2(2):96-100.
- Han C.H., Kim H., Lee S. & Chung J.H., **Knowledge and Poor Understanding Factors of Stroke and Heart Attack Symptoms**, *Int J Environ Res Public Health*, 2019;16(19).
- Hariyanti T., Harsono H. & Prabandari Y., **Health Seeking Behaviour pada Pasien Stroke**, *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 2015;28:242-246.
- Hariyono W., Suryani D. & Wulandari Y., **Hubungan antara beban kerja, stres kerja, dan tingkat konflik dengan kelelahan kerja perawat di rumah sakit Islam Yogyakarta PDHI kota Yogyakarta**, *Jurna KesMas UAD*, 2009;3(3).
- Harmawati H., Etriyanti E. & Hardini S., **DETEKSI DINI GEJALA AWAL STROKE**, *Jurnal Abdimas Saintika*, 2021;3(2):186-189.
- Hartono B., **Analisis ketimpangan pembangunan ekonomi di provinsi jawa tengah: program Pascasarjana Universitas Diponegoro**; 2008.
- Hastono S.P., **Analisis data**, Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2001.

- Hastuti N.P., Susanti Y. & Iqomh M., **Gambaran pelaksanaan kegiatan gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS)**, *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 2019;9(2):141-8.
- Hersh L., Salzman B. & Snyderman D., **Health Literacy in Primary Care Practice**, *Am Fam Physician*, 2015;92(2):118-24.
- Indrawati L., Sari W. & Dewi C., **Stroke Cegah dan Obati Sendiri**, *Jakarta: Penebar Plus*, 2016.
- Irawati D., **Faktor-faktor karakteristik yang berpengaruh terhadap pelaksanaan perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tangunan Kecamatan Puri Kabupaten Mojokerto**, *Hospital Majapahit (JURNAL ILMIAH KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN MAJAPAHIT MOJOKERTO)*, 2013;5(2).
- Ishii Y., **Smoking and respiratory diseases**, *Nihon rinsho. Japanese journal of clinical medicine*, 2013;71(3):416-420.
- Junaidi I., **Stroke, waspadai ancamannya**: Penerbit Andi; 2011.
- Kanner A., **Depression in neurologic disorders: Diagnosis and management**: John Wiley & Sons; 2012.
- Kaptoge S., Pennells L., De Bacquer D., Cooney M.T., Kavousi M., Stevens G., *et al.*, **World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions**, *The Lancet Global Health*, 2019;7(10):e1332-e1345.
- Karuniawati H., Ikawati Z. & Gofir A., **Pencegahan sekunder untuk menurunkan kejadian stroke berulang pada stroke iskemik**, *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*, 2015;14:14-21.
- KEMENKES P.P., editor, **Tips mudah mengenali gejala dan tanda - tanda stroke**, **Ingat Slogan SeGeRa ke RS**, <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/tips-mudah-mengenali-gejala-dan-tanda-tanda-stroke-ingat-slogan-segera-ke-rs2018>.
- KEMENKES RI P.P., **Hari Stroke Sedunia 2019 : Otak Sehat, SDM Unggul** <https://p2ptm.kemkes.go.id/tag/hari-stroke-sedunia-2019-otak-sehat-sdm-unggul2019>.
- Komolafe M.A., Olorunmoteni O.E. & Fehintola F.O., **Effect of Health Education on Level of Awareness and Knowledge of Nigerian In-School adolescents on Stroke and Its Risk Factors**, *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2020;29(5):104757.

- Krueger P.M. & Friedman E.M., **Sleep duration in the United States: a cross-sectional population-based study**, *Am J Epidemiol*, 2009;169(9):1052-63.
- Kyle U.G., Genton L., Gremion G., Slosman D.O. & Pichard C., **Aging, physical activity and height-normalized body composition parameters**, *Clinical Nutrition*, 2004;23(1):79-88.
- La Banudi P. & Imanuddin P., editors. *Sosiologi dan Antropologi Gizi* 2017: Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES).
- Lafau A., Nurmaini & Purba J., **'Deskripsi Terapi Tradisional Pada Pasien Pasca Stroke di Kota Gunung Sitoli Nias'**, *Jurnal Perawat Indonesia*, 2021;5(2).
- Lambert M., **AHA/ASA guidelines on prevention of recurrent stroke**, *Am Fam Physician*, 2011;83(8):993-1001.
- Landi F., Calvani R., Tosato M., Martone A.M., Ortolani E., Saveria G., *et al.*, **Protein intake and muscle health in old age: from biological plausibility to clinical evidence**, *Nutrients*, 2016;8(5):295.
- Latif N.F.A., **ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN LAMA RAWAT INAP PASIEN STROKE DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO: UNIVERSITAS HASANUDDIN**; 2021.
- Liow F.M., Kapantow N.H. & Malonda N., **Hubungan antara status sosial ekonomi dengan anemia pada ibu hamil di desa sapa kecamatan tenga kabupaten minahasa selatan**, *Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Sam Ratulangi Manado. Bidang Minat Gizi*, 2012.
- Malik M.T., Healy B.C., Benson L.A., Kivisakk P., Musallam A., Weiner H.L. & Chitnis T., **Factors associated with recovery from acute optic neuritis in patients with multiple sclerosis**, *Neurology*, 2014;82(24):2173-9.
- Malkis Y. & Kariasa I.M., **PENERAPAN TEORI ROY DALAM MENINGKATKAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE ISKEMIA BERULANG**, *Jurnal Endurance*, 2022;7(1):176-183.
- Marlett J.A., McBurney M.I. & Slavin J.L., **Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber**, *Journal of the American Dietetic Association*, 2002;102(7):993-1000.
- Marlina M. & Nurachmah E., **Independence Functions of Stroke Patients with "Gait" Exercise**, *Jurnal Ners*, 2013;8(1):56-63.

- Martina Pakpahan. d., **Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan**: Yayasan Kita Menulis; 2021.
- McEachan R., Taylor N., Harrison R., Lawton R., Gardner P. & Conner M., **Meta-analysis of the reasoned action approach (RAA) to understanding health behaviors**, *Annals of Behavioral Medicine*, 2016;50(4):592-612.
- Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go A.S., Arnett D.K., Blaha M.J., Cushman M., *et al.*, **Heart disease and stroke statistics—2015 update: a report from the American Heart Association**, *Circulation*, 2015;131(4):e29-e322.
- Mubarak W.I. & Chayatin N., **Ilmu kesehatan masyarakat teori dan aplikasi**, *Jakarta: Salemba Medika*, 2009;393.
- Mubarak W.I., Chayatin N. & Rozikin S., **Promosi kesehatan sebuah pengantar proses belajar mengajar dalam pendidikan**, *Yogyakarta: Graha Ilmu*, 2007;30.
- Mubaraki A.A., Alqahtani A.S., Almalki A.A., Almalki A.H., Alamri H.M., Aburass M.K. & Althumali Z.H., **Public knowledge and awareness of stroke among adult population in Taif city, Saudi Arabia**, *Neurosciences (Riyadh)*, 2021;26(4):339-345.
- Nirmalasari N., Nofiyanto M. & Hidayati R.W., **Lama hari rawat pasien stroke**, *Interest: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2020;9(2):117-122.
- Notoatmodjo S., **Promosi Kesehatan dan Ilmu Prilaku**, Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
- Notoatmodjo S., **Ilmu Prilaku Kesehatan**, Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
- Nurhayati E., **Analisis Faktor Determinan Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Pasca Stroke: Studi Literatur**, *ProNers*, 2018;7(1).
- Nurwidya Ade Putri N.H., **Hubungan antara stress dengan kejadian stroke berulang: Literature Review**, *Borneo Student Research*, 2021;Vol.2 No.3 2021.
- Nutbeam D., **The evolving concept of health literacy**, *Soc Sci Med*, 2008;67(12):2072-8.
- Oktavia A.N.A., **Menerapkan Pola Hidup Sehat dengan Istirahat yang Cukup**: <http://ners.unair.ac.id/site/index.php/news-fkp-unair/30-lihat/1046-menerapkan-pola-hidup-sehat-dengan-istirahat-yang-cukup>; 2021 [30 Maret 2021].

- Paddon-Jones D., Short K.R., Campbell W.W., Volpi E. & Wolfe R.R., **Role of dietary protein in the sarcopenia of aging**, *The American journal of clinical nutrition*, 2008;87(5):1562S-1566S.
- Pampel F.C., Krueger P.M. & Denney J.T., **Socioeconomic Disparities in Health Behaviors**, *Annu Rev Sociol*, 2010;36:349-370.
- Pan B., Jin X., Jun L., Qiu S., Zheng Q. & Pan M., **The relationship between smoking and stroke: A meta-analysis**, *Medicine (Baltimore)*, 2019;98(12):e14872.
- Park M., Lee J.S. & Kim Y.H., **Association of physical activity, smoking, and socioeconomic factors on health checkup participation in community-dwelling stroke survivors aged 50 years or older**, *BMC public health*, 2023;23(1):502.
- Pei L., Zang X.-Y., Wang Y., Chai Q.-W., Wang J.-Y., Sun C.-Y. & Zhang Q., **Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke**, *International Journal of Nursing Sciences*, 2016;3(1):29-34.
- Pinquart M. & Duberstein P., **Depression and cancer mortality: a meta-analysis**, *Psychological medicine*, 2010;40(11):1797-1810.
- Pinzon R.T. D.W.R.E., **METODOLOGI PENELITIAN KESEHATAN**, Yogyakarta: Penerbit ANDI; 2021.
- Pinzon R.T., Dyah Wulaningsih Retno Adi. **METODOLOGI PENELITIAN KESEHATAN**, Yogyakarta: Penerbit ANDI; 2021.
- Protheroe J., Wallace L.S., Rowlands G. & DeVoe J.E., **Health literacy: setting an international collaborative research agenda**, *BMC Fam Pract*, 2009;10:51.
- Purnamasari D., **The emergence of non-communicable disease in Indonesia**, *Acta Medica Indonesiana*, 2019;50(4):273.
- Putra I.D.G.R.C., Pinzon R.T. & Pramudita E.A., **Hubungan Antara Tingkat Kepatuhan Minum Obat Antiplatelet Aspirin Dengan Kejadian Stroke Iskemik Berulang Di RS Bethesda Yogyakarta**, *Media Farmasi*, 2016;13(1):49-60.
- Puty N.A., **GAMBARAN FAKTOR RISIKO STROKE USIA MUDA PADA PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA BUKITTINGGI : THESIS**: Universitas Andalas, Padang; 2021.
- Rachmani E., **Kuesioner Pengukuran Tingkat Literasi Kesehatan Versi Singkat Untuk Indonesia (HLS-EU-SQ10-IDN) 2020**.

