

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Teoritis

1. Stroke

a. Pengertian stroke

Stroke adalah gejala-gejala defisit fungsi susunan syaraf yang di akibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak dan bukan yang lain dari itu (WHO). Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang serius karena ditandai dengan tingginya morbiditas dan mortalitasnya. Selain itu, tampak adanya kecenderungan peningkatan insidennya.

Stroke merupakan serebrovaskuler yang menunjukkan beberapa kelainan struktural yang disebabkan oleh beberapa keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh pembuluh darah otak, yang disebabkan robekan pembuluh darah atau oklusi parsial atau total yang bersifat sementara atau permanen. Stroke didefinisikan sebagai sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresi cepat, berupa defisit neurologis fokal dan/global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non-traumatik (Mansjoer, 2000).

b. Klasifikasi stroke

Berdasarkan atas jenisnya, stroke dibagi menjadi :

- 1) Stroke Iskemik/Non Hemorogik Stroke iskemik terjadi karena aliran darah ke otak terhenti karena aterosklerosis atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah.
- 2) Stroke Hemorogik Diakibatkan karena pembuluh darah pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya. (Fatimah, 2009).

c. Tanda dan gejala stoke

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang

perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori).

Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Ada beberapa manifestasi klinis dari penyakit stroke, yaitu:

- 1) Kehilangan motorik antara lain hemiplegia dan hemiparesis.
- 2) Kehilangan komunikasi antara lain disatria (kesulitan berbicara), disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya).
- 3) Gangguan persepsi antara lain disfungsi persepsi visual, gangguan hubungan visual-spasial, dan kehilangan sensori.
- 4) Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik.
- 5) Disfungsi kandung kemih (Brunner & Suddarth, 2002).

Gejala neurologis yang timbul bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya. Manifestasi klinis strok akut menurut (Mansjoer, 2000) :

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik).
- 3) Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma).
- 4) Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan)
- 5) Disartria (bicara pela atau cadel).
- 6) Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia.
- 7) Ataksia (trunkal atau anggota badan)
- 8) Vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala.

d. Patofisiologi stroke

Infark serebri adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang di suplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering kali merupakan faktor penting untuk otak, trombus dapat berasal dari plak aterosklerosis, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah akan lambat atau terjadi turgulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah dan terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak pada area yang di suplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan, dan edema dan kongesti di sekitar area (Muttaqin, 2008).

e. Faktor penyebab stroke

Banyak kondisi-kondisi yang dapat menyebabkan stroke, tetapi pada awalnya adalah dari pengerasan arteri atau yang disebut juga sebagai arteriosklerosis. Karena arteriosklerosis merupakan gaya hidup modern yang penuh stress, pola makan tinggi lemak, dan kurang berolahraga. Ketiganya sebenarnya tergolong dalam faktor risiko yang dapat dikendalikan. Selain itu, ada pula faktor-faktor lain yang tidak dapat dikendalikan, yaitu antara lain :

1) Faktor Risiko Tidak Terkendali

a) Usia

Semakin bertambah tua usia, semakin tinggi risikonya. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur.

b) Jenis kelamin

Pria lebih berisiko terkena stroke daripada wanita, tetapi penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena stroke. Risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi daripada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan perkataan lain, walau lebih jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

c) Riwayat keluarga

Keturunan-sejarah stroke dalam keluarga nampaknya, stroke terkait dengan keturunan. Faktor genetik yang sangat berperan antara lain adalah tekanan darah tinggi, penyakit jantung, diabetes dan cacat pada bentuk pembuluh darah. Gaya hidup dan pola suatu keluarga juga dapat mendukung risiko stroke. Cacat pada bentuk pembuluh darah (cadasil) mungkin merupakan faktor genetik yang paling berpengaruh dibandingkan faktor risiko stroke yang lain.

d) Ras dan etnik (Muttaqin, 2008)

2) Faktor Risiko Terkendali

a) Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor risiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum terkena stroke. Secara medis, tekanan darah di atas 140—90 tergolong dalam penyakit hipertensi. Oleh karena dampak hipertensi pada keseluruhan risiko stroke menurun seiring dengan pertambahan umur, pada orang lanjut usia, faktor-faktor lain di luar hipertensi berperan lebih besar terhadap risiko stroke. Pada orang yang tidak menderita hipertensi, risiko stroke meningkat terus hingga usia 90, menyamai risiko stroke pada orang yang menderita hipertensi. Sejumlah penelitian menunjukkan obat-obatan anti hipertensi dapat

mengurangi risiko stroke sebesar 38 persen dan pengurangan angka kematian karena stroke sebesar 40 persen.

