

Kemenkes
Poltekkes Padang

PENGARUH KONSELING TENTANG *DIETARY APPROACHES TO STOP HYPERTENSION* (DASH) TERHADAP PENGETAHUAN DAN POLA MAKAN PADA PASIEN PEREMPUAN HIPERTENSI DI PUSKESMAS ANDALAS PADANG TAHUN 2024

SKRIPSI

Diajukan ke Program Studi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Padang sebagai Peryyaratan dalam Menyelesaikan Pendidikan Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika di Kementerian Politeknik Kesehatan Padang

Oleh:
MORIS HARMIZULEKA
NIM. 202210621

**PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN GIZI DAN DIETETIKA
KEMENKES POLTEKKES PADANG
TAHUN 2024**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Pengaruh Konseling tentang *Dietary Approaches To Stop Hypertension* (DASH) terhadap Pengetahuan dan Pola Makan pada Pasien Perempuan Hipertensi di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024
Nama : Morin Harmi Zuleka
NIM : 202210621

Skrripsi ini telah disetujui oleh Pembimbing Skripsi dan telah diseminarkan dihadapan Tim Penguji Skripsi Program Studi Sarjana Terapan dan Dietetika Kemenkes Politeknik Kesehatan Padang.

Padang, Juni 2024

Komisi Pembimbing :

Pembimbing Utama



(Hasneli, DCN, M.Biomed)
NIP. 19630719 198803 2 003

Pembimbing Pendamping



(Irma Eva Yani, SKM, M.Si)
NIP. 19651019 198803 2 001

Ketua Program Studi
Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika



(Marni Handayani, S.SiT, M.Kes)
NIP. 1975030919983 2 001

PERNYATAAN PENGESAHAN

Judul Skripsi : Pengaruh Konseling tentang *Dietary Approaches To Stop Hypertension (DASH)* terhadap Pengetahuan dan Pola Makan pada Pasien Perempaan Hipertensi di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024

Nama : Morin Harmi Zulika
NIM : 202210621

Skripsi ini telah disaji dan dipertahankan di depan Tim Penguji Skripsi Program Studi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika Kemarkeres Politeknik Kesehatan Padang dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Padang, Juni 2024

Dewan Penguji

Ketua



(Dr. Eva Yunitika, S.SiT, MBlomed)
NIP. 19640603 199403 2 002

Anggota



(Delriani Dwiyanti, S.SiT, M.Kes)
NIP. 19731220 199803 2 001

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama lengkap : Morin Harmi Zuleka
NIM : 202210621
Tanggal lahir : 10 Maret 2002
Tahun masuk : 2020
Nama Pembimbing Akademik : Imanida, Spd, M.Pd
Nama Pembimbing Utama : Hasneli, DCN, M.Biomed
Nama Pembimbing Pendamping : Irma Eva Yani, SKM, M.Si

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil skripsi saya, yang berjudul : **Pengaruh Konseling tentang *Dietary Approaches To Stop Hypertension* (DASH) terhadap Pengetahuan dan Pola Makan pada Pasien Perempuan Hipertensi di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024.**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah saya pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, Juni 2024



Morin Harmi Zuleka
Nim. 202210621

RIWAYAT HIDUP PENELITI



Identitas Diri

Nama : Morin Harmi Zuleka
Tempat / Tanggal Lahir : Padang / 10 Maret 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status : Belum Menikah
Nama Ayah : Zulkarnaen
Nama Ibu : Yuhelmi
Anak Ke- : 1 dari 2 bersaudara
Alamat : Jl. Raya Pagang No 85 Kurao Pagang Kec.
Nanggalo, Kota Padang, Sumatera Barat
No. Hp / Email : 082289212321

Riwayat Pendidikan

Pendidikan	Tempat	Tahun Lulus
TK Nurul Halim Padang	Padang	2007
SD N 16 Surau Gadang	Padang	2014
SMP N 22 Padang	Padang	2017
SMA N 12 Padang	Padang	2020
Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika Kementrian Kesehatan Poltekkes Padang	Padang	2024

**KEMENTERIAN KESEHATAN POLTEKKES PADANG
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN GIZI DAN DIETETIKA**

**Skripsi, Juni 2024
Morin Harrmi Zuleka**

Pengaruh Konseling tentang *Dietary Approaches To Stop Hypertension* (DASH) terhadap Pengetahuan dan Pola Makan pada Pasien Perempuan Hipertensi di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

viii + 74 halaman, 15 tabel, 4 bagan, 14 lampiran

ABSTRAK

Hipertensi merupakan Penyakit Tidak Menular (PTM) yang menjadi urutan terbesar penyebab utama kematian secara global. Data Dinas Kesehatan Kota Padang tahun 2021 juga menunjukkan prevalensi hipertensi tertinggi berada di wilayah kerja Puskesmas Andalas sebesar 26,86%. Pengobatan hipertensi salah satunya dengan terapi nonfarmakologi yaitu diet *Dietary Approaches To Stop Hypertension* (DASH). Konseling tentang diet DASH dengan leaflet dapat dijadikan sebagai alternatif dalam menyampaikan informasi terkait diet DASH. Penelitian bertujuan untuk mengetahui pengaruh konseling tentang diet DASH terhadap pengetahuan dan pola makan pasien perempuan hipertensi di Puskesmas Andalas Padang.

Desain penelitian ini menggunakan *Pre Experimental* dengan rancangan *pretest-posttest one group design*. Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Andalas Padang dengan sampel penelitian sebanyak 14 responden yang diambil secara *purposive sampling* dan sesuai kriteria inklusi. Alat ukur yang digunakan kuesioner pengetahuan dan formulir *SQ-FFQ*. Data dianalisis menggunakan uji statistik *paired sample t-test* dan uji *wilcoxon* dengan tingkat kepercayaan 95%.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan rata-rata pengetahuan responden sebelum intervensi 52,36 dan sesudah intervensi 91,36 dengan $p = 0,000$, rata-rata kesesuaian besar porsi makan responden dengan pola makan diet DASH sebelum konseling 3,43 dan sesudah intervensi 4,50 dengan $p = 0,01$ dan rata-rata konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum intervensi 13,14 dan sesudah intervensi sebesar 2,86 dengan $p = 0,000$.

Konseling tentang diet DASH menggunakan media leaflet efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan memperbaiki pola makan pasien perempuan hipertensi. Pasien perempuan hipertensi diharapkan dapat mengatur pola konsumsi makanan sesuai pola makan diet DASH.

Kata Kunci : Konseling, diet DASH, pengetahuan, pola makan
Daftar Pustaka : 53 (2008-2023)

**THE MINISTRY OF HEALTH POLYTECHNIC PADANG
UNDERGRADUATE STUDY PROGRAM IN APPLIED NUTRITION AND
DIETETICS**

Skripsi, June 2024

Morin Harrmi Zuleka

The Effect of Counseling on Dietary Approaches To Stop Hypertension (DASH) on Knowledge and Diet in Hypertensive Female Patients at Public Health Center Andalas in Padang City in 2024

viii + 75 pages, 15 tables, 4 charts, 14 attachments

ABSTRACT

Hypertension is a non-communicable disease (NCD) which is the largest cause of death globally. Data from the Padang City Health Office in 2021 also shows that the highest prevalence of hypertension is in the Andalas Health Center working area of 26.86%. One of the treatments for hypertension is nonpharmacological therapy, namely the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. Counseling about the DASH diet with leaflets can be used as an alternative in delivering information related to the DASH diet. The study aims to determine the effect of counseling on the DASH diet on the knowledge and diet of hypertensive female patients at Public Health Center Andalas.

His research design uses Pre Experimental with pretest-postest one group design. The research was conducted at Puskesmas Andalas Padang with a research sample of 14 respondents who were taken by purposive sampling and according to the inclusion criteria. Measuring instruments used knowledge questionnaires and SQ-FFQ forms. Data were analyzed using paired sample t-test and Wilcoxon test with 95% confidence level.

The results showed that there was a difference in the average knowledge of respondents before the intervention of 52,36 and after the intervention of 91,36 with $p = 0.000$, the average suitability of the size of the portion of the respondent's meal with the DASH diet before counseling 3,43 and after the intervention of 4,50 with $p = 0.01$, and the average consumption of food types that are not recommended before the intervention of 13,14 and after the intervention of 2,86 with $p = 0.000$.

Counseling on the DASH diet using leaflet media is effective in increasing knowledge and improving the diet of hypertensive female patients. Hypertensive female patients are expected to regulate food consumption patterns according to the DASH diet.

Key Terms : Counseling, DASH diet, knowledge, diet

Bibliography : 53 (2008-2023)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT karena berkat serta rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Pengaruh Konseling *Dietary Approaches To Stop Hypertension* (DASH) terhadap Pengetahuan dan Pola Makan pada Pasien Perempuan Hipertensi di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024”**. Penyusunan dan penulisan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Studi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika Kementerian Kesehatan Poltekkes Padang.