- Rahmawati V.K., Sani A.F. & Assegaf M.Y., **Stroke Hemodinamik Akibat Infark Miokard Akut**, *Jurnal Aksona*, 2019;1(4):89-95.
- Rejnö Å., Nasic S., Bjälkefur K., Bertholds E. & Jood K., **Changes in functional outcome over five years after stroke**, *Brain and behavior*, 2019;9(6):e01300.
- RISKESDAS. **Laporan Provinsi Aceh RISKESDAS 2018**, Jakarta: Badan Penerbit BALITBANGKES 2019, 2019.
- Rofiqi A., Farkhan A. & Pitana T.S., **Penerapan Healing Garden Pada Perancangan Pusat Rehabilitasi Pasca Stroke**, *Senthong*, 2019;2(1).
- Ruggiero C., Metter E.J., Melenovsky V., Cherubini A., Najjar S.S., Ble A., *et al.*, **High basal metabolic rate is a risk factor for mortality: the Baltimore Longitudinal Study of Aging**, *The journals of gerontology series A: Biological sciences and medical sciences*, 2008;63(7):698-706.
- Saadatnia M., Hajiannejad N., Yazdabadi A., Tajmirriahi M. & Nasr M., **Public Stroke Knowledge, Awareness, and Response to Acute Stroke in Isfahan Iran: What is Less or Misinterpreted in Developing Countries**, *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2021;30(6):105670.
- Sanuade O., **Burden Of Stroke In Ghana: Prevalence, Experience And Caregiving**, https://www.researchgate.net/publication/342673900_Burden_Of_Stroke_In_Ghana_Prevalence_Experience_And_Caregiving: University Of Ghana; 2016.
- Sapang F.A.E.R., Carolina Y., Sampe A. & Ganut F., **Efektivitas Perilaku CERDIK dan PATUH Cegah Stroke Berulang**, *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 2021;4(1):1-12.
- Schram J.L., Oude Groeniger J., Schuring M., Proper K.I., van Oostrom S.H., Robroek S.J. & Burdorf A., **Working conditions and health behavior as causes of educational inequalities in self-rated health: an inverse odds weighting approach**, *Scand J Work Environ Health*, 2021;47(2):127-135.
- Schuiling W.J., Rinkel G.J., Walchenbach R. & de Weerd A.W., **Disorders of sleep and wake in patients after subarachnoid hemorrhage**, *Stroke*, 2005;36(3):578-582.
- Schwarzer R., Luszczynska A., Boehmer S., Taubert S. & Knoll N., **Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year later**, *Social science & medicine*, 2006;63(6):1614-1624.

- Schwarzer R., Sniehotta F.F., Lippke S., Luszczynska A., Scholz U., Schüz B., *et al.*, **On the assessment and analysis of variables in the health action process approach conducting an investigation**, 2003.
- Sedjatiningsih W., **Pengaruh pemberian obat antihipertensi terhadap penurunan tekanan darah pasien stroke iskemik akut yang menjalani rawat inap di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta**: Universitas Gadjah Mada; 2013.
- Sianturi G., **Merokok dan Kesehatan**: Jakarta; 2003.
- Smith P.J. & Blumenthal J.A., **Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease: epidemiology, mechanisms, and treatment**, *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 2011;64(10):924-933.
- Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z. & Brand H., **Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models**, *BMC public health*, 2012;12:80.
- Sun H., Chen S., Jiang B., Zhao X., Wu S., Liu Y., *et al.*, **Public knowledge of stroke in Chinese urban residents: a community questionnaire study**, *Neurological Research*, 2011;33(5):536-540.
- Sunaryo R.G., editor **Penataan Ruang Publik Yang Memadukan Pola Aktivitas Dengan Perubahan Fisik Kawasan. Kasus Kawasan Tambak Bayan-Babarsari**, Yogyakarta, Seminar & Lokakarya Nasional Ikatan Arsitek Indonesia, Jakarta; 2004.
- Suprpti D., **Hubungan Pola Makan, Kondisi Psikologis, Dan Aktivitas Fisik Dengan Diabetes Mellitus Pada Lansia Di Puskesmas Kumai**, *Jurnal Borneo Cendekia*, 2018;2(1):1-23.
- Suprpto N., Saragih O.K. & Al Ardha M.A., **Life adjustment of international students in Eastern Taiwan**, *Journal of International Students*, 2019;9(2):613-634.
- Suryana A., Silvana T. & Erlandia D.R., editors. **The Health Communication Orientation of Poor Community in Rural Areas on West Bandung District, West Java. International Conference on Media and Communication Studies (ICOMACS 2018)**; 2018: Atlantis Press.
- Susanti Y., Septiyana R. & Praditta S.E., **Perbedaan perilaku masyarakat dalam gerakan masyarakat hidup sehat (Germas) daerah rural dan urban**, *Jurnal Ilmu Keperawatan Komunitas*, 2021;4(1):25-36.

- Sutrisno A., **Stroke: you must know before you get it.**, Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.; 2007.
- Tannenbaum C. & Sheehan N.L., **Understanding and preventing drug-drug and drug-gene interactions**, *Expert Rev Clin Pharmacol*, 2014;7(4):533-44.
- TUNIK T., **FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB DAN PENCEGAHAN TERJADINYA STROKE BERULANG**, *HEALTHY: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 2022;1(2):101-108.
- Umberson D., Williams K., Powers D.A., Liu H. & Needham B., **You make me sick: Marital quality and health over the life course**, *Journal of health and social behavior*, 2006;47(1):1-16.
- Volkert D., Chourdakis M., Faxen-Irving G., Frühwald T., Landi F., Suominen M.H., *et al.*, **ESPEN guidelines on nutrition in dementia**, *Clinical Nutrition*, 2015;34(6):1052-1073.
- Walyani E.S., **Asuhan kebidanan pada kehamilan**: Yogyakarta: Pustaka baru press; 2015.
- Wang C., Lang J., Xuan L., Li X. & Zhang L., **The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study**, *Int J Equity Health*, 2017;16(1):58.
- Wang Y., Tu R., Yuan H., Shen L., Hou J., Liu X., *et al.*, **Associations of unhealthy lifestyles with metabolic syndrome in Chinese rural aged females**, *Sci Rep*, 2020;10(1):2718.
- Wardhana W.A., **Strategi mengatasi & bangkit dari stroke**, Yogyakarta: Penerbit Pustaka Pelajar, 2011.
- WHO, **Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 survey**, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.
- Yaslina Y., Murni L. & Najwa L., editors. Hubungan Karakteristik Individu Dan Dukungan Sosial Dengan Perilaku Pencegahan Stroke Pada Masyarakat Diwilayah Kerja Puskesmas Gulai Bancah. Prosiding Seminar Kesehatan Perintis; 2019.
- Yudha Chrisanto E., Ernita C., Erlianti F., Umsani U. & Putri E.L., **Penyuluhan kesehatan tentang stroke**, *JOURNAL OF Public Health Concerns*, 2022;2(3):131-134.

Yusnabeti. **HUBUNGAN AKTIVITAS FISIK DENGAN KEJADIAN STROKE PADA PENDUDUK BOGOR TENGAH TAHUN 2016**, Depok: Universitas Indonesia; 2018.

Zeng Y., He G.P., Yi G.H., Huang Y.J., Zhang Q.H. & He L.L., **Knowledge of stroke warning signs and risk factors among patients with previous stroke or TIA in China**, *J Clin Nurs*, 2012;21(19-20):2886-95.

Lampiran 2



PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

KUESIONER PENELITIAN

Kepada Yth
Para Responden
Pasien Rawat Jalan RSUD Meuraxa

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Bersama ini saya **Saida Nafisah** (peneliti) NPM 2107210005, mahasiswa pascasarjana Kesehatan Masyarakat UNMUHA, No. HP 081269625605, memohon kesediaan bapak/ibu/saudara untuk dapat mengisi kuesioner penelitian saya yang berjudul **"Analisis Determinan Perilaku Sehat Pada Penderita Pascastroke di Kota Banda Aceh"**

Sehubungan dengan maksud diatas, saya sangat mengharapkan bantuan dari bapak/ibu/saudara untuk dapat mengisi kuesioner penelitian ini berdasarkan pendapat, pengalaman dan kondisi yang bapak/ibu/saudara alami saat ini. Kuesioner ini akan sangat dijaga kerahasiaannya. Oleh karena itu sangat diharapkan untuk dapat dijawab dengan sejujur-jujurnya sesuai dengan kondisi yang sesungguhnya. Jawaban tersebut tidak memberi pengaruh apapun terhadap kondisi bapak/ibu/saudara.

Bantuan dan partisipasi bapak/ibu/saudara merupakan sumbangan yang sangat berharga terhadap kelangsungan dari penelitian ilmiah ini.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

Salam Hormat

Saida Nafisah

Tanggal Pengisian..... (diisi oleh peneliti)

Nomor Responden (diisi oleh peneliti)

I. Karakteristik Responden

Inisial Nama :

Umur : tahun

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Pendidikan Terakhir : ☐ SD / Sederajat ☐ SMP / Sederajat
☐ SMU / Sederajat ☐ Perguruan Tinggi

Pekerjaan : ☐ Tidak Bekerja ☐ PNS
☐ Pegawai Swasta ☐ Lainnya, sebutkan.....

Jumlah Pendapatan : ☐ Rp.....

Status Perkawinan : ☐ Menikah ☐ Belum Menikah ☐ Janda/Duda

Suku : ☐ Aceh ☐ Jawa ☐ Lainnya, Sebutkan...

Status Perokok : ☐ Batang rokok/hari
☐ Bukan Perokok

Konsumsi kopi : ☐Gelas/hari

Serangan pertama stroke :

Tempat dirawat : ☐ Tidak dirawat ☐ Klinik / Puskesmas ☐ Rumah Sakit

Lama dirawat : ☐ hari

Kondisi penderita : ☐ Belum Sembuh
☐ Ada perubahan kearah kesembuhan
☐ Sembuh

Terapi yang dijalani : ☐ Terapi Rehabilitasi Medis
☐ Terapi Alternatif (Pijat / Akupunktur, dll)
☐ Campuran (Medis dan Alternatif)

Obat yang dikonsumsi : ☐ Obat-obatan Medis
☐ Obat-obatan herbal
☐ Campuran medis dan herbal

II. Perilaku Sehat

Berilah tanda chek list (v) pada salah satu jawaban pilihan Bapak/Ibu.