b) Penyakit Jantung

Setelah hipertensi, faktor risiko berikutnya adalah penyakit jantung, terutama penyakit yang disebut atrial fibrillation, yakni penyakit jantung dengan denyut jantung yang tidak teratur di bilik kiri atas. Denyut jantung di atrium kiri ini mencapai empat kali lebih cepat dibandingkan di bagian-bagian lain jantung. Ini menyebabkan aliran darah menjadi tidak teratur dan secara insidental terjadi pembentukan gumpalan darah. Gumpalan-gumpalan inilah yang kemudian dapat mencapai otak dan menyebabkan stroke. Pada orang-orang berusia di atas 80 tahun, atrial fibrillation merupakan penyebab utama kematian pada satu di antara empat kasus stroke.

Faktor lain dapat terjadi pada pelaksanaan operasi jantung yang berupaya memperbaiki cacat bentuk jantung atau penyakit jantung. Tanpa diduga, plak dapat terlepas dari dinding aorta (batang nadi jantung), lalu hanyut mengikuti aliran darah ke leher dan ke otak yang kemudian menyebabkan stroke.

c) Diabetes

Penderita diabetes memiliki risiko tiga kali lipat terkena stroke dan mencapai tingkat tertinggi pada usia 50-60 tahun. Setelah itu, risiko tersebut akan menurun. Namun, ada faktor penyebab lain yang dapat memperbesar risiko stroke karena sekitar 40 persen penderita diabetes pada umumnya juga mengidap hipertensi.

d) Kadar kolesterol darah

Penelitian menunjukkan bahwa makanan kaya lemak jenuh dan kolesterol seperti daging, telur, dan produk susu dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam tubuh dan berpengaruh pada risiko aterosklerosis dan penebalan pembuluh. Kadar kolesterol di bawah 200 mg/dl dianggap aman, sedangkan di atas 240 mg/dl sudah berbahaya dan menempatkan seseorang pada risiko terkena penyakit jantung dan stroke. Memperbaiki tingkat

kolesterol dengan menu makan yang sehat dan olahraga yang teratur dapat menurunkan risiko aterosklerosis dan stroke. Dalam kasus tertentu, dokter dapat memberikan obat untuk menurunkan kolesterol.

e) Merokok

Merokok merupakan faktor risiko stroke yang sebenarnya paling mudah diubah. Perokok berat menghadapi risiko lebih besar dibandingkan perokok ringan. Merokok hampir melipatgandakan risiko stroke iskemik, terlepas dari faktor risiko yang lain, dan dapat juga meningkatkan risiko subarahnoid hemoragik hingga 3,5 persen. Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke, yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Sesungguhnya, risiko stroke menurun dengan seketika setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis.

Pada pasien perokok, kerusakan yang diakibatkan stroke jauh lebih parah karena dinding bagian dalam (endothelial) pada sistem pembuluh darah otak (serebrovaskular) biasanya sudah menjadi lemah. Ini menyebabkan kerusakan yang lebih besar lagi pada otak sebagai akibat bila terjadi stroke tahap kedua.

f) Alkohol berlebihan

Secara umum, peningkatan konsumsi alkohol meningkatkan tekanan darah sehingga memperbesar risiko stroke, baik yang iskemik maupun hemoragik. Tetapi, konsumsi alkohol yang tidak berlebihan dapat mengurangi daya penggumpalan platelet dalam darah, seperti halnya aspirin.

Dengan demikian, konsumsi alkohol yang cukup justru dianggap dapat melindungi tubuh dari bahaya stroke iskemik. Dilaporkan bahwa Physicians Health Study memantau 22.000 pria yang selama rata-rata 12 tahun mengkonsumsi alkohol satu kali sehari. Ternyata, hasilnya menunjukkan adanya penurunan risiko stroke secara menyeluruh. Klaus

Berger M.D. dari Brigham and Women's Hospital di Boston beserta rekan-rekan juga menemukan bahwa manfaat ini masih terlihat pada konsumsi seminggu satu minuman. Walaupun demikian, disiplin menggunakan manfaat alkohol dalam konsumsi cukup sulit dikendalikan dan efek samping alkohol justru lebih berbahaya.