Penulis dalam menyusun dan menulis skripsi ini banyak mendapatkan bimbingan, masukan, dan arahan dari semua pihak sehingga skripsi ini dapat diselesaikan penulis dengan baik. Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan rasa terima kasih kepada pembimbing utama Ibu Hasneli, DCN, M.Biomed dan pembimbing pendamping Ibu Irma Eva Yani, SKM, M.Si yang telah bersedia dan banyak memberikan waktu, pikiran dan tenaga serta memberi rasa semangat dalam memberikan bimbingan dan masukan pada pembuatan skripsi ini. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.
2. Ibu Rina Hasniyati, SKM, M.Kes selaku Ketua Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.
3. Ibu Marni Handayani, S.SiT, M.Kes selaku Ketua Program Studi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika Poltekkes Kemenkes Padang.
4. Ibu Dr. Eva Yuniritha, S.SiT, M.Biomed selaku Ketua Dewan Penguji.
5. Ibu Defriani Dwiyantri, S.SiT, M.Kes selaku Anggota Dewan Penguji.
6. Ibu Ismanilda S.Pd, M.Pd selaku Pembimbing Akademik.
7. Bapak dan Ibu dosen beserta *Civitas* Akademika Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Padang yang telah memberikan ilmu, arahan, dukungan, masukan dan semangat dalam pembuatan skripsi ini.

8. Kedua Orang tua dan keluarga yang selalu memberikan semangat, doa dan dukungan dalam penyelesaian Skripsi ini.
9. Teman-teman Jurusan Gizi khususnya angkatan 2020.
10. Serta semua pihak yang telah membantu dalam perkuliahan dan proses penyelesaian skripsi ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis sangat menerima kritik dan saran yang dapat membangun kesempurnaan skripsi ini.

Padang, Juni 2024

Peneliti

DAFTAR ISI

ABSTRAK	
ABSTRACT	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR BAGAN.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat Penelitian	6
1. Bagi Masyarakat.....	6
2. Bagi Institusi	6
3. Bagi Peneliti	6
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Tinjauan Teori.....	8
1. Hipertensi	8
2. Pengetahuan	22
3. Pola makan	24
4. <i>Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)</i>	26
5. Konseling Gizi.....	29
B. Literatur Review	35
C. Kerangka Teori.....	37
D. Kerangka Konsep	38
E. Definisi Operasional	39
F. Hipotesis	41
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	42
A. Desain Penelitian	42
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	42
C. Populasi dan Sampel	43
1. Populasi	43
2. Sampel.....	43
D. Rancangan Penelitian.....	45
1. Tahap Persiapan	45
2. Tahap Pelaksanaan	46
E. Jenis data dan Teknik Pengumpulan Data	46
1. Data Primer	46

2. Data Sekunder	47
F. Pengolahan dan Analisis Data	48
1. Pengolahan data.....	48
2. Analisis Data	49
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	51
A. Hasil Penelitian	51
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	51
2. Gambaran Umum Responden	51
3. Analisis Univariat.....	52
4. Analisis Bivariat.....	57
B. Pembahasan.....	60
1. Perbedaan Rata-Rata Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024.....	60
2. Perbedaan Rata-Rata Kesesuaian Besar Porsi Makan Responden dengan Pola Makan Diet DASH Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024.....	64
3. Perbedaan Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH pada Responden di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024	68
4. Keterbatasan Penelitian	71
BAB V PENUTUP.....	72
A. Kesimpulan	72
B. Saran	74
DAFTAR PUSTAKA	75
LAMPIRAN.....	79

DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Klasifikasi tekanan darah berdasarkan Tekanan Darah Klinik.....	9
Tabel 2.	Pola makan diet DASH.....	28
Tabel 3.	Bahan Makanan yang Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan dalam Diet DASH.....	28
Tabel 4.	Distribusi frekuensi Usia, Jenis Kelamin, Pekerjaan, dan Pendidikan Responden di Puskesmas Andalas Tahun 2024.....	52
Tabel 5.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024.....	53
Tabel 6.	Rata-Rata Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Tahun 2024.....	53
Tabel 7.	Distribusi Frekuensi Kesesuaian Besar Porsi Makan Responden dengan Pola Makan Diet DASH Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024.....	54
Tabel 8.	Rata-Rata Kesesuaian Besar Porsi Makan Responden dengan Pola Makan Diet DASH Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024.....	55
Tabel 9.	Distribusi Frekuensi Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH pada Responden di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024.....	55
Tabel 10.	Rata-Rata Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH pada Responden di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024.....	56
Tabel 11.	Uji Normalitas Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Tahun 2024.....	57
Tabel 12.	Perbedaan Rata-Rata Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024.....	57
Tabel 13.	Perbedaan Rata-Rata Kesesuaian Besar Porsi Makan Responden dengan Pola Makan Diet DASH Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024.....	58
Tabel 14.	Uji Normalitas Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH pada Responden di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024.....	59
Tabel 15.	Perbedaan Rata-Rata Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH pada Responden di Puskesmas Andalas Padang	

Tahun 2024.....	59
-----------------	----

DAFTAR BAGAN

Bagan 1. Langkah-langkah Konseling Gizi	31
Bagan 2. Kerangka Teori	37
Bagan 3. Kerangka Konsep.....	38
Bagan 4. Tahap Pelaksanaan.....	46

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran A : *Informed Coscent*
- Lampiran B : Kuesioner Penelitian
- Lampiran C : Kuesioner Pengetahuan
- Lampiran D : *SQ-FFQ*
- Lampiran E : Rancangan Konseling
- Lampiran F : Materi Leaflet
- Lampiran G : Leaflet
- Lampiran H : Master Tabel Hasil Penelitian
- Lampiran I : Output SPSS
- Lampiran J : Validitas Media
- Lampiran K : Izin Penelitian
- Lampiran L : Surat Keterangan Layak Penelitian (*Ethical Approval*)
- Lampiran M : Dokumentasi Penelitian
- Lampiran N : Kartu Konsultasi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit yang tidak dapat ditularkan dari seseorang ke orang lain. Secara umum PTM seperti obesitas, diabetes mellitus, dan hipertensi menjadi salah satu penyebab utama kematian secara global. Angka Hipertensi menempati urutan terbesar dari seluruh PTM.¹

Hipertensi dijuluki sebagai “*Silent Killer*” karena bisa muncul tanpa gejala atau tanda-tanda peringatan, sehingga banyak orang yang tidak menyadari dirinya terkena hipertensi.² Seseorang dikatakan hipertensi jika tekanan darah diastolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah sistolik ≥ 90 mmHg.³

World Health Organization (WHO) tahun 2021, menunjukkan sekitar 1,28 miliar orang di seluruh dunia menderita hipertensi.⁴ Jumlah penderita hipertensi diperkirakan akan meningkat setiap tahunnya dari 639 juta kasus di tahun 2000 menjadi 1,15 milyar di tahun 2025 terutama di negara berkembang.⁵

Data Riset Kesehatan Dasar Indonesia menunjukkan jumlah kasus hipertensi terus meningkat pada penduduk umur ≥ 18 tahun dari 25,8% pada tahun 2013 menjadi 34,1% tahun 2018. Peningkatan kasus hipertensi juga terjadi di Sumatera Barat dari 22,6% pada tahun 2013 menjadi 25,2% pada tahun 2018. Prevalensi hipertensi di Kota Padang pada tahun 2018 yaitu 21,75%.⁶ Data Dinas Kesehatan Kota Padang tahun 2021 juga menunjukkan dari 23 puskesmas di Kota Padang terdapat 3 puskesmas dengan jumlah penderita hipertensi tertinggi yaitu diantaranya Andalas 26,86%, Pauh 25,6%

dan Lubuk Buaya 24,64%.⁷

Hipertensi disebabkan oleh faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi yaitu jenis kelamin, usia, genetik dan ras. Jenis kelamin erat kaitannya dengan hipertensi. Perempuan lebih cenderung menderita hipertensi dari pada laki-laki, karena dengan bertambahnya umur maka produksi hormon estrogen akan berkurang.⁸ Faktor yang dapat dimodifikasi yaitu obesitas, dislipidemia, pola makan, konsumsi garam yang berlebihan, alkohol, rokok berlebih, kurang aktivitas fisik dan stress.⁹

Faktor risiko yang tidak dicegah dan peningkatan tekanan darah terjadi terus menerus serta tidak mendapatkan pengobatan yang tepat maka dapat menyebabkan komplikasi seperti kerusakan pada ginjal, jantung, bahkan otak, oleh karena itu hipertensi harus dapat ditanggulangi agar tidak terjadi komplikasi.⁴ Kejadian hipertensi agar tidak terjadi terus menerus maka perlu dilakukan penanganan secara farmakologi dengan memberikan obat anti hipertensi kepada penderita dan secara non farmakologi dengan berhenti merokok, mengurangi konsumsi alkohol, aktivitas fisik, manajemen stress dan diet untuk penderita hipertensi.¹⁰

Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) merupakan diet untuk penderita hipertensi. Diet DASH menerapkan pola makan kaya buah-buahan, sayuran, biji-bijian, kacang-kacangan, ikan dan susu rendah lemak. Makanan ini memiliki zat gizi yang tinggi seperti kalium, magnesium, kalsium, serat, dan protein. Diet DASH efektif dalam menurunkan tekanan

darah pada penderita hipertensi hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Astuti Agustina Pungki, dkk (2021) menunjukkan adanya perbedaan penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik pada diet DASH dibanding diet Rendah Garam (RG).¹¹ Diet DASH juga lebih efektif untuk digunakan dalam meningkatkan asupan kalium dan kalsium pada pasien hipertensi, namun diet RG lebih efektif untuk menurunkan asupan natrium saja.¹²

Berdasarkan wawancara awal yang dilakukan dengan ahli gizi pada 15 Mei 2023, didapatkan informasi kunjungan penderita hipertensi ke Poli Gizi Puskesmas Andalas dari bulan Januari sampai bulan April sebanyak 32 orang. Puskesmas Andalas masih memberikan konseling Diet RG dan belum pernah memberikan konseling tentang diet DASH pada pasien hipertensi.

Penderita hipertensi tentu sangat membutuhkan informasi tentang diet DASH, salah satunya dengan pemberian edukasi yaitu konseling untuk individu. Konseling gizi dapat memberikan pemahaman pasien terhadap pengetahuan diet yang sehat dan cara mengatasi penyakit yang diderita, sehingga pasien mampu menerapkan terapi dengan tepat.¹³ Semakin baik pengetahuan seseorang, maka akan semakin baik perilaku yang ditunjukkannya. Perilaku seseorang yang memiliki pengetahuan terhadap hipertensi dapat dilihat dari perubahan pola makan seseorang, yaitu ditunjukkan dengan mengkonsumsi makanan yang bergizi, serta menghindari makanan yang dapat meningkatkan resiko tekanan darah tinggi.¹⁴

Keberhasilan pemberian konseling diet DASH dapat mempengaruhi

pengetahuan dan asupan mineral penderita hipertensi.¹⁵ Keberhasilan konseling juga dipengaruhi oleh media yang digunakan seperti leaflet, power point, poster, booklet dan lembar balik.¹⁶ Beberapa penelitian menunjukkan media leaflet efektif dalam penyampaian informasi sehingga memberikan pemahaman dalam meningkatkan perilaku.¹⁷ Hal ini sejalan dengan penelitian Uliatiningsih Rita (2019) yang menyatakan bahwa ada pengaruh edukasi diet DASH menggunakan leaflet terhadap kepatuhan diet dan tekanan darah pada penderita hipertensi rawat jalan di Rumkital Marinir Cilandak.¹⁸

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti sudah meneliti **“Pengaruh Konseling tentang *Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)* terhadap Pengetahuan dan Pola Makan pada Pasien Perempuan Hipertensi di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024”**

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah apakah ada pengaruh konseling tentang diet DASH terhadap pengetahuan dan pola makan pada pasien perempuan hipertensi di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh konseling tentang diet DASH terhadap pengetahuan dan pola makan pada pasien perempuan hipertensi di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya distribusi frekuensi pasien perempuan hipertensi berdasarkan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024 .
- b. Diketuainya rata-rata pengetahuan pasien perempuan hipertensi sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024.
- c. Diketuainya distribusi frekuensi berdasarkan kesesuaian besar porsi makan pasien perempuan hipertensi dengan pola makan diet DASH sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024.
- d. Diketuainya rata-rata kesesuaian besar porsi makan pasien perempuan hipertensi dengan pola makan diet DASH sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024.
- e. Diketuainya distribusi frekuensi berdasarkan konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH pada pasien perempuan hipertensi di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024.
- f. Diketuainya rata-rata konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH pada pasien perempuan hipertensi di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024.

- g. Diketuainya perbedaan rata-rata pengetahuan pasien perempuan hipertensi sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024.
- h. Diketuainya perbedaan rata-rata kesesuaian besar porsi makan pasien perempuan hipertensi dengan pola makan diet DASH sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024.
- i. Diketuainya perbedaan rata-rata konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH pada pasien perempuan hipertensi di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Masyarakat

Untuk menambah pengetahuan dan wawasan terutama untuk masyarakat yang menderita dan berisiko hipertensi agar dapat mencegah sedini mungkin dengan melakukan konseling gizi.

2. Bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan ilmiah bagi mahasiswa dan bahan rujukan pada penelitian dimasa yang akan datang.

3. Bagi Peneliti

Dapat memperdalam ilmu pengetahuan, menambah pengalaman, mengasah kemampuan dalam melakukam konseling gizi, serta

mengembangkan kemampuan penulis dalam penerapan ilmu yang telah didapat khususnya di bidang gizi klinik.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian dilakukan pada pasien hipertensi di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024, hal ini untuk mengetahui pengaruh konseling tentang diet DASH terhadap pengetahuan dan pola makan pada pasien perempuan hipertensi.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Hipertensi

a. Pengertian Hipertensi

Hastuti Apriyani Puji (2020) menjelaskan bahwa hipertensi adalah suatu gangguan pada arteri yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkan. Hipertensi merupakan penyakit berbahaya tanpa disertai gejala yang dapat menyebabkan kematian dini (*Silent Killer*), penyakit ini semakin lama dibiarkan akan bertambah parah. Seseorang dikatakan hipertensi jika memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg.¹⁹

Tekanan sistolik adalah tekanan darah ketika jantung berkontraksi atau berdetak memompa darah. Sementara, tekanan diastolik adalah tekanan darah ketika jantung berelaksasi. Pada saat beristirahat, sistolik dikatakan normal jika tekanan darah 100-140 mmHg, sedangkan diastolik dikatakan normal jika tekanan darah 60-90 mmHg.²⁰

b. Etiologi Hipertensi

Faktor pemicu hipertensi ada yang tidak dapat dikontrol dan ada yang dapat dikontrol. Faktor pemicu hipertensi yang tidak dapat dikontrol antara lain genetika atau keturunan, jenis kelamin dan usia. Faktor pemicu hipertensi yang dapat dikontrol antara lain kurangnya gerak atau olahraga, merokok, kegemukan, pola makan atau konsumsi yang salah, konsumsi alkohol dan garam yang berlebihan.²¹

c. Klasifikasi Hipertensi

Macam-macam klasifikasi hipertensi, yaitu :

- 1) Klasifikasi tekanan darah berdasarkan Tekanan Darah Sistolik (TDS) dan Tekanan Darah Diastolik (TDD) menurut Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia (PERHI) tahun 2019 digolongkan sesuai dengan tabel 1 berikut.²²

Tabel 1. Klasifikasi Tekanan Darah Klinik

Klasifikasi	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	120 -129	80 – 84
Normal-tinggi	130 -139	85 – 89
Hipertensi derajat 1	140-159	90 – 99
Hipertensi derajat 2	160 -179	100 – 109
Hipertensi derajat 3	≥180	≥110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥140	<90

Sumber : ²²

- 2) Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dapat dibedakan menjadi dua yaitu²¹ :

- a) Hipertensi Primer (*Esensial*)

Hipertensi primer adalah hipertensi yang penyebabnya belum diketahui secara pasti. Menurut penelitian, sebagian besar orang (90%) mengidap hipertensi jenis ini. Ada berbagai faktor yang diduga ikut berperan sebagai penyebab hipertensi ini antara lain yaitu gaya hidup, faktor lingkungan, bertambahnya usia, faktor psikologis, stress, keturunan, kelainan metabolisme intraseluler, obesitas, konsumsi garam yang berlebihan dalam makanan, konsumsi alkohol, merokok dan kelainan darah (*polisitemia*).²¹

b) Hipertensi Sekunder (*Renal*)

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat dikatakan dengan pasti. Penyebab hipertensi ini antara lain yaitu gangguan hormonal, penyakit jantung, diabetes, tidak berfungsinya ginjal, penyakit pembuluh darah dan pemakaian kontrasepsi oral atau gangguan yang berhubungan dengan kehamilan.²¹

d. Gejala Hipertensi

Hipertensi tidak memiliki gejala spesifik, dilihat dari fisik penderita hipertensi juga tidak memiliki kelainan, umumnya menyerupai gejala keluhan kesehatan lainnya, sehingga banyak orang tidak menyadari dirinya sudah terkena hipertensi.²⁰ Tingginya tekanan darah di atas normal terkadang menjadi satu satunya gejala hipertensi jika tidak ditemukan gejala lainnya.¹⁹