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

KS : Kurang Setuju

SS : Sangat Setuju

No	Pernyataan	TS	KS	S	SS
Pola makan rendah lemak dan garam					
1	Makanan yang bapak/ibu konsumsi selama ini dikurangi kadar garam nya sehingga terasa sedikit tawar.				
2	Bapak/ibu menghindari makan makanan yang mempunyai kandungan lemak yang tinggi (santan, minyak, daging merah dll) setelah terkena stroke.				
Aktifitas fisik					
3	Bapak/ibu rutin menjalani rehabilitasi di rumah sakit 2x dalam seminggu.				
4	Selain di rumah sakit, bapak/ibu juga sering melakukan olahraga ringan untuk melatih anggota gerak yang lemah atau lumpuh di rumah.				
Menghindari asap rokok					
5	Anggota keluarga yang tinggal serumah dengan bapak/ibu tidak ada yang merokok.				
6	Bapak/ibu dapat menghindar jika ada orang yang merokok didekat bapak/ibu.				
Tidur yang cukup					
7	Bapak/ibu tidur pulas rata-rata 6 s/d 9 jam setiap hari.				
8	Bapak/ibu juga tidur pada siang hari				
Mengelola stress					
9	Bapak/ibu dapat mengatasi perasaan sedih dan tertekan atas penyakit yang menimpa Bapak/ibu dan yakin bahwa bapak/ibu dapat menjalani ini semua dengan baik.				
10	Bapak/ibu percaya bahwa orang-orang akan tetap menghargai bapak/ibu walaupun bapak/ibu mengalami stroke.				

III. Literasi Kesehatan

Petunjuk pengisian

Berilah tanda *chek list* (✓) pada salah satu jawaban pilihan Bapak/Ibu

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

KS : Kurang Setuju

SS : Sangat Setuju

No	Pernyataan	TS	KS	S	SS
1	Bapak/ibu dapat menemukan informasi tentang gejala penyakit yang bapak/ibu alami.				
2	Bapak/ibu dapat menemukan informasi apa yang harus dilakukan ketika terjadi keadaan darurat medis.				
3	Bapak/ibu dapat menilai informasi tentang kesehatan atau peringatan-peringatan tentang kesehatan (contohnya rokok dapat menimbulkan kanker) yang bapak/ibu dapatkan dapat dipercaya atau tidak.				
4	Bapak/ibu mengetahui vaksinasi apa yang bapak/ibu perlukan atau tidak perlu terhadap sakit yang Bapak/ibu alami.				
5	Bapak/ibu dapat memutuskan bagaimana melindungi diri sendiri dari penyakit berdasarkan saran dari keluarga ataupun teman.				
6	Bapak/ibu dapat menemukan informasi tentang aktivitas yang baik untuk kesehatan mental Bapak/ibu (misalnya meditasi, olah raga, jalan, yoga, dll).				
7	Bapak/ibu dapat mencari informasi tentang perubahan kebijakan, program kesehatan terbaru atau perubahan struktur pelayanan kesehatan yang ada pengaruhnya terhadap Bapak/ibu.				
8	Bapak/ibu dapat memahami nasehat tentang kesehatan dari keluarga atau teman.				
9	Bapak/ibu dapat memahami dan mempercayai bahwa orang-orang disekitar Bapak/ibu dan lingkungan bapak/ibu dapat mempengaruhi kesehatan bapak/ibu.				
10	Bapak/ibu dapat membuat keputusan dan mengupayakan untuk meningkatkan derajat kesehatan Bapak/ibu.				

Lampiran 3

TABEL SKOR

NO	Variabel yang diteliti	No urut	Bobot/Skor				Rentang
			TS	KS	S	SS	
2	Literasi kesehatan	1	1	2	3	4	$\text{Indeks} = (\text{mean} - 1) * (50/3)$ $\text{Gen-HL} = (((Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + Q7 + Q8 + Q9 + Q10)/10) - 1) * 50/3.$ 0-25 = Tidak mencukupi >25 - 33 = Bermasalah >33 - 42 = Cukup >42 - 50 = Sempurna
		2	1	2	3	4	
		3	1	2	3	4	
		4	1	2	3	4	
		5	1	2	3	4	
		6	1	2	3	4	
		7	1	2	3	4	
		8	1	2	3	4	
		9	1	2	3	4	
		10	1	2	3	4	
3	Perilaku Sehat	1	1	2	3	4	Nilai Tertinggi + Nilai Terendah $\text{Median} = \frac{\text{Nilai Tertinggi} + \text{Nilai Terendah}}{2}$ $= (40+10)/2$ $= 25$ Tidak sehat, Jika nilai Median ≤ 25 Sehat, Jika nilai Median > 25
		2	1	2	3	4	
		3	1	2	3	4	
		4	1	2	3	4	
		5	1	2	3	4	
		6	1	2	3	4	
		7	1	2	3	4	
		8	1	2	3	4	
		9	1	2	3	4	
		10	1	2	3	4	

Lampiran 4

Surat Permohononan Uji Validitas



PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
TERAKREDITASI "UNGGUL" LAM-PTKes SK No 0912/LAM-PTKes/Akr.Bd/Mag/XI/2021
Jl. Kampus Muhammadiyah No. 93, Buntok, Lingsar Bkt, Banda Aceh 23241
Telp/Fax: 0651-11053 / 0651-11055
Website: <http://pascasarjana.uam.ac.id> / E-mail: info@pascasarjana.uam.ac.id

No : 076/UM.MKM.M/I/2023
Lamp : -
Hal : Permohonan Uji Validitas

Kepada Yth.
Direktur RS Pertamedika Ummi Rosnati (PUR) Banda Aceh
di
Tempat

Dengan Hormat,

1. Sehubungan dengan persyaratan yang harus dipenuhi dalam menyelesaikan tugas akhir pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh, diwajibkan kepada mahasiswa menulis karya tulis ilmiah (Tesis), bersama ini kami hadapkan mahasiswa yang akan melakukan uji validitas kuesioner penelitian:

N a m a : **Saida Nafisah**
NPM : 2107210005
Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Judul Tesis : **"ANALISIS DETERMINAN PERILAKU SEHAT
PENDERITA PASCA STROKE DI KOTA BANDA
ACEH"**

2. Untuk maksud tersebut kami mohon bantuan agar kepada yang bersangkutan dapat memperoleh data dan hal lain yang diperlukan. Perlu kami informasikan bahwa hasil penelitian ini semata-mata hanya kepentingan ilmu pengetahuan bukan untuk dipublikasikan.
3. Berkaitan dengan adanya kebijakan *social distancing* pada masa pandemi Covid-19 ini, maka kami menghimbau mahasiswa yang bersangkutan untuk dapat memperhatikan **Protokol Kesehatan Pencegahan Covid-19** jika mengharuskan pengambilan data penelitian secara langsung di lapangan. Hal ini sebagai upaya pencegahan penularan Covid-19;
4. Demikianlah kami sampaikan, atas bantuan dan perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Banda Aceh, 26 Januari 2023

Direktur

Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHS, MSc, HPPE, DSHM, PhD
NIP. 19710703 199503 1 001

Lampiran 5
Surat Izin Uji Validitas



Izin Uji Validitas Sampung Hasil Penelitian
Kesehatan Masyarakat Kota Banda Aceh - 2023
Muhammad Fariz Akbar, SE
Email: akbarfariz@gmail.com

Banda Aceh, 31 Januari 2023
Nomor : 314 /PUR-B0000/2023-S8
Lampiran : 1
Perihal : Izin Uji Validitas

Kepada Yth.
Direktur Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh

Di -

Tempat

Merindaklanjuti surat dari Direktur Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh No. 076/UM.MKM.M/I/2023 pada tanggal 26 Januari 2023 Perihal Permohonan Izin Uji Validitas, dengan ini kami sampaikan bahwa kami mengijinkan kepada:

Nama : Saide Nafisah
NIM : 2107210005
Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Untuk melakukan Ijin Uji Validitas guna penulisan karya tulis ilmiah (Tesis) dengan Judul
"Analisis Determinan Perilaku Sehat Penderita Pasca Stroke di Kota Banda Aceh".

Untuk kegiatan ini dikenakan biaya jasa lahan per orang sebesar Rp. 750.000,-/orang

Pembayaran dapat ditransfer ke rek :

Nama : PT. Rosnati
Bank : BSI
No Rek : 5555500517

Untuk konfirmasi bukti pembayaran melalui contact person : Muhammad Fariz Akbar, SE.

No Hp : +62-853-3722-0634

Kami minta untuk hasil Penelitian dapat di presentasikan di RSPUR dan berkoordinasi dengan SDM untuk Pelaksanaannya.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Direktur,



Lampiran 6

Surat Permohonan Izin Penelitian



PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
TERAKREDITASI "UNGGUL" LAM-PTKes SK No 0012/LAM-PTKes/Akr/Bd/Mag/XI/2021
Jl. Kampus Muhammadiyah No. 93, Bateh, Lingsar Bata, Banda Aceh 23145
Telp/Fax: 0651-31055 / 0651-31053
Website: <http://pkm.umma.ac.id> | E-mail: pkm@umma.ac.id

Nu : 070/UM.MKMLM/I/2023
Lamp : -
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh
di
Tempat

Dengan Hormat,

1. Sehubungan dengan proses penyusunan tesis yang merupakan salah satu syarat kelulusan pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh, maka kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data penelitian terhadap mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

Nama : **Saida Nafisah**
NPM : 2107210005
Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Judul Tesis : **"ANALISIS DETERMINAN PERILAKU SEHAT PADA PENDERITA PASCASTROKE DI KOTA BANDA ACEH"**

2. Sebagai bentuk kewaspadaan pencegahan Covid-19, maka kami menghimbau mahasiswa yang bersangkutan untuk tetap memperhatikan Protokol Kesehatan jika mengharuskan pengambilan data penelitian secara langsung di lapangan. Hal ini sebagai upaya pencegahan penularan Covid-19;
3. Demikianlah kami sampaikan, atas bantuan dan perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Banda Aceh, 20 Januari 2023


Prof. Anawati Abdullah, SKM, MHSM, MSc.HPPF, DLSHTM, PhD

NIP. 19710703 199503 1 001

Lampiran 7
Surat Izin Penelitian



PEMERINTAH KOTA BANDA ACEH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA

Jl. Soekarno-Hatta, Banda Raya, Banda Aceh(23238)
Telp./Faks. (0651) 43097/43095 Email : rsu@bandaacehkota.go.id
Website : <http://rsu.bandaacehkota.go.id>

Banda Aceh, 13 Februari 2023

Kepada

Nomor : 070/308 /2023
Hal : Izin penelitian

Yth. Direktur Program Studi
Magister Kesehatan Masyarakat
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh
di -

Tempat

Bismillahirrahmanirrahim,
Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Sehubungan dengan Surat Direktur Program Studi Magister
Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh No
:070/UM.MKM.M/I/2023, tanggal 20 Januari 2023 perihal izin penelitian
mahasiswa:

Nama : SAIDA NAFISAH
NPM : 2107210005

Pada prinsipnya pihak kami tidak keberatan dan memberi izin kepada
yang namanya tersebut diatas untuk melakukan penelitian dan hal lain yang
diperlukan untuk penyelesaian Tesis dengan judul "*Analisis Determinan
Perilaku Sehat pada Penderita pascastroke di Kota Banda Aceh*"
berlokasi di Poliklinik Saraf dan Ruang Rehabilitasi Medik RSUD Meuraxa
Kota Banda Aceh.

