

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. STROKE

1. Definisi

Stroke adalah penyakit serebrovaskuler yang mengacu pada setiap gangguan yang mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui sistem arteri otak. Istilah stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjalankan infark serebrum (Price dan Wilson, 2006)

Stroke adalah penyakit gangguan fungsional otak fokal maupun global akut dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang sebelumnya tanpa peringatan dan dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian dan diakibatkan oleh gangguan aliran darah ke otak karena pendarahan ataupun non pendarahan (Iskandar J, 2004)

Stroke disebut juga serangan otak. Stroke hampir mirip dengan serangan jantung, masalahnya sama yaitu pembuluh darah, "waktu" memegang peranan sangat penting. serangan stroke tidak mudah dikenali. Kebanyakan gejala stroke tidak diawali dengan nyeri, tetapi terjadi kelemahan pada salah satu sisi anggota gerak tubuhnya, tidak secara langsung terjadi problem di otak.

Stroke termasuk penyakit *serebrovaskuler* (Pembuluh darah otak) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (*infark serebral*) yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak. Berkurangnya aliran darah dan oksigen ini bisa dikarenakan adanya sumbatan, penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah.

WHO mendefinisikan bahwa stroke adalah gejala-gejala defisit fungsi susunan saraf yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak dan bukan oleh yang lain dari itu.

Serangan stroke yang tiba-tiba ini bisa disebabkan penyumbatan ataupun pecahnya pembuluh darah pada otak. Gangguan inilah yang menyebabkan fungsi koordinasi dari otak ke tubuh menjadi hilang dan menimbulkan gangguan. Namun, manifestasi stroke dapat bervariasi pada masing-masing orang, tergantung daerah otak mana yang terganggu.

Stroke bisa menyebabkan lumpuh sebagian tubuh, kehilangan keseimbangan, kehilangan penglihatan, kehilangan pendengaran, tidak mampu

memahami kata-kata hingga kesulitan bicara. Ini tergantung sisi otak yang mengalami gangguan pembuluh darah, apakah sisi otak depan, temporal, samping tengah, belakang, atau otak kecil. Dan semua keadaan ini terjadi secara mendadak. Namun, meski dikatakan sebagai serangan yang tiba-tiba, bukan berarti stroke tidak dapat diantisipasi. Jika diketahui benar-benar potensinya, risiko stroke masih bisa diminimalisir.

1.1 Gambaran Umum

Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala dan tanda yang sesuai dengan otak yang terganggu. Kejadian serangan penyakit ini bervariasi antar tempat, waktu, dan keadaan penduduk.

Ditemukan pada semua golongan usia, namun sebagian besar akan dijumpai pada usia di atas 55 tahun. Ditemukan kesan bahwa insiden stroke meningkat secara eksponensial dengan bertambahnya usia, dimana akan terjadi peningkatan 100 kali lipat pada mereka yang berusia 80-90 tahun. Insiden usia 80-90 adalah 300/10.000 dibandingkan dengan 3/10.000 pada golongan usia 30-40 tahun. Stroke banyak ditemukan pada pria dibandingkan pada wanita. Variasi gender ini bertahan tanpa pengaruh umur.

1.2 Klasifikasi

- Berdasarkan manifestasi klinik:
 - a. Transient Ischemic Attack (TIA), serangan kurang dari 24 jam
 - b. Stroke in Evolution (SIE), hilang dalam 2 minggu
 - c. Reversible Ischemic Neurological Deficit (RIND)
 - d. Completed Stroke
- Berdasarkan proses patologik (kasual)
 - a. Infark
 - b. Perdarahan intra serebral.
 - c. Perdarahan subarachnoidal
- Berdasarkan tempat lesi
 - a. Sistem karotis
 - b. Sistem vertebrobasiler
- Menurut jenisnya stroke dibagi menjadi , yaitu hemoragik dan iskemik.

a. Stroke Hemoragik (Pendarahan Otak)

Stroke hemoragik, merupakan stroke yang 15% - 20% terjadi karena lesi vascular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi pendarahan ke dalam jaringan otak. Stroke Hemoragik menurut Price dan Wilson, (2006) disebabkan oleh pendarahan arteri serebralis yang terdiri dari 2 faktor, yaitu:

1) Pendarahan Intraserebrum

Pendarahan intraserebrum adalah pendarahan yang diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah dan darah yang keluar menuju jaringan otak. Darah yang mengalir ke jaringan otak akan mengalami pembekuan dan akan menyebabkan ekstrasvasi darah sehingga jaringan yang terletak didekatnya akan geser dan tertekan.