Lagipula, penelitian lain menyimpulkan bahwa konsumsi alkohol secara berlebihan dapat mempengaruhi jumlah platelet sehingga mempengaruhi kekentalan dan penggumpalan darah, yang menjerus ke pendarahan di otak serta memperbesar risiko stroke iskemik (Journal The New England edisi 18 November, 2000).

g) Obat-obatan terlarang

Penggunaan obat-obatan terlarang seperti kokain dan senyawa olahannya dapat menyebabkan stroke, di samping memicu faktor risiko yang lain seperti hipertensi, penyakit jantung, dan penyakit pembuluh darah. Kokain juga menyebabkan gangguan denyut jantung (arrhythmias) atau denyut jantung jadi lebih cepat. Masing-masing menyebabkan pembentukan gumpalan darah. Marijuana mengurangi tekanan darah dan bila berinteraksi dengan faktor risiko lain, seperti hipertensi dan merokok, akan menyebabkan tekanan darah naik turun dengan cepat. Keadaan ini pun punya potensi merusak pembuluh darah.

h) Cedera kepala dan leher

Cedera pada kepala atau cedera otak traumatik dapat menyebabkan pendarahan di dalam otak dan menyebabkan kerusakan yang sama seperti pada stroke hemoragik. Cedera pada leher, bila terkait dengan robeknya tulang punggung atau pembuluh karotid akibat peregangan atau pemutaran leher secara berlebihan atau adanya tekanan pada pembuluh merupakan penyebab stroke yang cukup berperan, terutama pada orang dewasa usia muda.

i) Infeksi

Infeksi virus maupun bakteri dapat bergabung dengan faktor risiko lain dan membentuk risiko terjadinya stroke. Secara alami, sistem

kekebalan tubuh biasanya melakukan perlawanan terhadap infeksi dalam bentuk meningkatkan peradangan dan sifat penangkal infeksi pada darah. Sayangnya, reaksi kekebalan ini juga meningkatkan faktor penggumpalan dalam darah yang memicu risiko stroke embolik-iskemik (Yuli Saraswati, 2008).

2. Penata laksanaan stroke

a. Edukasi konseling

Tujuan utama edukasi gizi adalah menanamkan pengertian kepada seseorang sehingga pengertian terwujud dalam sikap serta perbuatan dan kemudian menjadi kebiasaan yang baik dalam mengelola dan mengontrol kesehatannya, khususnya dalam hal gizi. Upaya pencegahan sekunder program edukasimemegang peran penting untuk meningkatkan kepatuhan pasiendalam menjalani program pengobatan menuju perilakusehat. Salah satu cara dalam penyampain edukasi gizi adalah dengan melakukan konseling gizi (Ciptaningtyas, R. 2013).

Konseling merupakan salah satu upaya meningkatkan pengetahuan dan kemampuan individu atau keluarga melalui pendekatan untuk memperoleh pengertian yang lebih baik tentang dirinya serta permasalahan yang dihadapi. Tujuan koseling yakni merubah perilaku untuk mencapai perubahan sikap dan perilaku agar sesuai tujuan penatalaksanaan diet. Perubahan perilaku pengetahuan dan pemahaman tersebut, yang diikiuti dengan adanya kesadaran untuk menerapkan dalam tindakan pencegahan adanya komplikasi. penelitian yang dilakukan oleh Putri di Yogyakarta yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan bermakana antara kepatuhan diet responden sebelum dan sesudah dilakukan konseling, Serta penelitian yang dilakuakn oleh Lestari di Jakarta menyatakan bahwa terapat kecenderungan kepatuahn diet lebih tinggi pada responden yang mendapatkan edukasi.

b. Terapi diet stroke

Penyakit stroke berhubungan dengan jenis makanan yang dikonsumsi sehari-hari. Walaupun sebagian orang merasa khawatir akan kadar kolesterol penderita, namun permasalahan utama yang dihadapi seseorang dengan cacat jasmaniah adalah peningkatan berat badan akibat kurang gerak. Disini terjadi suatu lingkaran setan, dimana kenaikan berat badan membuat penderita akan semakin tidak dapat bergerak dan menaikkan berat badan lagi akan membuat penderita semakin tidak dapat bergerak lagi dan seterusnya.