Setelah penulisan dan penyusunan Tesis selesai, mohon 1 (satu) eks
dikirimkan ke Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa sebagai bahan kajian
untuk perbaikan, pengembangan dan pustaka Rumah Sakit.

Untuk kelanjutannya diharapkan Mahasiswa yang tersebut diatas dapat
berhubungan dengan Instalasi Diklat dan Penelitian RSUD Meuraxa.

Demikianlah disampaikan atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa
Kota Banda Aceh



Dr. Riza Mulyadi, Sp.An. FIPM
NIP. 36741023 200312 1004

Lampiran 8
Surat Pengantar Izin Penelitian



PEMERINTAH KOTA BANDA ACEH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA

Jl. Soekarno-Hatta, Banda Raya, Banda Aceh(23238)
Telp./Faks. (0651) 43097/43095 Email : rsu@bandaacehkota.go.id
Website : <http://rsu.bandaacehkota.go.id>

Banda Aceh, 13 Februari 2023

Kepada

Nomor : 070/S/ /2023
Hal : Pengantar izin penelitian

Yth. 1. Ka. Poliklinik Penyakit Saraf
2. Ka. Poliklinik Rehabilitasi Medik
RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh
di .

Tempat

Bismillahirrahmanirrahim.
Assalamualaikum Wr. Wb.

Sehubungan dengan Surat Direktur Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammdiyah Aceh No :070/UM.MKM.M/V/2023, tanggal 20 Januari 2023 perihal izin penelitian mahasiswa.

Nama : SAIDA NAFISAH
Nim : 2107210005

Pada prinsipnya pihak kami tidak keberatan dan memberi izin kepada yang namanya tersebut diatas untuk melakukan penelitian dan hal lain yang diperlukan untuk penyelesaian Tesis dengan judul "*Analisis Determinan Perilaku Sehat pada Penderita pascastroke di Kota Banda Aceh*" berlokasi di Poliklinik Saraf dan Ruang Rehabilitasi Medik RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh.

Gehubungan dengan hal tersebut diatas, kami sampaikan kepada pihak Bapak/Ibu agar dapat memfasilitasi yang bersangkutan dalam keperluan penelitian dimaksud.

Demikianlah disampaikan atas kerjasamanya diucapkan terima kasih



Lampiran 9
Surat Selesai Penelitian



PEMERINTAH KOTA BANDA ACEH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA

Jl. Soekarno-Hatta, Banda Raya, Banda Aceh(23238)
Telp./Faks. (0651) 430927/430935 Email : rsum@bandaacehkota.go.id
Website : <http://rsum.bandaacehkota.go.id>

Banda Aceh, 15 Maret 2023

Kepada

Yth. Direktur Program Studi
Magister Kesehatan Masyarakat
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh
di -
Tempat

Nomor : 070/569/2023
Lampiran :-
Perihal : Selesai penelitian

Bismillahirrahmanirrahim
Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Sehubungan dengan surat Direktur Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh Nomor: 070/LM/MM/MV/2023, tanggal 20 Januari 2023, perihal izin penelitian mahasiswa :

Nama : SAIDA NAFISAH
Nim : 2107210006

Bener telah selesai melakukan penelitian dalam rangka penulisan Tesis dengan judul
"Analisis Determinan Perilaku Sehat pada Penderita pascastroke di Kota Banda Aceh" Bertekad di Poliklinik Saraf dan Ruang Rehabilitasi Medik RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh.

Demikianlah surat ini kami buat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa
Kota Banda Aceh



dr. Riza Mulyadi, Sp. An. FIPM
Nrp.19741023 200312 1004

MASTER TABEL

[illegible]

Lampiran 11

DO FILE

*univariat

tab perilkusehat

summ umur num_rokok num_kopi num_serangan1_stroke num_lama_rawat
num_literasisehat num_pendapatan1

tab jenis_kelamin

tab suku

tab serangan1_stroke

tab kondisi_sekarang

tab rokok

tab kopi

tab literasisehat

tab pekerjaan

tab perkawinan

tab pendidikan

tab pendapatan

tab tempat_rawat

tab lama_rawat

tab terapi

tab konsumsi_obat

*BIVARIAT

summ umur if perilkusehat==0

summ umur if perilkusehat==1

logit perilkusehat umur, or

tab jenis_kelamin perilkusehat, row

logit perilkusehat jenis_kelamin, or

tab suku perilkusehat, row

logit perilkusehat suku, or

tab serangan1_stroke perilkusehat, row

logit perilkusehat i.serangan1_stroke, or

summ num_serangan1_stroke if perilkusehat==0

summ num_serangan1_stroke if perilkusehat==1

logit perilkusehat num_serangan1_stroke, or

tab kondisi_sekarang perilkusehat, row

logit perilkusehat i.kondisi_sekarang, or

tab rokok perilkusehat, row

logit perilkusehat i.rokok, or

summ num_rokok if perilkusehat==0

summ num_rokok if perilkusehat==1

logit perilkusehat num_rokok, or

tab kopi perilkusehat, row

logit perilkusehat i.kopi, or

```

summ num_kopi if perilkusehat==0
summ num_kopi if perilkusehat==1
logit perilkusehat num_kopi, or
tab literasisehat perilkusehat, row
logit perilkusehat i.literasisehat, or
summ num_literasisehat if perilkusehat==0
summ num_literasisehat if perilkusehat==1
logit perilkusehat num_literasisehat , or
tab pekerjaan perilkusehat, row
logit perilkusehat i.pekerjaan , or
tab perkawinan perilkusehat, row
logit perilkusehat i.perkawinan , or
tab pendidikan perilkusehat, row
logit perilkusehat i.pendidikan , or
tab pendapatan perilkusehat, row
logit perilkusehat i.pendapatan, or
summ num_pendapatan1 if perilkusehat==0
summ num_pendapatan1 if perilkusehat==1
logit perilkusehat num_pendapatan1, or
tab lama_rawat perilkusehat, row
logit perilkusehat i.lama_rawat, or
summ num_lama_rawat if perilkusehat==0
summ num_lama_rawat if perilkusehat==1
logit perilkusehat num_lama_rawat, or
tab terapi perilkusehat, row
logit perilkusehat i.terapi, or
tab konsumsi_obat perilkusehat, row
logit perilkusehat i.konsumsi_obat, or

```

*MULTIVARIAT

*MODEL 1

```

logit perilkusehat umur jenis_kelamin i.serangan1_stroke i.kondisi_sekarang i.rokok
i.literasisehat, or

```

*MODEL 2

```

logit perilkusehat i.pekerjaan i.pendidikan i.pendapatan, or

```

*MODEL 3

```

logit perilkusehat i.terapi i.konsumsi_obat, or

```

*MODEL 4

```

logit perilkusehat umur jenis_kelamin i.serangan1_stroke
i.kondisi_sekarang i.rokok i.literasisehat i.pekerjaan i.pendidikan

```

i.pendapatan i.terapi i.konsumsi_obat, o

Lampiran 12

OUTPUT

1. OUTPUT UJI VALID DAN RELIABEL

Variabel Perilaku Sehat

```
. alpha var1 var2 var3 var4 var5 var6 var7 var8 var9 var10, item
```

```
Test scale = mean(unstandardized items)
```

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem covariance	alpha
var1	30	+	0.4791	0.2961	.1197957	0.6808
var2	30	+	0.6551	0.5575	.1110792	0.6435
var3	30	+	0.6068	0.4493	.1074074	0.6511
var4	30	+	0.6525	0.5370	.1077267	0.6407
var5	30	+	0.6522	0.3844	.0963921	0.6861
var6	30	+	0.5582	0.4434	.1177522	0.6596
var7	30	+	0.3732	0.2307	.1303959	0.6884
var8	30	+	0.4986	0.3829	.1227331	0.6690
var9	30	+	0.3808	0.2145	.1292784	0.6923
var10	30	+	0.4089	0.2494	.1270434	0.6866
Test scale					.1169604	0.6930

Variabel Literasi Kesehatan

```
. alpha var1 var2 var3 var4 var5 var6 var7 var8 var9 var10, item
```

```
Test scale = mean(unstandardized items)
```

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem covariance	alpha
var1	30	+	0.8029	0.7420	.1956258	0.8582
var2	30	+	0.6202	0.5262	.2144317	0.8740
var3	30	+	0.5346	0.4434	.2252554	0.8789
var4	30	+	0.3699	0.2055	.2347382	0.9035
var5	30	+	0.7787	0.7086	.1961047	0.8604
var6	30	+	0.6694	0.5827	.2096105	0.8701
var7	30	+	0.8281	0.7760	.1949553	0.8560
var8	30	+	0.7168	0.6277	.2005109	0.8668
var9	30	+	0.8233	0.7726	.1975415	0.8570
var10	30	+	0.8601	0.8105	.186143	0.8517
Test scale					.2054917	0.8800