Pendarahan intraserebrum disebabkan oleh pendarahan intraserebrum hipertensif, pendarahan subaraknoid, ruptur aneurisma sarkular, ruptur malformasi arteriovena, trauma, perdarahan akibat tumor otak dan infark hemoragik serta kelainan koagulasi.

Gejala klinis :

- a) Sakit kepala, muntah, pusing dan gangguan kesadaran
- b) Gangguan fungsi tubuh
- c) Hemiplegia
- d) Koma
- e) Hemiparesis kontralateral

2) Perdarahan Subaraknoid (PSA)

Perdarahan Subaraknoid adalah masuknya ke dalam rongga subaraknoid yang berasal dari tempat lain (perdarahan subaraknoid sekunder) atau perdarahan yang berasal dari subaraknoid itu sendiri (perdarahan subaraknoid primer).

Perdarahan subaraknoid disebabkan oleh *rupture aneurisma Berry* dan yang paling jarang adalah *Malformasi arteriovena*. Sebagian PSA disebabkan oleh faktor dari dalam dan diantaranya adalah stress mental dan fisik. Kegiatan fisik yang

paling banyak adalah : mengangkat beban, menekuk badan, batuk atau bersin terlalu keras dan hubungan intim.

Gejala Klinis PSA :

- a) Sakit kepala mendadak dan hebat mulai dari leher
- b) Mual dan muntah
- c) Fotobia (mudah silau)
- d) Gangguan otonom (suhu tubuh tekanan darah naik)
- e) Kaku leher (meningismus) bila masih sadar

Gangguan kesadaran mulai rasa kantuk hingga kesadaran hilang kesadaran hilang (koma)

b. Stroke Iskemik

Stroke iskemik adalah stroke yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah ke otak karena terjadinya thrombosis yaitu proses penggumpalan darah didalam saluran pembuluh darah dan emboli yang merupakan proses lanjutan dari thrombosis yaitu tertutupnya arteri karena pembekuan darah yang mengakibatkan pengerasan pembuluh arteri disebut plak arteriosklerotik. Terjadinya plak aterosklerotik dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti : hipertensi, diabetes mellitus, merokok, dyslipidemia, kolesterol tinggi, obesitas atau aktivitas fisik kurang, stress, peminum alcohol dan genetic.

Stroke iskemik terdiri dari 3 macam berdasarkan perjalanan klinisnya , yaitu :

- a) TIA (transient ischemi attack) atau serangan stroke sementara, gejala yaitu defisit neurologis hanya berlangsung kurang dari 24 jam.
- b) RIND (Reversible ischemic neurological deficits), kelainan neurologist menghilang \pm 24 jam
- c) Stroke progresif 1 evolution yaitu stroke yang gejala klinisnya secara bertahap berkembang dari ringan sampai berat.

Stroke komplit yaitu stroke dengan defisit neurologist yang menetap dan sudah tidak berkembang lagi.

1.3 Etiologi

a. Stroke iskemik

Penyebab stroke iskemik :

1) Aterosklerosis

Penyumbatan pembuluh arteri karotis ke otak oleh timbunan lemak yang mengakibatkan suplai darah ke otak menjadi terganggu dan bias terhenti. Padahal dalam keadaan normal arteri karotis adalah pembuluh darah yang membawa suplai darah yang banyak menuju ke otak.

2) Emboli

Tertutupnya arteri yang menuju ke otak karena bekuan yang berasal dari endapan lemak dan dinding-dinding arteri yang lepas atau darah yang membeku yang berasal dari endapan lemak dari dinding-dinding arteri yang lepas atau darah yang membeku yang berasal dari jantung. Bekuan dan endapan ini akan menyebabkan tersumbatnya arteri karotis dan arteri vertebralis yang lebih kecil.

3) Obat-obatan

Obat-obatan dapat menyebabkan stroke seperti kokain dan amfetamin dengan mempersempit lumen pembuluh darah di otak dan menyebabkan stroke.