Untuk mencegah hal-hal diatas maka terapi diet yang tepat perlu diberikan. Adapun terapi diet yang diberikan adalah sebagai berikut :

- 1) Tujuan
 - a) Memberikan makanan secukupnya untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan memperhatikan keadaan dan komplikasi penyakit.
 - b) Memperbaiki keadaan stroke, seperti disfagia, pneumonia, kelainan ginjal, dan dekubitus.
 - c) Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.
- 2) Bahan makanan yang boleh dikonsumsi :
 - a) Makanan sumber lemak, seperti makanan yang diolah dengan digoreng, semua daging yang berlemak (kambing, babi, ham, sosis, kulit ayam, lemak hewan, jeroan, kepiting, cumi – cumi, udang dan kerang, margarin dan mentega).
 - b) Makanan sumber Na, seperti ikan asin, teri, udang kering, telur asin, kue yang mengandung soda kue atau garam dapur, vetsin, soda kue, kecap, maggi, petis, tauco, saus tomat.
 - c) Bahan makanan yang menimbulkan gas, seperti ubi, kacang merah, sawi, lobak.
 - d) Buah – buahan yang masam atau bergas seperti nanas, kedondong, nangka dan durian.
 - e) Minuman yang mengandung alkohol dan bersoda.
- 3) Syarat diet stroke

- a) Energi cukup, yaitu 25–45 kkal. Pada fase akut energi diberikan 1100–1500 kkal/hari.
 - b) Protein cukup, yaitu 0,8–1 g/kgBB.
 - c) Lemak cukup, 20–25% dari kebutuhan total energi. Mengutamakan lemak tak jenuh ganda, batasi lemak jenuh (< 10% total energi). Kolesterol < 300 mg per hari.
 - d) KH cukup (60–70% dari total energi).
 - e) Vitamin, mianeral dan serat cukup.
 - f) Cairan cukup, 2 liter per hari.
 - g) Bentuk makanan sesuai kemampuan pasien, porsi kecil tapi sering.
- 4) Tahapan pemberian diet

Berdasarkan tahapannya, Diet stroke dibagi menjadi dua fase, yaitu :

- a) Fase Akut (24–48 Jam)

Diberikan kepada pasien dalam fase akut atau bila ada gangguan fungsi menelan. Makanan diberikan dalam bentuk cair kental atau kombinasi cair jerernih dan cair kental yang diberikan secara oral atau NGT sesuai dengan keadaan penyakit. Makanan diberikan dalam porsi kecil tiap 2–3 jam.

- b) Fase pemulihan

Fase pemulihan adalah fase dimana pasien sudah sadar dan tidak mengalami gangguan fungsi menelan (disgafia). Bentuk makanan disesuaikan dengan kemampuan pasien (cair, saring, lunak atau biasa).

- 5) Macam diet stroke

Fase Akut : Diberikan pada pasien dalam fase akut atau bila ada gangguan fungsi menelan. Bentuk makanan cair (bisa cair jernih/cair kental) Bahan makanan yang dianjurkan :

- a) Sumber Karbohidrat : Maizena, tepung beras, tepung hunkwe, dan sagu.

- b) Sumber protein hewani : Susu whole dan skim; telur ayam 3–4 butir/minggu.
- c) Sumber protein nabati : Susu kedelai, sari kacang hijau, dan susu tempe. Sumber lemak: Minyak jagung.
- d) Buah : Sari buah yang dibuat dari jeruk, pepaya, tomat, sirsak, dan apel.
- e) Minuman : Teh encer, sirup, air gula, madu dan kaldu.

Fase Pemulihan : Diberikan jika fase akut sudah teratasi. Bentuk makanan merupakan kombinasi Cair Jernih dan Cair Kental, Saring, Lunak, dan Biasa.