2. OUTPUT ANALISIS DATA PENELITIAN

```
name: <unnamed>
log: E:\KULIAH\TESIS\SAIDAH NAFISAH\OUTPUT ME1.1.log
log type: text
opened on: 26 Nov 2023, 10:36:20

. gen x1= umur

. gen x2= jenis_kelamin

. gen x3= pendidikan

. gen x4= pekerjaan

. gen x5= perkawinan

. gen x6= suku

. gen x7= rokok

. gen x8= kopi

. gen x9= serangan1_stroke

. gen x10= tempat_rawat

. gen x11= lama_rawat

. gen x12= kondisi_sekarang

. gen x13= terapi

. gen x14= konsumsi_obat
```

```
. gen x15= literasisehat

. gen x16= pendapatan

. gen y= perilkusehat

. label variable x1 "umur"

. save "E:\KULIAH\TESIS\SAIDAH NAFISAH\SAIDA.dta", replace
file E:\KULIAH\TESIS\SAIDAH NAFISAH\SAIDA.dta saved

. label variable x2 "jenis kelamin"

. label variable x3 "pendidikan"

. label variable x4 "pekerjaan"

. label variable x5 "perkawinan"

. label variable x6 "suku"

. label variable x7 "rokok"

. label variable x8 "kopi"

. label variable x9 "serangan stroke"

. label variable x10 "tempat rawat"

. label variable x11 "lama rawat"

. label variable x12 "kondisi sekarang"
```

```

. label variable x13 "terapi"

. label variable x14 "konsumsi obat"

. label variable x15 "literasi sehat"

. label variable x16 "pendapatan"

. label variable y "perilaku sehat"

. log close

      name: <unnamed>
      log: E:\KULIAH\TESIS\SAIDAH NAFISAH\OUTPUT ME1.1.log
      log type: text
closed on: 26 Nov 2023, 10:46:09

```

```

-----
      name: <unnamed>
      log: E:\KULIAH\TESIS\SAIDAH NAFISAH\OUTPUT ME1.log
      log type: text
opened on: 26 Nov 2023, 00:17:55

```

```

. *univariat

.
. tab perilkusehat

```

perilkuseh			
at	Freq.	Percent	Cum.
sehat	38	40.00	40.00
tidak sehat	57	60.00	100.00
Total	95	100.00	

```

.
. summ umur num_rokok num_kopi num_serangan1_stroke num_lama_rawat
num_literasisehat num_pend
> apatan1

```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
umur	95	59.83158	7.694503	40	84
num_rokok	95	5.831579	6.86442	0	20
num_kopi	95	1.410526	1.332848	0	4
num_serang~e	95	13.96842	18.2835	1	74
num_lama_r~t	95	6.157895	1.852633	3	11
num_litera~t	95	29.95789	3.850714	23	35
num_pendap~1	95	2300000	2024320	0	8000000

```
.
. tab jenis_kelamin
```

jenis_kelamin		Freq.	Percent	Cum.
laki-laki		56	58.95	58.95
perempuan		39	41.05	100.00
Total		95	100.00	

```
.
. tab suku
```

suku		Freq.	Percent	Cum.
Aceh		81	85.26	85.26
non Aceh		14	14.74	100.00
Total		95	100.00	

```
.
. tab serangan1_stroke
```

serangan1_s		Freq.	Percent	Cum.
troke				
<3 bulan		21	22.11	22.11
3-6 bulan		41	43.16	65.26
>6 bulan		33	34.74	100.00
Total		95	100.00	

```
.
. tab kondisi_sekarang
```

kondisi_sekar		Freq.	Percent	Cum.
ang				
Sembuh		10	10.53	10.53
Ada perubahan		65	68.42	78.95
Belum Sembuh		20	21.05	100.00
Total		95	100.00	

```
.
. tab rokok
```

rokok		Freq.	Percent	Cum.
Bukan Perokok		43	45.26	45.26
Ringan		30	31.58	76.84
Menengah		22	23.16	100.00
Total		95	100.00	

```
.
. tab kopi
```

kopi		Freq.	Percent	Cum.
Tidak rutin		40	42.11	42.11
Rutin 1-3 gelas		52	54.74	96.84

Rutin >3 gelas	3	3.16	100.00
Total	95	100.00	

```
.
. tab literasisehat
```

literasisehat	Freq.	Percent	Cum.
Cukup	41	43.16	43.16
Bermasalah	39	41.05	84.21
Tidak mencukupi	15	15.79	100.00
Total	95	100.00	

```
.
. tab pekerjaan
```

pekerjaan	Freq.	Percent	Cum.
formal	17	17.89	17.89
non formal	47	49.47	67.37
tidak bekerja	31	32.63	100.00
Total	95	100.00	

```
.
. tab perkawinan
```

perkawinan	Freq.	Percent	Cum.
menikah	73	76.84	76.84
belum menikah	1	1.05	77.89
janda/duda	21	22.11	100.00
Total	95	100.00	

```
.
. tab pendidikan
```

pendidikan	Freq.	Percent	Cum.
tinggi	16	16.84	16.84
menengah	41	43.16	60.00
rendah	38	40.00	100.00
Total	95	100.00	

```
.
. tab pendapatan
```

RECODE of			
num_pendapa			
tan	Freq.	Percent	Cum.
menengah	13	13.68	13.68
rendah	82	86.32	100.00
Total	95	100.00	

```
.
. tab tempat_rawat
```

```
tempat_rawa |
```

t	Freq.	Percent	Cum.
RS	95	100.00	100.00
Total	95	100.00	

```
.
. tab lama_rawat
```

RECODE of			
num_lama_ra			
wat	Freq.	Percent	Cum.
<5 hari	21	22.11	22.11
5-10 hari	73	76.84	98.95
>10 hari	1	1.05	100.00
Total	95	100.00	

```
.
. tab terapi
```

terapi	Freq.	Percent	Cum.
Medis	45	47.37	47.37
Campuran	50	52.63	100.00
Total	95	100.00	

```
.
. tab konsumsi_obat
```

konsumsi_ob			
at	Freq.	Percent	Cum.
medis	53	55.79	55.79
campuran	42	44.21	100.00
Total	95	100.00	

```
.
.
.
.
. *BIVARIAT
```

```
.
. summ umur if perilakusehat==0
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
umur	38	56.52632	7.395166	40	75

```
.
. summ umur if perilakusehat==1
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
umur	57	62.03509	7.133835	45	84

```
.
. logit perilakusehat umur, or
```

```
Iteration 0: log likelihood = -63.936108
Iteration 1: log likelihood = -57.603418
```

Logistic regression	Number of obs	=
95		
	LR chi2(1)	=
12.75		
	Prob > chi2	=
0.0004		
Log likelihood = -57.56102	Pseudo R2	=
0.0997		

Note: _cons estimates baseline odds.

Key
frequency
row percentage

```
. logit perilaku_sehat jenis_kelamin , or
```

Logistic regression	Number of obs	=
95		
	LR chi2(1)	=
2.09		
	Prob > chi2	=
0.1483		

Log likelihood = -62.891309
0.0163

Pseudo R2 =

perilakusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
-----+-----					

jenis_kelamin	.5405405	.2307862	-1.44	0.150	.2341013
1.248109					
_cons	1.947368	.5496225	2.36	0.018	1.11997
3.386024					

Note: _cons estimates baseline odds.

.
. tab suku perilakusehat, row

+-----+	
Key	
+-----+	
frequency	
row percentage	
+-----+	

suku	perilakusehat		Total
	sehat	tidak seh	
Aceh	32	49	81
	39.51	60.49	100.00
non Aceh	6	8	14
	42.86	57.14	100.00
Total	38	57	95
	40.00	60.00	100.00

.
. logit perilakusehat suku , or

Iteration 0: log likelihood = -63.936108
Iteration 1: log likelihood = -63.908354
Iteration 2: log likelihood = -63.908351

Logistic regression
95

Number of obs =

0.06

LR chi2(1) =

0.8137

Prob > chi2 =

Log likelihood = -63.908351
0.0004

Pseudo R2 =

perilakusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
-----+-----					

suku	.8707482	.5102056	-0.24	0.813	.2761469
2.745649					

```

      _cons |      1.53125      .3480291      1.87      0.061      .980802
2.390622

```

```

-----
---

```

```

Note: _cons estimates baseline odds.

```

```

.
. tab serangan1_stroke perilakusehat, row

```

```

+-----+
| Key |
+-----+
| frequency |
| row percentage |
+-----+

```

serangan1_s troke	perilakusehat		Total
	sehat	tidak seh	
<3 bulan	12	9	21
	57.14	42.86	100.00
3-6 bulan	16	25	41
	39.02	60.98	100.00
>6 bulan	10	23	33
	30.30	69.70	100.00
Total	38	57	95
	40.00	60.00	100.00

```

.
. logit perilakusehat i.serangan1_stroke, or

```

```

Iteration 0:   log likelihood = -63.936108
Iteration 1:   log likelihood = -62.009804
Iteration 2:   log likelihood = -62.006741
Iteration 3:   log likelihood = -62.006741

```

```

Logistic regression                                Number of obs      =
95                                                    LR chi2(2)         =
3.86                                                    Prob > chi2         =
0.1452                                                    Pseudo R2          =
Log likelihood = -62.006741
0.0302

```

```

-----
-----

```

perilakusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]

serangan1_stroke					
3-6 bulan	2.083333	1.135263	1.35	0.178	.7160063
6.061787					
>6 bulan	3.066667	1.782688	1.93	0.054	.981417
9.582516					
_cons	.75	.3307189	-0.65	0.514	.3160215
1.779942					

Note: _cons estimates baseline odds.

```
. summ num_serangan1_stroke if perilakusehat==0
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
num_serang~e	38	13.07895	19.86084	1	74

```
. summ num_serangan1_stroke if perilakusehat==1
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
num_serang~e	57	14.5614	17.30918	2	62

```
. logit perilakusehat num_serangan1_stroke, or
```

```
Iteration 0: log likelihood = -63.936108
Iteration 1: log likelihood = -63.859675
Iteration 2: log likelihood = -63.859653
Iteration 3: log likelihood = -63.859653
```

Logistic regression	Number of obs	=
95		
	LR chi2(1)	=
0.15		
	Prob > chi2	=
0.6958		
Log likelihood = -63.859653	Pseudo R2	=
0.0012		

	perilakusehat Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
num_serangan1_stroke	1.004558	.0117515	0.39	0.697	.9817877
1.027857					
_cons	1.408722	.3709679	1.30	0.193	.8407615
2.360357					