4) Infark Lakunar (Trombosis)

Trombosis otak diakibatkan dari penyakit arteri aterosklerotik yang menyebabkan sebagian besar kasus infark otak dan cenderung mengenai arteri besar, tempat percabangan arteri (seperti bifurkasi karotis) dan lengkungan (*shipon caroticum* pada tulang petrosus temporalis) cenderung menunjukkan aterosklerosis berat. Proses aterosklerosis diawali pada masa kanak-kanak dan manifest secara klinis pada usia mencegah dan lanjut. Proses ini terutama mengenai arteri-arteri berukuran sedang. Dalam fase pertumbuhannya, lesi-lesi aterosklerosis dibagi menjadi:

a) Fatty streak

Lesi ini mulai tumbuh pada masa kanak-kanak, makroskopik berbentuk bercak berwarna kekuningan, yang terdiri dari sel-sel yang disebut foam cells. Sel-sel ini ialah sel-sel otot polos dan makrofak yang mengandung lipid, terutama dalam bentuk ester kolesterol.

b) Fibrous Plaque

Lesi ini berwarna keputihan dan sudah menonjol kedalam lumen arteri. Fibrous plaque berisi sejumlah besar sel-sel otot polos dan makrofak yang berisi kolesterol dan ester kolesterol, disamping jaringan kolagen dan jaringan fibrotic, proteoglikan, dan timbunan lipid pada sel-sel jaringan ikat. Fibrous plaque biasanya mempunyai fibrous cap yang terdiri dari otot-otot polos dan sel-sel kolagen. Dibagian bawah fibrous plaque terdapat daerah nekrosis dengan debris dan timbunan ester kolesterol.

c) Complicated lesion

Lesi ini merupakan bentuk lanjut dari atheroma, yang disertai klasifikasi, nekrosis, thrombosis, dan ulserasi. Dengan membesarnya atheroma, dinding arteri menjadi lemah, sehingga menyebabkan oklusi arteri.

1.4 Faktor Risiko Stroke

Faktor-faktor risiko yang selama ini telah diidentifikasi dapat berupa hipertensi, diabetes mellitus, riwayat stroke sebelumnya, obesitas, dan kebiasaan merokok. Selain itu, disebutkan juga beberapa factor yang dicurigai berkaitan dengan stroke seperti alcohol, kontrasepsi hormonal, trauma dan *herpes zoster*.

Beberapa factor risiko stroke yang dapat disebutkan, yakni:

1. Umur: Rate meningkat sesuai dengan penambahan umur
2. Ras: lebih tinggi *black* dari *white*
3. Seks: lelaki > wanita
4. Hipertensi: factor risiko tertinggi dari stroke.
5. Diabetes (> 120mg/100ml) : kuat asosiasinya, kapiler rapuh.
6. Penyakit jantung sebelumnya: risiko meningkat sampai 3x
7. Atrial fibrillation/ TIA: factor risiko kuat.
8. Obesitas: *inconsistent findings*.
9. Rokok: tidak ditemukan efek besar, kapiler kaku
10. Kolesterol dan trigliserida: inconsistent

1.5 Patofisiologi

Patofisiologi stroke berupa :

- a. Keadaan penyakit pada pembuluh darah, seperti arterosklerosis, trombosis, robeknya dinding pembuluh darah dan peradangan.
- b. Rupture vascular didalam jaringan otak atau ruang subaraknoid.
- c. Berkurangnya perfusi akibat gangguan pada aliran darah dikarenakan hiper viskositas darah.
- d. Gangguan pada aliran darah akibat bekuan atau embolus yang berasal dari jantung atau pembuluh darah ekstrakranium.

1.6 Tanda dan Gejala

Menurut Goldszmidt, 920110 stroke lacunar diawali oleh TIA pada 25% kasus dan muncul dalam bentuk gejala-gejala seperti :

- a. Hemiparesis motoric murni (hemiparesis kontralateral, disatria, tidak ada kehilangan sensorik, disatria, kehilangan visual maupun gangguan kognitif)
- b. Stroke sensorik murni (hilangnya sensorik kontralateral atau parestesia, tidak ada kehilangan motoric, disatria, kehilangan visual atau gangguan kognitif).
- c. Dysatria-clumsy-hand syndrome (disatria, disfagia, kelemahan wajah dan lidah kontralateral).
- d. Hemiparesis ataksis (ataksia yang nyata pada tungkai, dan lengan kontralateral, paresis tungkai, lengan atau wajah kontralateral, tidak ada kehilangan visual atau gangguan kognitif).