Diet Stroke dibagi dalam tiga tahap :

- a) Makanan Cair + bubur saring 1700 kkal.
 - b) Makanan Lunak 1900 kkal.
 - c) Makanan Biasa 2100 kkal. (Persatuan Ahli Gizi Indonesia, 2019).
- c. Aktivitas fisik

Mengembalikan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari setelah stroke merupakan fokus utama rehabilitasi stroke fase subakut. Terapi latihan dan remediasi yang diberikan merupakan paduan latihan sederhana dan latihan spesifik menggunakan berbagai metode terapi dan melibatkan berbagai disiplin ilmu. Menentukan jenis, metode pendekatan, waktu pemberian, frekuensi dan intensitas terapi yang tepat harus disesuaikan dengan kondisi medis pasien.

3. Kepatuhan diet

- a. Pengertian kepatuhan diet

Kepatuhan secara umum didefinisikan sebagai tingkatan perilaku seseorang yang mendapatkan pengobatan, mengikuti diet, dan atau melaksanakan gaya hidup sesuai dengan rekomendasi pemberi pelayanan kesehatan. Salah satu wujud kepatuhan pasien adalah dengan cara mengikuti anjuran diet yang disarankan oleh ahli gizi. Ahli gizi memberikan rekomendasi atau saran terkait dengan diet yang dianjurkan

sesuai dengan penyakit yang diderita pasien tersebut. Instalasi gizi rumah sakit bertanggung jawab menyediakan makanan yang dapat mendukung proses penyembuhan pasien selama dirawat (Astari, 2014).

Berdasarkan Teori Lawrence Green dalam Notoatmodjo, kepatuhan merupakan suatu perubahan perilaku dari perilaku yang tidak mentaati peraturan ke perilaku yang mentaati peraturan. Kepatuhan merupakan perilaku seseorang sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*) yaitu perilaku seseorang yang berhubungan dengan usaha-usaha pemulihan kesehatan misalnya mematuhi aturan diet, mematuhi anjuran dokter, dalam rangka pemulihan kesehatan. Pemberian informasi saat dilakukannya konseling dapat meningkatkan pengetahuan responden sehingga dapat memahami tentang arti pentingnya diet. Kepatuhan ini dibedakan menjadi dua yaitu kepatuhan penuh (*total compliance*) dimana pada kondisi ini pasien patuh secara sungguh-sungguh terhadap diet yang dijalankan, dan pasien yang tidak patuh (*non compliance*) dimana pada keadaan ini pasien tidak melakukan diet (Waspadji S., 2009).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

1) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Pendidikan klien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

2) Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman, kelompok-kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan diet.

3) Perubahan model terapi

Program diet dapat dibuat sesederhana mungkin dan klien terlihat aktif dalam pembuatan program diet stroke.

4) Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien

Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Suatu penjelasan penyebab penyakit dan bagaimana pengobatan dapat meningkatkan kepatuhan, semakin baik pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan, semakin paham juga pasien akan pentingnya diet stroke.

5) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Menurut fungsinya pengetahuan merupakan dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencari penalaran, dan untuk mengorganisasikan pengalamannya. Adanya unsur pengalaman yang semula tidak konsisten dengan apa yang diketahui oleh individu akan disusun, ditata kembali atau diubah sedemikian rupa, sehingga tercapai suatu konsistensi (Notoatmodjo, 2007).

6) Dukungan keluarga

7) Usia

Usia adalah umur yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat akan berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan, masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Semakin dewasa seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur (Notoatmodjo, 2007).

c. Penilaian konsumsi makanan

1) *Food recall*

Food recall merupakan wawancara dengan meminta responden untuk menyebutkan makanan dan minuman yang dikonsumsi dalam waktu 24 jam sebelumnya. Mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi. *Food recall* tidak diberitahukan sebelumnya direkomendasikan untuk dilakukan karena responden tidak dapat mengubah apa yang mereka makan secara retrospektif dan dengan demikian instrumen ini tidak dapat mengubah pola makan responden. Metode ini bersifat *open-ended* (jawaban pertanyaan yang terbuka), metode ini sangat tepat untuk mengkaji asupan antar kelompok populasi dengan pola makan yang berbeda secara nyata. *Food recall* sering kali digunakan untuk mengevaluasi intervensi gizi dengan tujuan membandingkan asupan makanan dalam kelompok yang diintervensi dengan kelompok kontrol (Supriasa, dkk, 2016).