Note: _cons estimates baseline odds.

```
. tab kondisi_sekarang perilakusehat, row
```

Key
frequency
row percentage

kondisi_sekarang	perilakusehat		Total
ang	sehat	tidak seh	
Sembuh	9	1	10
	90.00	10.00	100.00

Ada perubahan	26	39	65
	40.00	60.00	100.00
Belum Sembuh	3	17	20
	15.00	85.00	100.00
Total	38	57	95
	40.00	60.00	100.00

```
.
. logit perilkusehat i.kondisi_sekarang, or
```

```
Iteration 0:  log likelihood = -63.936108
Iteration 1:  log likelihood = -55.492804
Iteration 2:  log likelihood = -55.451214
Iteration 3:  log likelihood = -55.45077
Iteration 4:  log likelihood = -55.45077
```

```
Logistic regression               Number of obs   =
95                                LR chi2(2)      =
16.97                            Prob > chi2    =
0.0002                           Pseudo R2     =
Log likelihood = -55.45077
0.1327
```

perilkusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
kondisi_sekarang					
Ada perubahan	13.5	14.63498	2.40	0.016	1.612759
113.0051					
Belum Sembuh	51	62.52999	3.21	0.001	4.612437
563.9101					
_cons	.1111111	.1171214	-2.08	0.037	.0140771
.8770063					

Note: _cons estimates baseline odds.

```
.
. tab rokok perilkusehat, row
```

Key	frequency	row percentage
rokok	perilkusehat sehat tidak seh	Total
Bukan Perokok	23 20	43
	53.49 46.51	100.00
Ringan	11 19	30

	36.67	63.33	100.00
Menengah	4	18	22
	18.18	81.82	100.00
Total	38	57	95
	40.00	60.00	100.00

```
.
. logit perilkusehat i.rokok , or

Iteration 0:   log likelihood = -63.936108
Iteration 1:   log likelihood = -59.897195
Iteration 2:   log likelihood = -59.846396
Iteration 3:   log likelihood = -59.84639
```

```
Logistic regression                                Number of obs    =
95                                                    LR chi2(2)        =
8.18                                                    Prob > chi2       =
0.0167                                                    Pseudo R2        =
Log likelihood = -59.84639
0.0640
```

```
-----
---
perilkusehat | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|    [95% Conf.
Interval]
-----+-----
---
      rokok |
      Ringan |   1.986364   .967053    1.41   0.159    .7649883
5.157779
      Menengah |   5.174995   3.268998    2.60   0.009    1.500422
17.84869
      _cons |   .8695652   .2658627   -0.46   0.648    .4775886
1.583253
-----
```

```
---
Note: _cons estimates baseline odds.
```

```
.
. summ num_rokok if perilkusehat==0
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
num_rokok	38	3.552632	5.485595	0	20

```
.
. summ num_rokok if perilkusehat==1
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
num_rokok	57	7.350877	7.303354	0	20

```
.
. logit perilkusehat num_rokok , or
```

```
Iteration 0:   log likelihood = -63.936108
Iteration 1:   log likelihood = -60.188897
Iteration 2:   log likelihood = -60.160536
```

Iteration 3: log likelihood = -60.160534

Logistic regression	Number of obs	=
95		
	LR chi2(1)	=
7.55		
	Prob > chi2	=
0.0060		
Log likelihood = -60.160534	Pseudo R2	=
0.0591		

```
-----
---
perilakusehat | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-----+-----
---
      num_rokok |   1.096523   .0395711     2.55   0.011     1.021644
1.176889
      _cons |   .923496   .2528135    -0.29   0.771     .5400235
1.579274
-----
```

Note: _cons estimates baseline odds.

```
.
. tab kopi perilakusehat, row
```

```
+-----+
| Key |
+-----+
| frequency |
| row percentage |
+-----+
```

	perilakusehat		
kopi	sehat	tidak seh	Total
Tidak rutin	21	19	40
	52.50	47.50	100.00
Rutin 1-3 gelas	16	36	52
	30.77	69.23	100.00
Rutin >3 gelas	1	2	3
	33.33	66.67	100.00
Total	38	57	95
	40.00	60.00	100.00

```
.
. logit perilakusehat i.kopi, or
```

Iteration 0: log likelihood = -63.936108
Iteration 1: log likelihood = -61.685593
Iteration 2: log likelihood = -61.681981
Iteration 3: log likelihood = -61.681981

Logistic regression	Number of obs	=
95		
	LR chi2(2)	=
4.51		

```

0.1050
Log likelihood = -61.681981
0.0353

```

```

Prob > chi2      =
Pseudo R2       =

```

-----+-----						
perilakusehat Odds Ratio		Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
-----+-----						
num_kopi						
Rutin 1-3 gelas	2.486842	1.085496	2.09	0.037	1.057067	
5.850513						
Rutin >3 gelas	2.210526	2.796338	0.63	0.531	.1852325	
26.37997						
_cons						
	.9047619	.2864691	-0.32	0.752	.4864337	
1.682848						

Note: _cons estimates baseline odds.

```

.
. summ num_kopi if perilakusehat==0

```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
-----+-----					
num_kopi	38	1.131579	1.359075	0	4

```

.
. summ num_kopi if perilakusehat==1

```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
-----+-----					
num_kopi	57	1.596491	1.293661	0	4

```

.
. logit perilakusehat num_kopi, or

```

```

Iteration 0:  log likelihood = -63.936108
Iteration 1:  log likelihood = -62.519805
Iteration 2:  log likelihood = -62.517323
Iteration 3:  log likelihood = -62.517323

```

```

Logistic regression      Number of obs      =
95                        LR chi2(1)         =
2.84                     Prob > chi2        =
0.0921                   Pseudo R2         =
Log likelihood = -62.517323
0.0222

```

-----+-----					

perilakusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Interval]	-----+-----				

num_kopi	1.31053	.2133878	1.66	0.097	.9524661
1.803202					
_cons	1.038109	.3125964	0.12	0.901	.5753449
1.873086					

Note: _cons estimates baseline odds.

```
. tab literasisehat perilakusehat, row
```

+-----+			
Key			
+-----+			
frequency			
row percentage			
+-----+			
+-----+			
literasisehat	perilakusehat		Total
	sehat	tidak seh	
+-----+			
Cukup	32	9	41
	78.05	21.95	100.00
+-----+			
Bermasalah	5	34	39
	12.82	87.18	100.00
+-----+			
Tidak mencukupi	1	14	15
	6.67	93.33	100.00
+-----+			
Total	38	57	95
	40.00	60.00	100.00

```
. logit perilakusehat i.literasisehat, or
```

```
Iteration 0: log likelihood = -63.936108
Iteration 1: log likelihood = -40.61488
Iteration 2: log likelihood = -40.192102
Iteration 3: log likelihood = -40.187296
Iteration 4: log likelihood = -40.187292
Iteration 5: log likelihood = -40.187292
```

Logistic regression	Number of obs	=
95		
	LR chi2(2)	=
47.50		
	Prob > chi2	=
0.0000		
Log likelihood = -40.187292	Pseudo R2	=
0.3714		

perilakusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
-----+					
literasisehat					
Bermasalah	24.17778	14.74196	5.22	0.000	7.318326
79.87687					
Tidak mencukupi	49.77778	54.84123	3.55	0.000	5.744453
431.3426					
_cons	.28125	.1061178	-3.36	0.001	.1342541
.5891928					

Note: _cons estimates baseline odds.

```
. summ num_literasisehat if perilakusehat==0
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
num_litera~t	38	33.10526	2.555222	25	35

```
. summ num_literasisehat if perilakusehat==1
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
num_litera~t	57	27.85965	3.061504	23	34

```
. logit perilakusehat num_literasisehat , or
```

```
Iteration 0: log likelihood = -63.936108
Iteration 1: log likelihood = -40.204823
Iteration 2: log likelihood = -39.39314
Iteration 3: log likelihood = -39.381408
Iteration 4: log likelihood = -39.381405
```

Logistic regression	Number of obs	=
95		
	LR chi2(1)	=
49.11		
	Prob > chi2	=
0.0000		
Log likelihood = -39.381405	Pseudo R2	=
0.3841		

perilakusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
num_literasisehat	.6162523	.0537768	-5.55	0.000	.5193726
.7312032					
_cons	4265675	1.18e+07	5.53	0.000	19093.49
9.53e+08					

Note: _cons estimates baseline odds.

```
. tab pekerjaan perilakusehat, row
```

Key
frequency
row percentage

pekerjaan	perilakusehat		Total
	sehat	tidak seh	
formal	12	5	17

	70.59	29.41	100.00
non formal	15	32	47
	31.91	68.09	100.00
tidak bekerja	11	20	31
	35.48	64.52	100.00
Total	38	57	95
	40.00	60.00	100.00

```
.
. logit perilakusehat i.pekerjaan , or
```

```
Iteration 0:  log likelihood = -63.936108
Iteration 1:  log likelihood = -59.894642
Iteration 2:  log likelihood = -59.893303
Iteration 3:  log likelihood = -59.893303
```

```
Logistic regression                                Number of obs    =
95                                                    LR chi2(2)      =
8.09                                                  Prob > chi2     =
0.0175                                              Pseudo R2       =
Log likelihood = -59.893303
0.0632
```

perilakusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
pekerjaan					
non formal	5.12	3.161367	2.64	0.008	1.526482
tidak bekerja	4.363636	2.842206	2.26	0.024	1.217385
_cons	.4166667	.2217878	-1.64	0.100	.1467919

Note: _cons estimates baseline odds.

```
.
. tab perkawinan perilakusehat, row
```

perkawinan			
Key	frequency	row percentage	
perilakusehat			
	sehat	tidak seh	Total
menikah	32	41	73
	43.84	56.16	100.00
belum menikah	1	0	1