Hipertensi primer biasanya terjadi tanpa terasa gejala.¹⁹ Pada hipertensi sekunder disebabkan karena penyebab yang jelas, terdapat tanda dan gejala tambahan seperti penyakit ginjal atau penyakit endokrin.¹⁰ Gejala umum yang terjadi pada penderita hipertensi yaitu jantung berdebar, penglihatan kabur, sakit kepala disertai rasa berat pada tengkuk, kadang disertai dengan mual dan muntah, telinga berdenging, gelisah, rasa sakit di dada, mudah lelah, muka memerah, serta mimisan.²⁰

e. Patofisiologi Hipertensi

Tekanan darah merupakan tenaga yang digunakan oleh darah terhadap setiap satuan daerah dinding pembuluh. Pada dasarnya, awal dari

suatu kelainan tekanan darah tinggi disebabkan oleh perubahan yang terjadi pada pembuluh darah.¹⁹ Perubahan berupa adanya aterosklerosis yaitu penumpukan plak di dinding pembuluh darah, sehingga terjadi penebalan pada dinding pembuluh darah dan mengurangi elastisitasnya. Hal ini menyebabkan lumen atau saluran pembuluh darah menyempit, kemudian terjadi kelainan aliran darah.²⁰

Perubahan pada pembuluh darah juga terjadi akibat berkurangnya elastisitas pembuluh darah yang disebabkan oleh terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh *Angiotensin Converting Enzyme* (ACE). Dalam hal ini angiotensin II berperan mengatur tekanan darah melalui dua cara yaitu angiotensin II meningkatkan sekresi *Anti Diuretic Hormone* (ADH) yang diproduksi di hipotalamus, peningkatan ADH menyebabkan urin menjadi pekat dan osmolaritasnya meningkat. Untuk mengencerkannya, dilakukan peningkatan volume cairan ekstraseluler dengan cara menarik cairan dari intraseluler, karena hal ini volume darah meningkat dan terjadi peningkatan tekanan darah.²⁰

Selanjutnya cara kedua angiotensin II mengatur tekanan darah dengan mendorong sekresi aldosteron dari bagian terluar kelenjar adrenal. Aldosteron berperan penting bagi ginjal dalam mereabsorpsi garam dari tubulus ginjal sehingga mengurangi ekskresi garam, hal ini dilakukan untuk mengatur volume cairan ekstraseluler sehingga volume darah meningkat dan terjadi peningkatan tekanan darah.²⁰

Kalium dapat menurunkan kadar garam dalam darah melalui ekskresi urin. Kalium ini bermanfaat untuk mengurangi sekresi renin yang

menyebabkan menurunnya angiotensin II, sehingga vasokonstriksi pembuluh darah berkurang dan menurunnya aldosteron dan menyebabkan reabsorpsi natrium dan air ke dalam darah berkurang. Selain itu, kalium juga mempunyai efek pompa Na-K yaitu kalium dipompa dari cairan ekstraseluler ke dalam sel, dan natrium dipompa ke luar sehingga kalium dapat menurunkan tekanan darah.²³

f. Faktor Risiko Hipertensi

Faktor risiko hipertensi dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu :

1) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

Faktor risiko yang melekat pada penderita hipertensi dan tidak dapat diubah antara lain⁹ :

a) Jenis Kelamin

Jenis kelamin berkaitan dengan terjadinya hipertensi. Perempuan cenderung menderita hipertensi daripada laki-laki. Perempuan akan mengalami peningkatan risiko tekanan darah tinggi setelah menopause yaitu usia di atas 45 tahun. Perempuan yang belum menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL).⁸ Risiko laki-laki mengalami peningkatan tekanan darah biasanya diduga karena memiliki gaya hidup yang cenderung dapat meningkatkan tekanan darah, tetapi jika sudah menopause, hipertensi pada perempuan lebih meningkat.⁹

b) Usia

Risiko hipertensi menjadi lebih besar seiring dengan bertambahnya usia. Berdasarkan teori, usia ≥ 40 tahun mengalami peningkatan risiko terhadap terjadinya hipertensi dikarenakan bertambahnya umur maka semakin tinggi risiko untuk terkena hipertensi, karena perubahan struktur pembuluh darah yang menjadi kaku dan elastisitasnya berkurang sehingga meningkatkan tekanan darah.²⁴

c) Genetik

Riwayat keluarga juga dapat meningkatkan risiko hipertensi, terutama pada hipertensi primer (*esensial*). Bila kedua orang tuanya menderita hipertensi, maka sekitar 45% akan turun ke anak-anaknya dan jika salah satu orang tuanya yang menderita hipertensi maka sekitar 30% akan turun ke anak-anaknya.⁹

d) Ras

Orang Amerika Serikat kulit hitam cenderung mempunyai tekanan darah lebih tinggi dibandingkan bukan kulit hitam dan angka mortalitas terkait hipertensi lebih tinggi pada kulit hitam, hal ini menunjukkan bahwa perhatian lebih besar harus diberikan pada ras kulit hitam.²⁵

2) Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

Faktor risiko yang diakibatkan perilaku tidak sehat dari penderita hipertensi antara lain⁹ :

a) Obesitas atau Kegemukan

Obesitas merupakan persentase lemak yang tidak normal yang dinyatakan dalam Indeks Masa Tubuh (IMT) yaitu perbandingan antara berat badan dengan tinggi badan kuadrat dalam meter. Obesitas bukan penyebab hipertensi, akan tetapi penderita obesitas memiliki kecenderungan tingginya kolesterol dalam tubuh. Risiko relatif menderita hipertensi pada orang-orang gemuk 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan seorang yang berat badannya normal.⁹

b) Dislipidemia

Kelainan metabolisme lipid ditandai dengan peningkatan kadar kolesterol total, trigliserida, kolesterol *Low Density Lipoprotein* (LDL) dan penurunan kadar kolesterol *High Density Lipoprotein* (HDL) dalam darah. Kolesterol merupakan faktor penting dalam terjadinya aterosklerosis, yang kemudian mengakibatkan peningkatan tahanan perifer pembuluh darah sehingga tekanan darah meningkat.⁹

c) Pola Makan yang Salah

Pola makan yang salah merupakan salah satu faktor risiko yang meningkatkan penyakit hipertensi.²⁶ Pola makan yang tidak baik menyebabkan hipertensi dibanding orang dengan pola makan yang baik.²⁷ Pola makan yang tidak baik seperti banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung garam atau natrium seperti biskuit, *crackers*, keripik dan makanan kering yang asin,

makanan yang tinggi lemak seperti otak, ginjal, paru, minyak kelapa, gajih, dan makanan dalam bentuk siap saji dapat meningkatkan tekanan darah.²⁸

d) Konsumsi Garam Berlebihan

Menurut Pitria tahun (2020) menyatakan sekitar 60% kasus hipertensi primer (*esensial*) terjadi respons penurunan tekanan darah dengan mengurangi asupan garam 3 gram atau kurang, kemudian ditemukan tekanan darah rerata yang rendah, sedangkan pada masyarakat asupan garam sekitar 7-8 gram tekanan darah rata-rata lebih tinggi. WHO menganjurkan bahwa konsumsi garam yang dianjurkan tidak lebih 6 gram per hari.²⁹ Menurut *American Heart Association* (AHA), asupan natrium termasuk dalam kategori cukup bila dalam sehari < 2400 mg, sedangkan asupan natrium termasuk dalam kategori lebih jika dalam sehari \geq 2400 mg.¹²

e) Konsumsi Kalium

Konsumsi kalium yang banyak akan meningkatkan konsentrasinya di dalam cairan intraseluler sehingga cenderung menarik cairan dari bagian ekstraseluler sehingga menurunkan tekanan darah.³⁰ Asupan kalium juga berasal dari buah-buahan dan sayuran. Asupan kalium termasuk dalam kategori cukup bila asupan dalam sehari \geq 2000 mg, sedangkan termasuk dalam kategori kurang bila asupan dalam sehari < 2000 mg.¹²

f) Konsumsi Alkohol Berlebih

Peningkatan kadar hormone steroid, peningkatan volume sel darah merah dan peningkatan kekentalan darah diduga berperan dalam menaikkan tekanan darah. Dikatakan bahwa efek terhadap tekanan darah baru nampak apabila mengkonsumsi alkohol sekitar 2-3 gelas ukuran standar setiap harinya.⁹

g) Merokok

Zat-zat kimia beracun seperti nikotin dan karbon monoksida yang dihisap melalui rokok akan memasuki sirkulasi darah dan merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri, zat tersebut mengakibatkan proses arterosklerosis dan tekanan darah tinggi. Merokok juga meningkatkan denyut jantung, sehingga kebutuhan oksigen otot-otot jantung bertambah.⁹

h) Kurang Aktifitas Fisik

Kurang beraktifitas dan kurang berolahraga menjadi kecenderungan di era modern seperti saat ini. Seseorang yang biasanya beraktifitas dibawah batas normal, lalu seketika melakukan pekerjaan yang berat dapat mengakibatkan kerja keras otot jantung saat memompakan darah. Hal ini karena otot jantung harus dibiasakan untuk melakukan pekerjaan yang lebih berat secara bertahap agar saat kondisi tertentu penderita hipertensi tidak mengalami serangan jantung mendadak akibat kerja keras otot jantung secara tiba-tiba.³¹ Jadi, olah raga yang teratur dapat

membantu menurunkan tekanan darah dan bermanfaat bagi penderita hipertensi ringan.⁹

i) Stress

Stress adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh adanya interaksi antara individu dengan lingkungannya yang mendorong seseorang untuk mempersepsikan adanya perbedaan antara tuntutan situasi dan sumber daya (biologis, psikologis, dan sosial) yang ada pada diri seseorang.⁹ Individu yang mempunyai kecenderungan stress emosional tinggi, karena adanya pelepasan adrenalin tambahan oleh kelenjer adrenal yang terus menerus dirangsang.³²

g. Komplikasi Hipertensi

Sama halnya dengan penyakit berbahaya lainnya, penyakit lain dapat timbul karena peningkatan tekanan darah yang tidak terkontrol. Tentunya, kondisi ini akan semakin memperburuk organ-organ tubuh lainnya.³¹