1.7 Penatalaksanaan Stroke

Goldszmidt, M.D dan Louis R Capien, M.D menitik beratkan pada mengendalikan tekanan darah dan terapi anti trombotik empiric jangka panjang. Pengendalian tekanan darah dapat dilakukan dari segi medis dan diet :

- a.) Medis Menurut Engram (1998) penatalaksanaan medis umum dari cedera cerebrovaskular atau stroke adalah 2 yaitu : farmakoterapi dan pembedahan endarterektomi. Farmakoterapi adalah pemberian obat untuk mengurangi edema, anti koagulan dan mengobati perdarahan subarachonoid. Pembedahan endarterektomi adalah pembedahan tunika intima arteri yang mengalami penebalan dikarenakan arterosklerosis.
- b.) Diet

Penatalaksanaan diet digunakan untuk mengurangi kadar CVA darah dan sebagai rehabilitas pada pasien stroke. Tujuannya yaitu memberikan makanan secukupnya, memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan memperhatikan keadaan dan komplikasi penyakit, memperbaiki keadaan stroke serta mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit agar tujuan tersebut tercapai, maka harus mempertahankan syarat diet stroke yang telah ditetapkan dan frekuensi pemberian diet. (Almatsier, 2006).

1.8 Komplikasi

Destruksi area ekspresif atau respiratif pada otak akibat hipoksia dapat menyebabkan kesulitan komunikasi, hipoksia pada area motoric otak dapat menyebabkan presis. Himatoma intraserebal dapat disebabkan oleh pecahnya aneurisma atau stroke hemoragik, yang menyebabkan cedera otak sekunder ketika tekanan intracranial meningkat (Corwin 2009).

B. ASUHAN GIZI PADA PENDERITA STROKE

1. Assesment Gizi

Assesment adalah tahap dari asuhan gizi untuk menentukan intervensi yang akan dilakukan pada penderita stroke. Assesment terdiri dari beberapa tahap yaitu :

a.) Antropometri

Antropometri adalah pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Berbagai jenis ukuran tubuh antara lain: berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas dan tebal lemak bawah kulit. Antropometri sangat umum digunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidakseimbangan antara asupan protein dan energy (Supariasa et, al 2001).

b.) Biokimia

Pada tahap ini dilakukan proses uji laboratorium untuk mengetahui kandungan zat-zat pada darah yang mempengaruhi diagnose pada pasien. Hasil biokimia akan digunakan untuk penentuan diet yang akan ditentukan pada pasien. Hasil uji laboratorium pada kasus stroke menitik beratkan pada kadar ptofil lipid pada darah. Menurut PERKENI (2004). Kadar lipid yang dianggap optimal dan yang abnormal :

Tabel 2.1 Kadar profil lipid darah

Kolesterol Total (mg/dl)	
≤ 200	Yang diinginkan
200 – 239	Batas tinggi
≥ 400	Tinggi
Kolesterol LDL (mg/dl)	
≤ 100	Optimal
100 - 129	Mendekati optimal
160 – 189	Tinggi
≥ 190	Sangat tinggi
Kolesterol HDL (mg/dl)	
≤ 40	Rendah (Kurang baik)
≥ 60	Tinggi (Baik)
Trigliserida (mg/dl)	
≤ 150	Normal
150 – 199	Batas tinggi
200 – 499	Tinggi
≥ 500	Sangat tinggi

c.) Fisik / Klinis

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan klinis yang berkaitan dengan masalah gizi. Pemeriksaan fisik terkait gizi merupakan kombinasi dari tanda-tanda vital dan antropometri yang dapat dikumpulkan dari rekam medic pasien serta wawancara (PGRS, 2013). Pemeriksaan fisik meliputi : kesadaran umum, kondisi umum, mual dan muntah, sedangkan pemeriksaan klinis meliputi: tekanan darah, nadi, suhu tubuh.

d.) Riwayat Gizi Pasien

Mengetahui riwayat gizi pasien sangat diperlukan untuk menentukan diagnosis gizi pasien dan intervensi yang akan dilakukan dirumah sakit. Riwayat gizi pasien dibagi menjadi tiga, yaitu riwayat gizi sekarang, riwayat gizi dahulu , riwayat penyakit keluarga.