2) *Food frequency questionnaire (FFQ)*

Metode food frequency (frekuensi makanan) adalah metode penilaian konsumsi makanan untuk memperoleh data frekuensi sejumlah bahan makanan atau makanan jadi selama periode tertentu seperti hari, minggu, bulan bahkan tahun. Tujuan penggunaan metode ini adalah data yang tidak diperoleh melalui *recall* dapat dilengkapi sehingga mendapatkan gambaran jenis makanan yang dikonsumsi dalam periode waktu tertentu (Supriasa, dkk, 2016).

4. Media konseling

a. Pengertian media

Media pendidikan kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronik dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan (Notoadmodjo, 2007).

Alat peraga merupakan salah satu sarana penting dalam proses pendidikan dan konsultasi gizi. Peran media atau alat peraga ini sangat strategis untuk memperjelas pesan dan meningkatkan efektivitas proses konseling gizi. Oleh sebab itu, seorang penyuluh dan konselor gizi harus dapat mengenal, memilih, menggunakan dan menilai berbagai alat peraga yang paling sesuai dengan tujuan, sasaran, dan situasi tempat pendidikan dan konseling gizi dilakukan (Supariasa, dkk, 2016)

Proses pendidikan kesehatan merupakan proses transfer informasi tentang kesehatan yang diharapkan melalui komunikasi. Komponen komunikasi tersusun atas pengirim dan penerima pesan, isi pesan, media dan efek dari pesan. Media sebagai saluran informasi merupakan salah satu komponen penting dalam pendidikan kesehatan. Memilih media sebagai saluran menyampaikan pesan kesehatan dipengaruhi metode yang digunakan. Media pendidikan kesehatan pada hakekatnya alat bantu pendidikan kesehatan (Supariasa, 2016).

b. Fungsi media

Menurut fungsi sebagai saluran pesan media pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan atas media cetak, media elektronik dan media papan (*billboard*). Beberapa media cetak dikenal antara lain booklet, leaflet, selebaran (*flyer*), lembar balik (*flip chart*), artikel atau rubrik, poster dan foto. Media elektronik dapat berupa televisi, radio, video, slide, film strip dan sekarang dikenal internet. Media papan berupa baliho biasanya dipasang di tempat-tempat umum yang menjadi pusat kegiatan masyarakat. Alat peraga yang dipergunakan dalam pendidikan kesehatan dapat berupa alat bantu lihat (*visual*), alat bantu dengar (*audio*) atau kombinasi audio visual. Ciri umum media adalah bahwa media itu dapat diraba, dilihat, di dengar, dan diamati melalui panca indera. Disamping itu ciri-ciri media dapat dilihat menurut lingkup sasarannya serta kontrol oleh pemakai, dan tiap-tiap media mempunyai karakteristik yang perlu dipahami oleh pengguna.

Ciri – ciri media pendidikan diantaranya (Supariasa, 2016) :

- 1) Penggunaan yang dikhususkan atau dialokasikan pada kepentingan tertentu
- 2) Alat untuk menjelaskan informasi baik berupa kata-kata, simbol atau angka- angka
- 3) Media pendidikan bukan hasil kesenian
- 4) Pemanfaatan media pendidikan tidak sebatas pada suatu keilmuan tertentu tapi digunakan pada seluruh keilmuan