Berikut beberapa penyakit lain yang timbul akibat hipertensi yang tidak terkontrol antara lain :

1) Gagal Jantung

Penyakit ini diakibatkan oleh jantung yang bekerja keras selama bertahun-tahun untuk memompakan darah keseluruh tubuh. Otot jantung menjadi melebar dan menebal. Kerja keras tersebut menyebabkan lemahnya jantung untuk memompakan darah, sehingga gagal jantungpun terjadi. Dada seketika menjadi sesak, napas menjadi tak beraturan dan dapat menimbulkan pembengkakan di kaki.³¹

2) Penyakit Jantung Koroner

Penderita hipertensi biasanya juga mengalami penyakit jantung koroner yang disertai dengan arterosklerosis. Penyakit ini diakibatkan karena adanya sumbatan pembuluh darah menuju jantung. Pasokan darah ke dalam jantung menjadi kurang, sehingga penderita merasakan nyeri dada dan otot jantung penderita menjadi terganggu.³¹

3) Stroke

Komplikasi stroke dengan hipertensi timbul akibat adanya tekanan tinggi saat perdarahan di otak. Otak yang terperdarahi oleh arteri-arteri mengalami penebalan dan peningkatan volume tekanan darah, sehingga aliran darah berkurang ke daerah yang diperdarahnya.³² Gejala stroke yang umumnya terjadi seperti sakit kepala mendadak, hingga bertingkah laku layaknya orang mabuk, pergerakan sulit dan lemah disalah satu bagian tubuh seperti wajah, mulut, atau kakunya pergelangan tangan, bahkan kejelasan dalam berbicara berkurang, hingga tiba-tiba tidak sadarkan diri.³²

4) Gagal ginjal

Komplikasi hipertensi juga menyebabkan gagal ginjal. Kerusakan progresif pada glomerulus terjadi akibat tekanan darah tinggi. Glomerulus yang rusak mengakibatkan pagaliran darah ke nefron. Kekurangan oksigen dan kematian dapat terjadi bila hal tersebut berlanjut. Membran glomerulus yang rusak menyebabkan protein keluar melalui urin sehingga berkurangnya tekanan osmotik

koloid plasma, akibat hal tersebut penderita hipertensi kronik biasanya dijumpai dengan adanya edema.³²

h. Penatalaksanaan Hipertensi

1) Terapi Non Farmakologi

Terapi non farmakologi berupa perubahan gaya hidup dapat menurunkan tekanan darah. Beberapa jenis terapi non farmakologi yaitu¹⁰ :

a) Penurunan Berat Badan

Penurunan berat badan bisa dilakukan dengan cara modifikasi diet dan melakukan olahraga. Menurunkan berat badan 10 kg dapat menurunkan tekanan darah sistolik 5-20 mmHg.¹⁰

b) Modifikasi Diet

Modifikasi diet dilakukan dengan mengatur pola makan. Penelitian menunjukkan bahwa pola makan dengan mengutamakan pada konsumsi buah-buahan, sayuran, produk susu rendah lemak serta mengurangi lemak dan kolesterol, mengurangi konsumsi jumlah natrium dapat menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Diet DASH adalah strategi yang efektif dalam mencegah penyakit hipertensi.¹⁰

c) Berhenti Merokok dan Mengurangi Konsumsi Alkohol

Merokok merupakan faktor risiko utama penyakit hipertensi dan kardiovaskuler. Satu batang rokok menyebabkan peningkatan akut pada tekanan darah dan denyut jantung selama 15 menit, sebagai konsekuensi dari stimulasi sistem syaraf simpatik. *Institute*

of Clinical System Impravement menyatakan bahwa dengan mengurangi konsumsi alkohol dapat mencegah kejadian hipertensi dan menurunkan tekanan darah sistolik 2-4 mmHg.¹⁰

d) Aktivitas Fisik

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa perilaku individu yang kurang melakukan aktivitas fisik akan lebih mudah terkena hipertensi.¹⁰ Aktivitas fisik yang dianjurkan berolahraga seperti senam aerobik atau jalan cepat minimal sejauh 3 kilometer dilakukan 30-45 menit dalam sehari, hal ini dapat menurunkan tekanan darah diastolik 2,5 mmHg dan tekanan darah sistolik 4 mmHg.⁹

e) Manajemen Stress

Strategi yang direkomendasikan dalam manajemen stress adalah dengan melakukan olahraga, membicarakan masalah dengan orang lain yang dipercaya, tertawa dan istirahat yang cukup. Teknik relaksasi yang direkomendasikan dalam penatalaksanaan hipertensi adalah yoga, relaksasi, dan fisioterapi.¹⁰

2) Terapi Farmakologi

Tatalaksana farmakologi umumnya dilakukan dengan memberikan obat anti hipertensi. Beberapa jenis obat anti hipertensi yaitu²⁵ :

a) Diuretik

Diuretik merupakan salah satu golongan obat anti hipertensi paling penting karena murah, efektif, umumnya ditoleransi dengan

baik dalam dosis rendah dan diuretik telah terbukti untuk mencegah kejadian kardiovaskular, termasuk stroke dan PJK dalam berbagai kelompok pasien hipertensi. Banyak efek samping yang tidak diinginkan diuretik seperti deplesi kalium, berkurangnya toleransi glukosa dan impotensi dikaitkan dengan penggunaan diuretik dosis tinggi.²⁵

b) Penghambat Beta (*Beta-blocker*)

Beta bloker termasuk aman, murah dan efektif sebagai monoterapi atau kombinasi dengan diuretik, kalsium antagonis dan *dihydropyridine* dan *alpha-blocker*. *Beta bloker* menjadi pilihan untuk pengobatan hipertensi pada pasien dengan gejala penyerta lain, seperti migrain, angina pektoris, miokard infark atau gagal jantung.²⁵

c) *ACE-I*

ACE-I efektif dalam mengobati hipertensi dan ditoleransi dengan baik. *ACE-I* telah terbukti memperpanjang kelangsungan hidup pada pasien dengan gagal jantung atau disfungsi ventrikel kiri, mengurangi angka kematian pada pasien tanpa gagal jantung atau disfungsi bilik kiri jantung yang berisiko tinggi terjadinya penyakit kardiovaskular dan mengurangi proteinuria pada pasien baik dengan nefropati diabetes atau non-diabetes.²⁵

d) *Direct Renin Inhibitor*

Aliskiren, Direct Renin Inhibitor (DRI), bisa diberikan sebagai monoterapi atau kombinasi dengan obat anti hipertensi

lain. Dalam sebuah penelitian selama 8 minggu pemberian *aliskiren* dan ARB (*valsartan*) secara bersama secara signifikan dapat menurunkan tekanan darah.²⁵

e) *Calcium channel blocker* (CCB)

Semua kalsium antagonis efektif dan ditoleransi baik dalam menurunkan tekanan darah. CCB menunjukkan manfaat pencegahan stroke pada pasien usia lanjut dengan hipertensi sistolik. Kalsium antagonis direkomendasikan untuk pasien usia lanjut dengan hipertensi sistolik dan untuk pasien berkulit hitam.²⁵

2. Pengetahuan

a. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimiliki seperti mata, hidung, telinga dan sebagainya. Pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu.³³

b. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan mempunyai 6 tingkatan yaitu³³ :

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya atau yang telah diterima. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain

menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (*Comprehension*)

Kemampuan untuk menjelaskan materi secara benar tentang objek yang diketahui. Orang yang sudah paham terhadap suatu materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan sebagainya terhadap objek yang telah dipelajari.