2. Intervensi Gizi

Terapi dan kebutuhan energi serta zat gizi:

a. Tujuan diet

Menurut Almatsier (2004), tujuan diet stroke adalah :

- 1) Memberikan makanan secukupnya untuk menambah kebutuhan gizi pasien dengan memperhatikan keadaan dan komplikasi penyakit.
- 2) Memperbaiki keadaan stroke seperti disfagis, pnemunonia, kelainan ginjal, dan kdekubitis.
- 3) Memperhatikan keseimbangan cairan dan elektrolit

b. Prinsip diet

Menurut Almatsier (2004). Prinsip diet stroke adalah:

1.) Diet Rendah Na (garam)

Penambahan Na pada makanan diperbolehkan ≤ 800 mg dalam 1 hari

2.) Diet Cukup energi

Energi pada pasien stroke diberikan cukup, 25 – 45 kkal/kg BB

3.) Diet Cukup Protein

Protein diberikan cukup, yaitu 1,2 – 1,5 g/kg BB, hal ini dikarenakan pasien termasuk dalam kategori gizi kurang.

4.) Diet Cukup Karbohidrat

Pemberian karbohidrat pada pasien stroke yaitu 60 – 70% dari kecukupan energi total atau sisa dari pengurangan lemak dan protein.

5.) Diet Cukup Lemak

Lemak diberikan cukup, yaitu antara 20 – 25% dari kebutuhan energi total

6.) Diet Rendah Kolesterol

Kolesterol diberikan rendah yaitu < 300 mg/hari

7.) Diet Cukup Serat

Serat diberikan cukup, hal ini dimaksudkan untuk menurunkan kadar kolesterol darah. Serat diutamakan larut air.

c. Syarat Diet Kebutuhan Energi

Syarat diet stroke menurut Almatsier (2004), adalah :

- 1) Energi cukup 24 – 25 Kkal/kg BB. Pada fase akut energy diberikan 1100 – 1500 Kkal/hari
- 2) Protein cukup yaitu 0,8 – 1 g/kg BB. Apabila pasien dalam keadaan gizi kurang protein diberikan 1,2 – 1,5 g/kg BB. Apabila penyakit disertai komplikasi gagal ginjal Kronis (GGK), protein diberikan rendah yaitu 0,6 g/kg BB.

- 3) Lemak rendah yaitu <20% dari kebutuhan energy total. Utamakan sumber lemak tidak jenuh ganda, batasi sumber lemak jenuh yaitu <10% dari kebutuhan energy total. Kolesterol dibatasi <300 mg.
 - 4) Karbohidrat cukup yaitu 60 – 70% dari kebutuhan energi total. Untuk pasien dengan diabetes mellitus diutamakan karbohidrat kompleks.
 - 5) Mineral cukup, terutama kalium. Penggunaan garam dapur dibatasi dengan memberikan garam dapur maksimal 1½ sendok teh/hari (setara ± 5 gram dapur atau 2 gram Na)
 - 6) Cairan cukup yaitu 6 – 8 gelas /hari, kecuali pada keadaan oedema dan asites, cairan dibatasi.
 - 7) Bentuk makanan disesuaikan dengan keadaan pasien
 - 8) Makanan diberikan dalam porsi kecil tapi sering
- d. Perhitungan kebutuhan energy dan zat gizi menurut metode Harris

Benedict :

Laki – laki :

BEE (Basal Energi Expenditure) :

$$66 + (13,5 \times BB) + (5 \times TB) - (6,8 \times U)$$

Perempuan :

$$655 + (9,6 \times BB) + (1,7 \times TB) - (4,7 \times U)$$

$$TEE = BEE \times \text{Faktor Aktivitas} \times \text{Faktor Stres}$$

Faktor Aktivitas : 1,05 (total bedrest, CVA – ICH)

: 1,1 (mobilisasi ditempat tidur)

: 1,2 (jalan disekitar kamar)