c. Buku saku

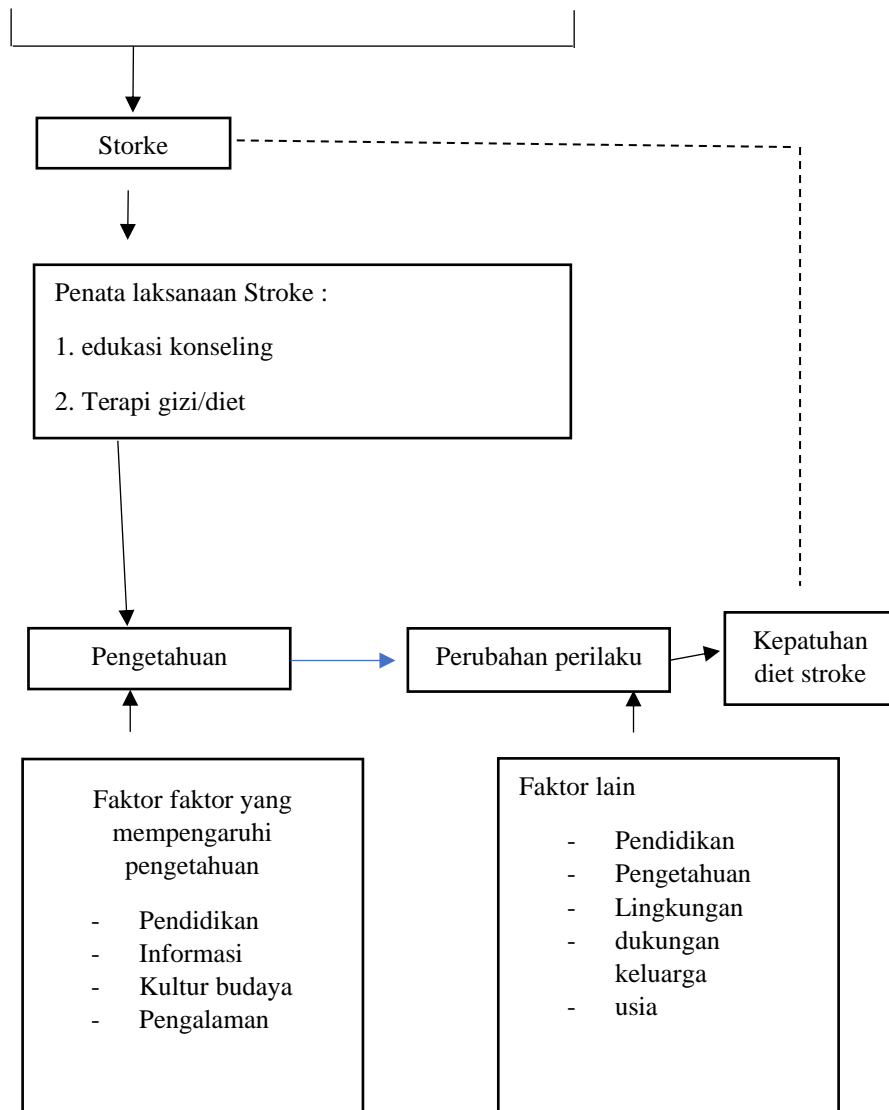
Buku saku adalah buku yang berukuran kecil yang dapat dimasukkan ke dalam saku dan mudah dibawa kemana-mana. Sehingga, secara umum buku saku adalah buku yang menekankan pada ukurannya yang kecil yang dapat dimasukkan kedalam saku sehingga mudah dibawa kemana-mana dan bisa kita baca kapan saja. Buku saku dapat digunakan sebagai sumber belajar dan untuk mempermudah siswa dalam mempelajari materi pelajaran. Selain itu, Mustari menyatakan bahwa buku saku juga dapat digunakan sebagai media yang menyampaikan informasi tentang materi pelajaran dan lainnya yang bersifat satu arah, sehingga bisa mengembangkan potensi siswa menjadi pembelajar mandiri.

Berikut ini akan dijelaskan beberapa manfaat dari buku saku, diantaranya: Penyampaian materi menggunakan buku saku dapat diseragamkan, Proses pembelajaran dengan menggunakan buku saku menjadi lebih jelas, menyenangkan dan menarik karena desainnya yang menarik dan dicetak dengan full colour, efisien dalam waktu dan tenaga, buku saku yang dicetak dengan ukuran kecil dapat mempermudah siswa dalam membawanya dan memanfaatkan kapanpun dan dimanapun. penulisan materi dan rumus yang singkat dan jelas pada buku saku dapat meningkatkan kualitas hasil belajar siswa dan desain buku saku yang menarik dan full colour dapat menumbuhkan sikap positif siswa terhadap materi dan proses belajar

B. Kerangka Teori

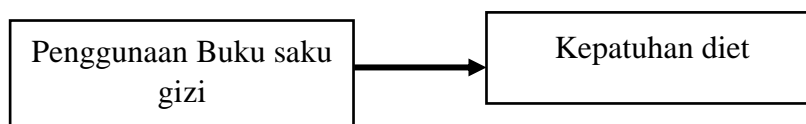
Faktor risiko tidak terkendali

Faktor risiko terkendali



Gambar 1. Kepatuhan pasien stroke terhadap diet
Sumber: Susi Amalia (2016).

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis

Ada pengaruh penggunaan buku saku konseling gizi terhadap kepatuhan diet pada pasien stroke rawat jalan di RSUD Wonosari.