3) Aplikasi (*Application*)

Kemampuan mengetahui materi dan dapat menerapkan prinsip yang diketahui pada situasi atau kondisi aktual.

4) Analisis (*Analysis*)

Kemampuan dalam mendeskripsikan suatu materi atau objek yang terdapat dalam suatu masalah dan terkait satu sama lain.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Kemampuan untuk menghubungkan berbagai bagian dari suatu objek tertentu menjadi satu kesatuan yang baru.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Kemampuan untuk mengevaluasi bahan atau objek tertentu dan penilaian berdasarkan kriteria yang ditentukan.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu³⁴ :

1) Pendidikan

Secara umum, orang yang berpendidikan memiliki tingkat pengetahuan dan wawasan yang luas dibandingkan dengan orang yang tingkat pendidikannya rendah.

2) Pengalaman

Pengalaman yang didapatkan oleh seseorang bisa berasal dari pengalaman pribadi atau pengalaman orang lain.

3) Fasilitas

Fasilitas dapat berupa sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, misalnya radio, buku, televisi, koran dan lain-lain.

4) Sosial Budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

3. Pola makan

a. Pengertian Pola Makan

Pola makan merupakan susunan jenis dan jumlah yang makanan yang dikonsumsi seseorang pada waktu tertentu yang terdiri dari frekuensi makan, jenis makanan, dan porsi makan.⁵

Pola makan berdasarkan jenis bahan makanan seperti makanan pokok, sumber protein nabati dan hewani, sayur, buah dan berdasarkan frekuensi yaitu harian, mingguan, pernah, dan tidak pernah sama sekali.³⁵

Besar porsi adalah banyaknya golongan bahan makanan yang direncanakan setiap kali makan dengan menggunakan satuan penukar berdasarkan standar makanan yang berlaku.³⁶

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pola Makan

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pola makan antara lain yaitu³⁷ :

1) Budaya

Budaya berpengaruh terhadap pilihan seseorang untuk menentukan makanan apa yang harus dikonsumsi. Sebagai contoh, nasi untuk orang Asia dan Orientalis, pasta untuk orang Italia, sedangkan orang India menjadikan *curry* (kari) sebagai makanan pokok. Makanan goreng-gorengan lebih disukai masyarakat sepanjang pesisir Amerika Utara.³⁷

2) Agama dan Kepercayaan

Agama dan kepercayaan juga berperan dalam pemilihan jenis makanan. Salah satu contoh memakan babi haram bagi agama Islam. Agama Roma Katolik melarang makan daging setiap hari, dan agama lain yang melarang mengkonsumsi teh, kopi dan alkohol.³⁷

3) Status Sosial Ekonomi

Pilihan seseorang terhadap jenis dan kualitas makanan yang dibeli sebagai pengaruh dari status sosial ekonomi, seperti masyarakat kelas menengah kebawah memiliki atau orang miskin di desa tidak sanggup membeli makanan jadi, daging, buah dan sayuran yang mahal, karena keterbatasan pendapatan. Sedangkan kelompok sosial

dan masyarakat lainnya terbiasa dengan makanan seperti kerang, siput, hamburger dan pizza.³⁷

4) Kesehatan

Tingkat kesehatan seseorang merupakan pengaruh besar dari kebiasaan makan. Di zaman modern sekarang ini, banyak orang meninggal di usia muda karena komplikasi penyakit yang disebabkan oleh pola makan yang buruk, contohnya terlalu banyak mengonsumsi karbohidrat dan lemak tetapi kurang mengonsumsi serat, menyantap *fast food* (makanan cepat saji) dan ngemil berlebihan.³⁷

4. *Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)*

Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) merupakan diet yang identik dengan pola makan tinggi serat, tinggi protein, rendah lemak jenuh, kolesterol, natrium, dan gula yang diketahui memiliki efek positif dalam menurunkan tekanan darah.³⁸ Diet DASH juga menghindari minuman manis, lemak, daging merah dan daging olahan.¹¹ Diet DASH merupakan diet sayuran serta buah yang banyak mengandung serat pangan (30 gram/hari) dan mineral tertentu (kalium, magnesium serta kalsium) sementara asupan garamnya dibatasi.¹²

Pada penelitian meta-analisis dan sistematik review dari *Randomized Controlled Trials (RCTs)*, yang mengevaluasi efek dari diet DASH pada tekanan darah menunjukkan bahwa diet DASH menurunkan tekanan darah sistolik secara signifikan sebesar 6,74 mmHg dan tekanan darah diastolik sebesar 3,54 mmHg.³⁹

a. Tujuan Diet DASH

Tujuan diberikan diet DASH bagi penderita hipertensi yaitu untuk menurunkan tekanan darah. Diet DASH juga sebagai upaya untuk pencegahan penyakit hipertensi. Menurut Dunggio, dkk (2021) diet DASH juga digunakan untuk menurunkan berat badan dan kadar kolesterol.⁴⁰

b. Prinsip dan Syarat Diet DASH

Menurut Dunggio (2021) terdapat beberapa syarat dan prinsip untuk menjalankan diet DASH yaitu⁴⁰ :

- 1) Cukup dalam pemenuhan energi sesuai kebutuhan penderita hipertensi.
- 2) Cukup dalam pemenuhan protein dan sesuai kebutuhan penderita hipertensi.
- 3) Cukup dalam pemenuhan karbohidrat dan sesuai kebutuhan penderita hipertensi.
- 4) Mengurangi asupan makanan yang mengandung lemak jenuh dan kolesterol.
- 5) Mengurangi asupan natrium menjadi < 2300 mg dalam sehari. Asupan natrium dibatasi menjadi < 1500 mg dalam sehari apabila penurunan tekanan darah belum tercapai.
- 6) Mengonsumsi asupan kalium > 4700 mg dalam sehari.
- 7) Mengonsumsi asupan kalsium > 800 mg dalam sehari.
- 8) Memenuhi kebutuhan asupan magnesium 240 –1000 mg dalam sehari bisa menurunkan tekanan darah sistolik 1,0 – 5,6 mmHg.

c. Perencanaan Makanan dalam Diet DASH

Pola makan diet DASH dalam satu hari berdasarkan sumbernya dibagi pada tabel 2 sebagai berikut :

Tabel 2. Pola Makan Diet DASH

Makanan	Porsi
Sumber karbohidrat	6 – 8/hari
Sayur	4 – 5/hari
Buah	4 – 5/hari
Kacang-kacangan	4 – 5/minggu
Daging, unggas dan ikan	≤ 6 / hari
Lemak dan Minyak	2 – 3/hari
Susu rendah lemak dan produk olahannya	2 – 3/hari
Pemanis dan Gula	≤ 5 / minggu

Sumber :⁹

d. Bahan Makanan yang Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan dalam Diet DASH

Beberapa bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan dalam diet DASH dapat dilihat pada tabel 3 sebagai berikut:

Tabel 3. Bahan Makanan yang Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan dalam Diet DASH

Sumber	Bahan Makanan yang Dianjurkan	Bahan Makanan yang Tidak Dianjurkan
Karbohidrat	Gandum utuh, oat, beras, kentang, singkong	Biskuit yang diawetkan dengan natrium, nasi uduk
Protein hewani	Ikan, daging, unggas tanpa kulit, telur maksimal 1 butir/hari	Daging merah bagian emak, ikan kaleng, kornet, sosis, ikan asap, ati, ampela olahan daging dengan natrium
Protein nabati	Kacang-kacangan segar	Olahan kacang yang diawetkan dan mendapatkan campuran natrium
Sayuran	Semua sayuran segar	Sayur kaleng yang diawetkan dan mendapat campuran natrium, asinan sayur
Buah-buahan	Semua buah segar	Buah-buahan kaleng, asinan, dan manisan

Lemak	Minyak kelapa sawit, margarin, dan mentega tanpa garam	buah Margarin, mentega, dan mayonaise
Minuman	Teh dan jus buah dengan pembatasan gula, air putih, susu rendah lemak	Minuman kemasan dengan pemanis tambahan dan pengawet
Bumbu	Rempang-rempah, bumbu segar, garam dapur dengan penggunaan yang terbatas	Vetsin, kecap, saus, bumbu instan

Sumber : ⁴¹

5. **Konseling Gizi**

a. **Pengertian Konseling Gizi**

Konseling adalah suatu bentuk pendekatan yang digunakan dalam asuhan gizi untuk menolong individu dan keluarga memperoleh pengertian yang lebih baik tentang dirinya serta permasalahan yang dihadapi. Setelah melakukan konseling, individu dan keluarga diharapkan mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizinya termasuk perubahan pola makan serta memecahkan masalah terkait gizi kearah kebiasaan hidup sehat.⁴²

b. **Tujuan Konseling Gizi**

Konseling gizi bertujuan untuk membantu klien dalam upaya mengubah perilaku yang berkaitan dengan gizi sehingga meningkatkan kualitas gizi dan kesehatan klien.⁴²

c. **Manfaat Konseling Gizi**

Proses konseling diharapkan dapat memberikan manfaat pada klien sebagai berikut⁴² :

- 1) Membantu klien untuk mengenali permasalahan kesehatan dan gizi yang dihadapi.