	100.00	0.00	100.00
janda/duda	5	16	21
	23.81	76.19	100.00
Total	38	57	95
	40.00	60.00	100.00

```
.
. logit perilakusehat i.perkawinan , or
```

```
note: 1.perkawinan != 0 predicts failure perfectly
      1.perkawinan dropped and 1 obs not used
```

```
Iteration 0: log likelihood = -63.011824
Iteration 1: log likelihood = -61.576259
Iteration 2: log likelihood = -61.569898
Iteration 3: log likelihood = -61.569898
```

```
Logistic regression                                Number of obs    =
94                                                    LR chi2(1)       =
2.88                                                  Prob > chi2      =
0.0895                                              Pseudo R2       =
Log likelihood = -61.569898
0.0229
```

perilakusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
---------------	------------	-----------	---	------	----------------------

perkawinan					
belum menikah	1 (empty)				
janda/duda	2.497561	1.408722	1.62	0.105	.8268087
_cons	1.28125	.3022236	1.05	0.293	.8069579

```
Note: _cons estimates baseline odds.
```

```
.
. tab pendidikan perilakusehat, row
```

Key
frequency
row percentage

	perilakusehat		
pendidikan	sehat	tidak seh	Total
tinggi	14	2	16
	87.50	12.50	100.00
menengah	21	20	41
	51.22	48.78	100.00

rendah	3	35	38
	7.89	92.11	100.00
Total	38	57	95
	40.00	60.00	100.00

. logit perilkusehat i.pendidikan , or

Iteration 0: log likelihood = -63.936108
Iteration 1: log likelihood = -45.286965
Iteration 2: log likelihood = -44.934091
Iteration 3: log likelihood = -44.930417
Iteration 4: log likelihood = -44.930416

Logistic regression	Number of obs	=
95		
	LR chi2(2)	=
38.01		
	Prob > chi2	=
0.0000		
Log likelihood = -44.930416	Pseudo R2	=
0.2973		

perilkusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
pendidikan					
menengah	6.666662	5.453017	2.32	0.020	1.341731
rendah	81.66661	78.89743	4.56	0.000	12.29436
_cons	.1428572	.1079899	-2.57	0.010	.0324679

Note: _cons estimates baseline odds.

. tab pendapatan perilkusehat, row

Key
frequency
row percentage

RECODE of	perilkusehat	Total
num_pendap	sehat tidak seh	
atan		
menengah	9	4
	69.23	30.77
rendah	29	53
	35.37	64.63

Total		38	57		95
		40.00	60.00		100.00

```
.
. logit perilakusehat i.pendapatan, or
```

```
Iteration 0:   log likelihood = -63.936108
Iteration 1:   log likelihood = -61.298259
Iteration 2:   log likelihood = -61.298071
Iteration 3:   log likelihood = -61.298071
```

Logistic regression	Number of obs	=
95		
	LR chi2(1)	=
5.28		
	Prob > chi2	=
0.0216		
Log likelihood = -61.298071	Pseudo R2	=
0.0413		

perilakusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	

pendapatan						
rendah		4.112069	2.647297	2.20	0.028	1.164308
14.52289						
_cons		.4444444	.2670779	-1.35	0.177	.1368702
1.443198						

Note: _cons estimates baseline odds.

```
.
. summ num_pendapatan1 if perilakusehat==0
```

Variable		Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
num_pendap~1		38	2723684	2352966	0	8000000

```
.
. summ num_pendapatan1 if perilakusehat==1
```

Variable		Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
num_pendap~1		57	2017544	1737108	0	6000000

```
.
. logit perilakusehat num_pendapatan1, or
```

```
Iteration 0:   log likelihood = -63.936108
Iteration 1:   log likelihood = -62.533156
Iteration 2:   log likelihood = -62.531789
Iteration 3:   log likelihood = -62.531789
```

Logistic regression	Number of obs	=
95		
	LR chi2(1)	=
2.81		
	Prob > chi2	=
0.0938		

Log likelihood = -62.531789
0.0220

Pseudo R2 =

perilakusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
---------------	------------	-----------	---	------	----------------------

num_pendapatan1	.9999998	1.06e-07	-1.65	0.098	.9999996
1					
_cons	2.271634	.7569459	2.46	0.014	1.182235
4.364884					

Note: _cons estimates baseline odds.

```
. tab lama_rawat perilakusehat, row
```

Key
frequency
row percentage

RECODE of	perilakusehat		Total
num_lama_r	sehat	tidak seh	
awat			
<5 hari	4	17	21
	19.05	80.95	100.00
5-10 hari	33	40	73
	45.21	54.79	100.00
>10 hari	1	0	1
	100.00	0.00	100.00
Total	38	57	95
	40.00	60.00	100.00

```
. logit perilakusehat i.lama_rawat, or
```

note: 2.lama_rawat != 0 predicts failure perfectly
2.lama_rawat dropped and 1 obs not used

Iteration 0: log likelihood = -63.011824
Iteration 1: log likelihood = -60.505679
Iteration 2: log likelihood = -60.48878
Iteration 3: log likelihood = -60.488778

Logistic regression
94

Number of obs =

LR chi2(1) =

5.05

Prob > chi2 =

0.0247

Log likelihood = -60.488778
0.0400

Pseudo R2 =

```

-----
---

```

perilakusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
-----+-----					

lama_rawat					
5-10 hari	.2852051	.172101	-2.08	0.038	.0874012
.9306726					
>10 hari	1 (empty)				
_cons	4.249999	2.361805	2.60	0.009	1.430079
12.63041					

```

-----

```

```

---
Note: _cons estimates baseline odds.

```

```

.
. summ num_lama_rawat if perilakusehat==0

```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
-----+-----					
num_lama_r~t	38	6.631579	1.807209	3	11

```

.
. summ num_lama_rawat if perilakusehat==1

```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
-----+-----					
num_lama_r~t	57	5.842105	1.830198	3	10

```

.
. logit perilakusehat num_lama_rawat, or

Iteration 0:  log likelihood = -63.936108
Iteration 1:  log likelihood = -61.820059
Iteration 2:  log likelihood = -61.815203
Iteration 3:  log likelihood = -61.815203

```

Logistic regression	Number of obs	=
95		
	LR chi2(1)	=
4.24		
	Prob > chi2	=
0.0394		
Log likelihood = -61.815203	Pseudo R2	=
0.0332		

```

-----

```

perilakusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
-----+-----					

num_lama_rawat	.7866701	.0943337	-2.00	0.045	.6219001
.9950952					
_cons	6.687978	5.245009	2.42	0.015	1.437953
31.10605					

```

-----

```

```

Note: _cons estimates baseline odds.

```

```

.
. tab terapi perilakusehat, row

```

Key
frequency
row percentage

terapi	perilakusehat		Total
	sehat	tidak seh	
Medis	28 62.22	17 37.78	45 100.00
Campuran	10 20.00	40 80.00	50 100.00
Total	38 40.00	57 60.00	95 100.00

```
. logit perilakusehat i.terapi, or

Iteration 0:  log likelihood = -63.936108
Iteration 1:  log likelihood = -54.945605
Iteration 2:  log likelihood = -54.853724
Iteration 3:  log likelihood = -54.85358
Iteration 4:  log likelihood = -54.85358
```

```
Logistic regression                                Number of obs      =
95                                                    LR chi2(1)         =
18.17                                                Prob > chi2        =
0.0000                                              Pseudo R2          =
Log likelihood = -54.85358
0.1421
```

perilakusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
terapi					
Campuran	6.588235	3.086909	4.02	0.000	2.629903 16.50435
_cons	.6071429	.1866782	-1.62	0.105	.3323318 1.1092

Note: _cons estimates baseline odds.

```
. tab konsumsi_obat perilakusehat, row
```

Key
frequency
row percentage

konsumsi_obat	perilaku_sehat		Total
	sehat	tidak sehat	
medis	30	23	53
	56.60	43.40	100.00
campuran	8	34	42
	19.05	80.95	100.00
Total	38	57	95
	40.00	60.00	100.00

```
.
. logit perilaku_sehat i.konsumsi_obat, or
```

```
Iteration 0:   log likelihood = -63.936108
Iteration 1:   log likelihood = -56.809374
Iteration 2:   log likelihood = -56.723526
Iteration 3:   log likelihood = -56.723517
Iteration 4:   log likelihood = -56.723517
```

Logistic regression	Number of obs	=
95		
	LR chi2(1)	=
14.43		
	Prob > chi2	=
0.0001		
Log likelihood = -56.723517	Pseudo R2	=
0.1128		

```
-----
perilaku_sehat | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|    [95% Conf.
Interval]
-----+-----
konsumsi_obat |
  campuran    |   5.543478    2.66562     3.56   0.000    2.160112
14.22619
      _cons    |   .7666667    .2124809    -0.96   0.338    .4453453
1.319825
-----
```

```
---
Note: _cons estimates baseline odds.
```

```
.
.
.
. *MULTIVARIAT

. logit perilaku_sehat umur jenis_kelamin i.serangan1_stroke
i.kondisi_sekarang i.rokok i.lite
> rasisehat i.pekerjaan i.pendidikan i.pendapatan i.terapi i.konsumsi_obat,
or
```

```
Iteration 0:   log likelihood = -63.936108
Iteration 1:   log likelihood = -16.560192
Iteration 2:   log likelihood = -14.63663
Iteration 3:   log likelihood = -13.48523
Iteration 4:   log likelihood = -13.409846
Iteration 5:   log likelihood = -13.404515
Iteration 6:   log likelihood = -13.403231
Iteration 7:   log likelihood = -13.402972
```

Iteration 8: log likelihood = -13.402917
 Iteration 9: log likelihood = -13.402904
 Iteration 10: log likelihood = -13.402901
 Iteration 11: log likelihood = -13.402901

Logistic regression	Number of obs	=
95		
	LR chi2(17)	=
101.07		
	Prob > chi2	=
0.0000		
Log likelihood = -13.402901	Pseudo R2	=
0.7904		

perilakusehat Interval]	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf.
umur	1.235633	.1450879	1.80	0.072	.981616
1.555384					
jenis_kelamin	685568.5	2.17e+09	0.00	0.997	0
.					
serangan1_stroke					
3-6 bulan	28.61618	54.1627	1.77	0.076	.7006754
1168.709					
>6 bulan	17.51731	36.23568	1.38	0.166	.3038802
1009.793					
kondisi_sekarang					
Ada perubahan	34.56699	93.70384	1.31	0.191	.1703074
7016.002					
Belum Sembuh	9.300923	23.00876	0.90	0.367	.072914
1186.427					
rokok					
Ringan	2678864	8.48e+09	0.00	0.996	0
.					
Menengah	3.14e+08	9.95e+11	0.01	0.995	0
.					
literasisehat					
Bermasalah	90.54397	205.2233	1.99	0.047	1.065518
7694.107					
Tidak mencukupi	22.98835	55.48897	1.30	0.194	.2027164
2606.914					
pekerjaan					
non formal	.2508314	.7304153	-0.47	0.635	.0008331
75.51984					
tidak bekerja	.4169233	1.529591	-0.24	0.812	.0003142
553.2351					
pendidikan					
menengah	63.09719	308.0455	0.85	0.396	.0044094
902908.2					
rendah	350.768	1742.963	1.18	0.238	.0206732
5951591					
pendapatan					
rendah	3.42203	7.073343	0.60	0.552	.0595454
196.6615					

terapi					
Campuran	9.937925	17.80951	1.28	0.200	.2964002
333.2061					
konsumsi_obat					
campuran	50.79538	105.5519	1.89	0.059	.8650538
2982.671					
_cons	9.51e-19	3.01e-15	-0.01	0.990	0

Note: _cons estimates baseline odds.