: 1,3 (aktivitas ringan)

: 1,4 (aktivitas sedang)

: 1,5 (aktivitas berat)

Faktor Stres : 1,1 – 1,2 (bedah minor)

: 1,13 (kenaikan suhu tubuh)

: 1,15 – 1,35 (trauma skeletal)

: 1,3 – 1,5 (operasi besar)

: 1,35 – 1,55 (trauma multiple)

: 1,5 (gagal hati, kanker)

: 1,5 – 1,8 (sepsis)

- : 1,1 – 1,5 (pasca operasi selektif)
- : 1,2 – 1,4 (infeksi)
- : 1,1 – 1,25 (luka bakar 10%)
- : 1,25 – 1,5 (luka bakar 25%)
- : 1,5 – 2 (luka bakar 50%)

Tingkat Konsumsi :

1. Tingkat konsumsi energi

$$\frac{\text{Asupan energi}}{\text{kebutuhan energi}} \times 100\%$$

2. Tingkat konsumsi protein

$$\frac{\text{Asupan protein}}{\text{kebutuhan protein}} \times 100\%$$

3. Tingkat konsumsi lemak

$$\frac{\text{Asupan lemak}}{\text{kebutuhan lemak}} \times 100\%$$

4. Tingkat konsumsi KH

$$\frac{\text{Asupan KH}}{\text{kebutuhan KH}} \times 100\%$$

e. Terapi Edukasi atau Konseling gizi

Terapi konseling gizi adalah serangkaian kegiatan sebagai proses komunikasi dua arah yang dilaksanakan oleh ahli gizi untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap dan perilaku pasien dalam mengenali dan mengatasi masalah gizi sehingga pasien dapat memutuskan apa yang dilakukannya (PGRS, 2013).

1) Tujuan

- a. Agar pasien dan keluarga dapat memahami diet stroke serta pentingnya diet tersebut bagi pasien
- b. Agar pasien dan keluarganya memahami tentang makanan yang boleh dan tidak boleh diberikan pada pasien
- c. Agar pasien dan keluarganya termotivasi untuk mematuhi diet yang dijalankan
- d. Agar pasien mematuhi dengan baik tentang gambaran umum penyakit yang diderita pasien stroke.

2) Waktu : 15 menit

- 3) Tempat : di ruang rawat inap pasien
- 4) Pelaksanaan
 - a. Pelaksanaan : Ahli Gizi
 - b. Sasaran : Pasien dan Keluarga Pasien
 - c. Metode : Diskusi dan Tanya jawab
 - d. Alat Peraga : Leaflet dan Food model
- 5) Materi
 - a. Penjelasan tentang penyakit stroke
 - b. Pengertian diet stroke
 - c. Bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan
 - d. Gambaran umum dampak penyakit stroke

6) Evaluasi

Diberikan pertanyaan sebagai feedback untuk mengetahui pasien sudah paham dan akan patuh menjalani diet yang sudah diberikan. Cara mengetahui pasien sudah paham dengan diet yang diberikan dengan indicator pertanyaan sebagai berikut :

- a. Apakah pasien memahami tentang penyakit yang dideritanya?
- b. Apakah pasien memahami dengan diet yang diberikan?
- c. Apakah pasien dapat menyebutkan makanan yang dianjurkan dan dilarang untuk dikonsumsi?

7) Proses Edukasi

Dalam melaksanakan proses edukasi yang baik konseling atau penyuluhan dibutuhkan suatu planning yang biasa disebut satuan pelaksanaan penyuluhan. Berikut merupakan satuan penyuluhan yang disajikan dalam table 2.2

Tabel 2.2 Rencana Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Peneliti	Kegiatan Audiens
1.	1 menit	-Memperkenalkan diri -Menyampaikan maksud dan tujuan	Mendengarkan peneliti
2.	15 menit	Inti materi -Sekilas tentang penyakit stroke	Audiens mendengarkan dan mencatat inti dari

		-Penelitian dan manfaat dari diet yang diberikan -Bahan makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan	materi
3.	3 menit	-Evaluasi -Kesimpulan	-Menjawab pertanyaan penyuluh dengan benar -Mampu menyimpulkan materi
4.	2 menit	-Penutup (Salam)	Menjawab salam