- 2) Membantu klien mengatasi masalah.
- 3) Mendorong klien untuk mencari cara pemecahan masalah.
- 4) Mengarahkan klien untuk memilih cara pemecahan yang paling sesuai baginya.
- 5) Membantu proses penyembuhan penyakit melalui perbaikan gizi klien.

d. Sasaran Konseling Gizi

Adapun sasaran konseling gizi adalah sebagai berikut⁴² :

- 1) Klien yang memiliki masalah kesehatan terkait dengan gizi.
- 2) Klien yang ingin melakukan tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit.
- 3) Klien yang ingin mempertahankan dan mencapai status gizi optimal.

e. Langkah-langkah Konseling Gizi

Konseling gizi pada berbagai diet merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) atau *Nutrition Care Process* (NCP). Merujuk pada proses tersebut maka tata laksana konseling gizi harus mengikuti langkah-langkah PAGT untuk menjawab atau mengatasi masalah gizi yang ada pada klien berdasarkan hasil pengkajian dan diagnosis gizi.⁴²

Berikut alur konseling gizi yang mengikuti langkah-langkah PAGT⁴² :



Berdasarkan alur konseling diatas, dapat dijelaskan langkah-langkah konseling sebagai berikut⁴² :

- 1) Membangun dasar-dasar konseling, seperti mengucapkan salam, perkenalan diri, mengenal klien, membangun hubungan, memahami tujuan kedatangan, serta menjelaskan tujuan dan proses konseling.
- 2) Menggali permasalahan dengan cara mengumpulkan data dan fakta dari semua aspek dengan melakukan assessment atau pengkajian gizi menggunakan data antropometri, biokimia, klinis dan fisik, riwayat makan serta personal.
- 3) Menegakkan diagnosa gizi yaitu melakukan identifikasi masalahpenyebab dan tanda atau gejala yang disimpulkan dari uraian

hasil pengkajian gizi dengan komponen *problem* (P), *etiology* (E), *sign and symptom* (S).

- 4) Intervensi gizi melalui 2 langkah, pertama memilih rencana bekerjasama dengan klien untuk memilih alternatif upaya perubahan perilaku diet yang dapat diimplementasikan. Selanjutnya memperoleh komitmen untuk melaksanakan perlakuan diet khusus serta membuat rencana yang realistis dan dapat diterapkan, lalu menjelaskan tujuan, prinsip diet, dan ukuran porsi makan.
- 5) Monitoring dan evaluasi dengan cara ulangi dan tanyakan kembali apakah kesimpulan dari konseling dapat dimengerti oleh klien dan pada kunjungan berikutnya, lihat proses dan dampaknya.
- 6) Mengakhiri konseling yaitu akhir dari sesi konseling (satu kali pertemuan), sedangkan akhir suatu proses konseling (beberapa kali pertemuan).

f. Tempat dan Waktu Konseling Gizi

Konseling dapat dilakukan dimana saja, seperti di rumah sakit, posyandu, poliklinik dan puskesmas. Lingkungan yang dipilih harus memenuhi syarat yaitu⁴² :

- 1) Aman, yaitu memberikan rasa aman pada klien untuk dapat berbicara bebas tanpa didengar dan diamati oleh orang lain.
- 2) Nyaman, yaitu membuat suasana yang mendukung proses konseling.
- 3) Tenang, yaitu lingkungan yang mendukung untuk penyampaian informasi dapat jelas tersampaikan baik dari pihak klien maupun saran dari konselor.

- 4) Waktu yaitu antara 30-60 menit, 30 menit pertama untuk menggali data dan selebihnya untuk diskusi serta pemecahan masalah.

g. Media Konseling Gizi

Media konseling gizi merupakan alat untuk melakukan konseling gizi pada saat memberikan konseling kepada klien. Isi materi dalam media konseling gizi sangat menentukan terhadap pemahaman klien. Isi materi dalam media konseling gizi merupakan hal pokok dalam konseling gizi yang perlu disusun secara cermat dan lengkap.⁴³

Salah satu media yang paling banyak digunakan dalam konseling gizi yaitu leaflet. Leaflet merupakan media yang tepat dalam penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat yang didalamnya dapat berisi kalimat maupun gambar, media leaflet juga mudah dipahami oleh kalangan lansia.⁴⁴ Leaflet digunakan untuk memberikan keterangan singkat tentang suatu masalah, misalnya deskripsi pengolahan air di tingkat rumah tangga, deskripsi tentang TB paru dan pencegahannya, dan lain-lain. Ukuran leaflet biasanya 20 x 30 cm yang berisi tulisan 200-400 kata dengan bahasa yang sederhana dan disajikan secara berlipat. Isi yang ada didalam leaflet harus dapat dibaca sekali pandang. Leaflet dapat diberikan atau disebarakan pada saat pertemuan-pertemuan dilakukan seperti pertemuan Forum Group Diskusi (FGD), pertemuan posyandu, kunjungan rumah, dan lain-lain.⁴⁵

Leaflet memiliki beberapa kelebihan dan kelemahan. Kelebihan dari leaflet adalah efektif untuk memberikan informasi singkat, murah dan sederhana. Sedangkan kelemahan leaflet yaitu mudah rusak dan hilang,

namun terdapat kelemahan, leaflet tetap efektif dalam meningkatkan pengetahuan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hidayah dan Sopiyan di menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan responden mengenai diabetes mellitus setelah edukasi diberikan dengan memakai leaflet.⁴⁶ Hal ini juga sama dengan penelitian Agustini Fenty (2019) yang menunjukkan bahwa adanya peningkatan nilai rata-rata sebelum dan sesudah diberikan leaflet yang artinya media leaflet efektif untuk meningkatkan pengetahuan ibu hamil.⁴⁷

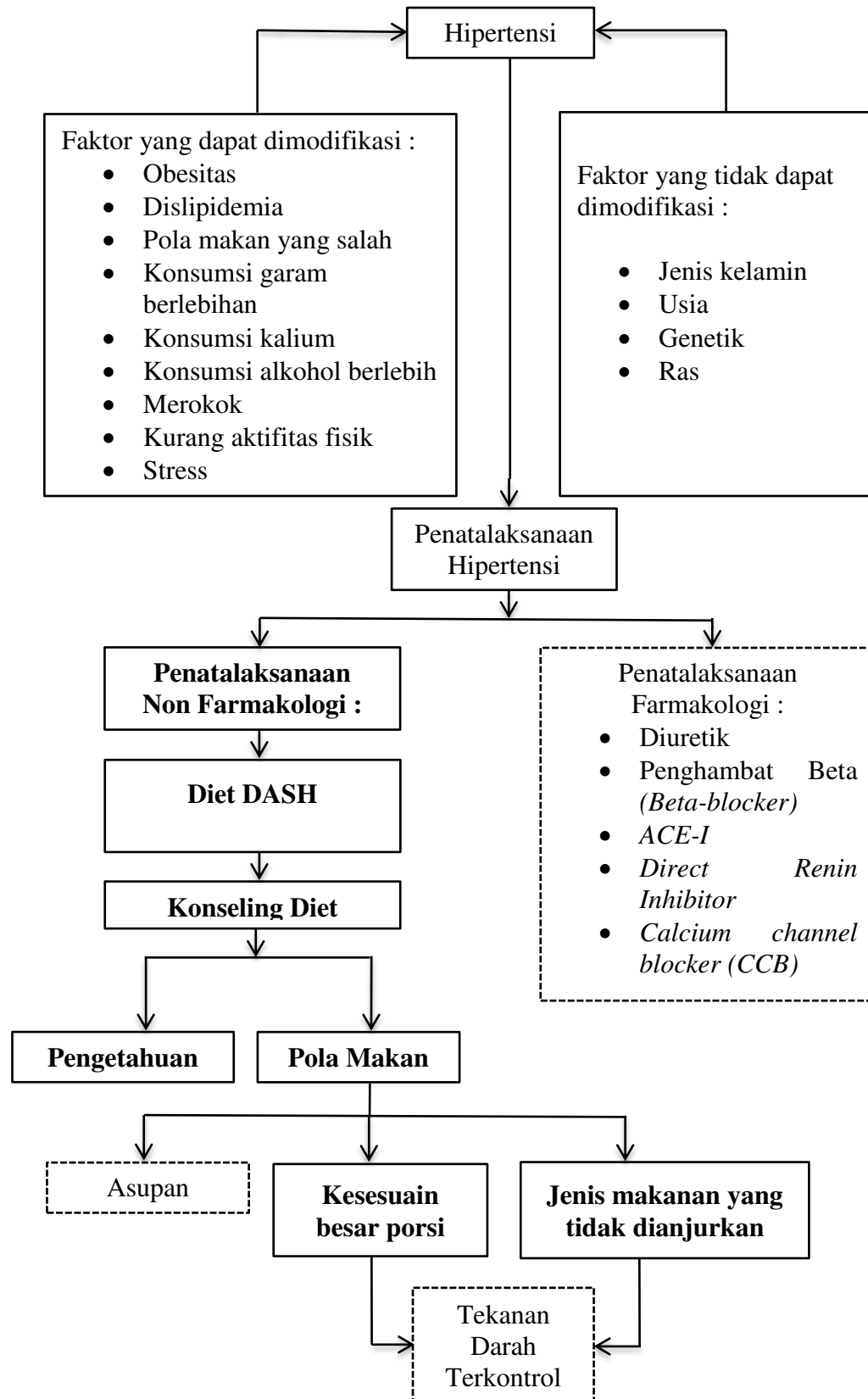
Pemilihan media leaflet dalam penelitian ini dikarenakan karakter dari leaflet yang berbeda dari bentuk media cetak lainnya. Jika dibandingkan dengan buku paket atau modul, secara desain dan tampilannya leaflet cenderung lebih simple dan mudah untuk dibawa kemana saja. Hal ini menunjukkan bahwa, media ini lebih efektif dibandingkan dengan media cetak lainnya karena desainnya yang menarik dan lebih sederhana. Media leaflet diyakini mampu mempermudah dan mempercepat responden untuk paham akan pesan yang disampaikan oleh peneliti.⁴⁸