Note: 2 failures and 0 successes completely determined.

. logit perilakusehat umur i.serangan1_stroke i.kondisi_sekarang i.rokok
i.literasisehat i.pe

> kerjaan i.pendidikan i.pendapatan i.terapi i.konsumsi_obat, or

Iteration 0: log likelihood = -63.936108
Iteration 1: log likelihood = -16.980444
Iteration 2: log likelihood = -15.789461
Iteration 3: log likelihood = -13.555481
Iteration 4: log likelihood = -13.465453
Iteration 5: log likelihood = -13.463925
Iteration 6: log likelihood = -13.463925

Logistic regression	Number of obs	=
95		
	LR chi2(16)	=
100.94		
	Prob > chi2	=
0.0000		
Log likelihood = -13.463925	Pseudo R2	=
0.7894		

perilakusehat	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
umur	1.240408	.1457256	1.83	0.067	.9852894
1.561585					
serangan1_stroke					
3-6 bulan	29.34382	55.91012	1.77	0.076	.7009449
1228.428					
>6 bulan	19.56431	39.88096	1.46	0.145	.3600217
1063.164					
kondisi_sekarang					
Ada perubahan	41.99065	110.9366	1.41	0.157	.2367728
7446.864					
Belum Sembuh	10.33905	25.38698	0.95	0.341	.0840234
1272.216					
rokok					
Ringan	4.771796	12.63182	0.59	0.555	.0266315
855.0042					
Menengah	691.173	2546.847	1.77	0.076	.5047353
946476.6					
literasisehat					

Bermasalah		88.37764	201.7358	1.96	0.050	1.007724
7750.741						
Tidak mencukupi		22.75146	55.40249	1.28	0.199	.1924124
2690.206						
pekerjaan						
non formal		.2471956	.7279316	-0.47	0.635	.0007699
79.36422						
tidak bekerja		.4907877	1.78002	-0.20	0.844	.0004015
599.91						
pendidikan						
menengah		86.05123	420.1726	0.91	0.362	.0060047
1233163						
rendah		482.0564	2387.728	1.25	0.212	.0293032
7930133						
pendapatan						
rendah		3.402104	7.017761	0.59	0.553	.0596917
193.9016						
terapi						
Campuran		11.19945	19.95853	1.36	0.175	.340621
368.2325						
konsumsi_obat						
campuran		51.81865	108.9365	1.88	0.060	.8414642
3191.071						
_cons		2.47e-13	2.66e-12	-2.70	0.007	1.68e-22
.0003641						

Note: _cons estimates baseline odds.

```
. logit perilakusehat umur jenis_kelamin i.serangan1_stroke
i.kondisi_sekarang i.literasiseha
> t i.pekerjaan i.pendidikan i.pendapatan i.terapi i.konsumsi_obat, or
```

```
Iteration 0: log likelihood = -63.936108
Iteration 1: log likelihood = -18.96993
Iteration 2: log likelihood = -16.616793
Iteration 3: log likelihood = -15.678546
Iteration 4: log likelihood = -15.661401
Iteration 5: log likelihood = -15.661377
Iteration 6: log likelihood = -15.661377
```

Logistic regression	Number of obs	=
95		
	LR chi2(15)	=
96.55		
	Prob > chi2	=
0.0000		
Log likelihood = -15.661377	Pseudo R2	=
0.7550		

	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
umur	1.269627	.1471269	2.06	0.039	1.011666
1.593364					

jenis_kelamin	6.063741	.0667405	.1535492	-1.18	0.239	.0007346
serangan1_stroke						
3-6 bulan	204.2866	12.843	18.12944	1.81	0.071	.8074078
>6 bulan	236.0087	10.57192	16.75177	1.49	0.137	.4735655
kondisi_sekarang						
Ada perubahan	2966.096	35.42897	80.03248	1.58	0.114	.4231867
Belum Sembuh	619.4748	9.614715	20.43448	1.06	0.287	.1492276
literasisehat						
Bermasalah	1472.311	27.53151	55.89641	1.63	0.102	.5148262
Tidak mencukupi	592.0598	8.575508	18.52824	0.99	0.320	.1242093
pekerjaan						
non formal	16.79043	.2929862	.605183	-0.59	0.552	.0051125
tidak bekerja	130.8609	.3721935	1.113273	-0.33	0.741	.0010586
pendidikan						
menengah	508.7174	3.138843	8.148392	0.44	0.659	.019367
rendah	58714.38	58.64964	206.7395	1.16	0.248	.058585
pendapatan						
rendah	901.8567	27.21285	48.6059	1.85	0.064	.821127
terapi						
Campuran	1447.121	33.93718	64.98086	1.84	0.066	.7958784
konsumsi_obat						
campuran	326.9684	10.38383	18.27595	1.33	0.184	.3297687
_cons	.0000921	7.30e-12	6.09e-11	-3.07	0.002	5.79e-19

Note: _cons estimates baseline odds.

```
. (note: file E:\KULIAH\TESIS\SAIDAH NAFISAH\SEM_1.stsem not found)
save "E:\KULIAH\TESIS\SAIDAH NAFISAH\SAIDA.dta", replace
file E:\KULIAH\TESIS\SAIDAH NAFISAH\SAIDA.dta saved

. exit, clear
```

Uji SEM

```
name: <unnamed>
log: E:\KULIAH\TESIS\SAIDAH NAFISAH\GSEM1.log
```

log type: text
opened on: 28 Nov 2023, 01:29:41

```
. gsem (x1 -> y, ) (x2 -> y, ) (x2 -> x7, ) (x2 -> x8, ) (x3 -> y, ) (x3 ->
x4, ) (x3 -> x16,
> ) (x3 -> x15, ) (x4 -> y, ) (x4 -> x16, ) (x5 -> y, ) (x6 -> y, ) (x16 ->
y, ) (x7 -> y, ) (
> x13 -> y, ) (x11 -> y, ) (x9 -> y, ) (x14 -> y, ) (x15 -> y, ) (x8 -> y, )
(x12 -> y, ), noc
> apslatent
```

Iteration 0: log likelihood = -301.29258
Iteration 1: log likelihood = -301.29258

Generalized structural equation model Number of obs =
95

Response : y
Family : Gaussian
Link : identity

Response : x7
Family : Gaussian
Link : identity

Response : x8
Family : Gaussian
Link : identity

Response : x4
Family : Gaussian
Link : identity

Response : x16
Family : Gaussian
Link : identity

Response : x15
Family : Gaussian
Link : identity

Log likelihood = -301.29258

--			Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf.
Interval]							
--							
y							
	x7		.1437161	.0675808	2.13	0.033	.0112601
.2761721							
	x8		.0076337	.085049	0.09	0.928	-.1590593
.1743267							
	x4		-.0147453	.0647934	-0.23	0.820	-.141738
.1122474							
	x16		.1411919	.1009826	1.40	0.162	-.0567303
.3391141							
	x15		.1832951	.0670616	2.73	0.006	.0518568
.3147334							
	x1		.0105856	.0046843	2.26	0.024	.0014046
.0197666							
	x2		.0661708	.1372171	0.48	0.630	-.2027698
.3351113							

.3098878	x3		.1595215	.0767189	2.08	0.038	.0091553	
.0854683	x5		.0106527	.0381719	0.28	0.780	-.0641629	
.1573441	x6		-.0182888	.0896102	-0.20	0.838	-.1939216	
.2905907	x13		.1041138	.095143	1.09	0.274	-.082363	
.0374453	x11		-.1864459	.0760221	-2.45	0.014	-.3354466	-
.1986307	x9		.1094352	.0455088	2.40	0.016	.0202396	
.2973523	x14		.1293924	.0856954	1.51	0.131	-.0385676	
.2619103	x12		.141568	.0614002	2.31	0.021	.0212257	
.5456166	_cons		-1.182821	.3251104	-3.64	0.000	-1.820026	-

--								
x7								
1.132868	x2		-1.321429	.0962062	-13.74	0.000	-1.509989	-
1.442244	_cons		1.321429	.0616415	21.44	0.000	1.200613	

--								
x8								
.561919	x2		-.7312271	.0863833	-8.46	0.000	-.9005352	-
1.019194	_cons		.9107143	.0553478	16.45	0.000	.8022346	

--								
x4								
.7080007	x3		.5471373	.0820746	6.67	0.000	.386274	
.7028097	_cons		.4735256	.1169838	4.05	0.000	.2442415	

--								
x16								
.2541743	x4		.1448378	.055785	2.60	0.009	.0355013	
.190517	x3		.0845506	.0540655	1.56	0.118	-.0214157	
1.727835	_cons		1.592845	.068874	23.13	0.000	1.457854	

--								
x15								
.8563969	x3		.7160999	.0715814	10.00	0.000	.5758029	
1.044352	_cons		.8443823	.1020275	8.28	0.000	.6444121	

--								
.1037064	var(e.y)		.0780369	.0113228			.0587212	
.2827744	var(e.x7)		.212782	.0308737			.1601141	
.2279784	var(e.x8)		.1715491	.024891			.1290872	

var(e.x4)	.3294379	.0477999	.2478953
.4378031			
var(e.x16)	.0973938	.0141314	.0732869
.1294305			
var(e.x15)	.2505857	.0363588	.1885606
.3330133			

--

. log close
name: <unnamed>
log: E:\KULIAH\TESIS\SAIDAH NAFISAH\GSEM1.log
log type: text
closed on: 28 Nov 2023, 01:29:55

Lampiran 13

DOKUMENTASI