B. Literatur Review

No	Penulis	Judul	Tahun	Metode Penelitian	Hasil
1.	Astuti Agustina Pungki, dkk	Penerapan Anjuran Diet DASH dibandingkan Diet Rendah Garam berdasarkan Konseling Gizi terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Larangan Utara	2021	Desain penelitian ini menggunakan <i>studi eksperimental</i> . Dalam rancangan ini dilakukan random alokasi intervensi, kemudian dilakukan pengecekan tekanan darah, asupan natrium dan sayur buah pada kedua kelompok tersebut dan diikuti intervensi konseling pada kedua kelompok. Setelah 2 minggu dilakukan pengukuran kembali pada kedua kelompok. Data yang telah dikumpulkan kemudian diolah dan dianalisis menggunakan uji <i>Independent t-Test</i> , uji <i>Wilcoxon</i> dan uji perbedaan <i>mann-whitney</i> .	Adanya perbedaan yang bermakna pada tekanan darah diastolik setelah pasien diberi diet DASH dibandingkan dengan pasien yang diberi diet RG ($p < 0,05$) dan terdapat perbedaan delta penurunan sistolik dan diastolik bermakna pada diet DASH dibanding diet RG. Analisa juga menunjukkan adanya penurunan tekanan darah sistolik, diastolik dan asupan natrium yang bermakna ($p < 0.001$) pada kedua kelompok diet setelah mendapat konseling Diet DASH dan Diet RG
2.	Lubis Harti	Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan tentang Diet DASH terhadap Tingkat Pengetahuan	2019	Desain penelitian ini merupakan penelitian <i>Quasy Eksperimen</i> dengan desain <i>pretest</i> dan <i>posttest</i> . Teknik	Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh pemberian pendidikan kesehatan

	Penderita Hipertensi				
3.	Uliatiningsih Rita	Pengaruh Edukasi <i>Dietary Approaches To Stop Hypertension</i> (DASH) terhadap Kepatuhan Diet dan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi di Rumkital Marinir Cilandak	2019	<p>pengambilan sampel pada penelitian ini adalah menggunakan rumus slovin. Instrument penelitian berupa kuesioner.</p> <p>Penelitian ini menggunakan desain <i>pre experimental</i> design dengan pendekatan rancangan <i>pretest-posttest one group design</i>. Jumlah sampel yang diperoleh sebanyak 75 responden dengan teknik sampling yang digunakan adalah <i>purposive sampling</i>. Data kepatuhan diet diukur dengan kuesioner yang berisi 25 pertanyaan skala likert (selalu, sering, jarang, tidak pernah).</p>	<p>terhadap tingkat pengetahuan secara bermakna setelah dilakukan pendidikan kesehatan dengan nilai <i>p-value</i> <0,000.</p> <p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa 24 responden dengan pola makan buruk, 20 responden mengalami pre-Hipertensi, 13 responden mengalami Hipertensi tingkat satu dan 7 responden mengalami Hipertensi tingkat dua. Terdapat pengaruh pola makan terhadap kejadian Hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Dungaliyo Kabupaten Gorontalo.</p>

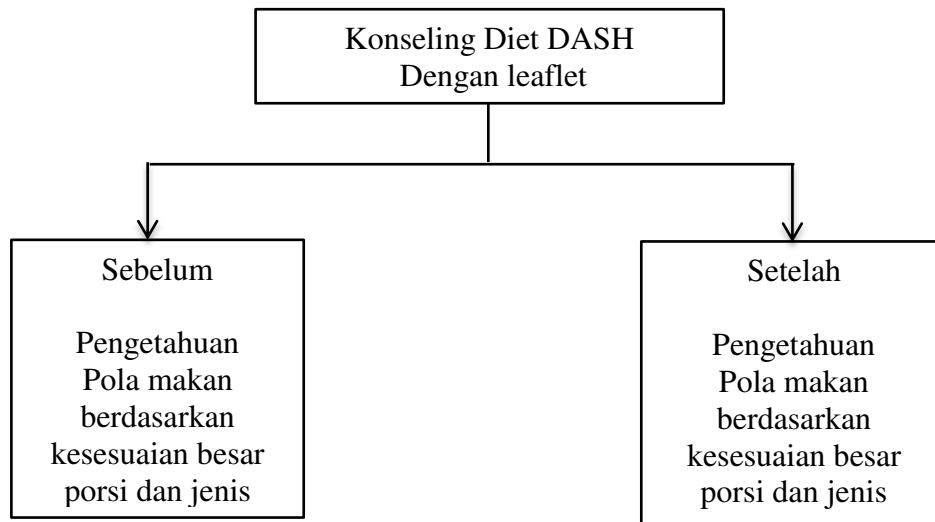
C. Kerangka Teori



Sumber : Almtsier 2005, Hull 2011 dan Sumantri 2014

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini menguraikan kaitan antara variabel dependen dengan variabel independen dari masalah yang akan diteliti.



E. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Pengetahuan sebelum dan sesudah konseling tentang diet DASH	-Segala hal yg diketahui oleh responden mengenai pengertian, penyebab, akibat, dan gejala hipertensi serta pola makan diet DASH sebelum dan sesudah diberikan konseling	Wawancara	Kuesioner	Tingkat pengetahuan sebelum dan setelah konseling. Dikategorikan menjadi : <ul style="list-style-type: none"> • Kurang $\leq 55\%$ • Cukup 56%-74% • Baik 75%-100% (Arikunto, 2013)	Ordinal
					Rata-rata pengetahuan sebelum dan sesudah konseling.	Rasio
2.	Pola makan berdasarkan kesesuaian besar porsi Sebelum dan sesudah konseling tentang diet DASH	-Kesesuaian antara besar porsi makanan yang dikonsumsi oleh responden dalam satu hari dengan pola makan diet DASH yang terdiri dari makanan pokok, lauk-pauk (protein hewani-protein nabati), sayur, buah, susu rendah lemak, minyak dan lemak, serta gula sebelum dan sesudah diberikan konseling	Wawancara	Formulir <i>SQ-FFQ</i>	Total kesesuaian besar porsi makanan dengan pola makan diet DASH sebelum dan sesudah konseling. Dikategorikan menjadi : <ul style="list-style-type: none"> • Kurang < 4 • Cukup 4 – 8 (Pola makan diet DASH)	Ordinal
					Rata-rata kesesuaian besar porsi makanan dengan pola makan diet DASH sebelum dan sesudah konseling.	Rasio

<p>3. Pola makan berdasarkan jenis dan jenis dan konseling tentang diet DASH</p>	<p>-Jenis makanan yang dianjurkan responden sebelum dan sesudah diberikan konseling</p>	<p>Wawancara</p>	<p>Formulir <i>SQ-FFQ</i></p>	<p>Jenis makanan yang dikonsumsi sebelum dan sesudah konseling.</p>	<p>Ordinal</p>
				<p>Dikategorikan menjadi : Sebelum :</p>	
				<ul style="list-style-type: none"> • Kurang baik, jika total konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan > 13 • Baik, jika total konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan ≤ 13 	
				<p>Sesudah :</p>	
				<ul style="list-style-type: none"> • Kurang baik, jika total konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan > 2 • Baik, jika total konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan ≤ 2 	
				<p>Rata-rata konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum dan sesudah konseling.</p>	<p>Rasio</p>

F. Hipotesis

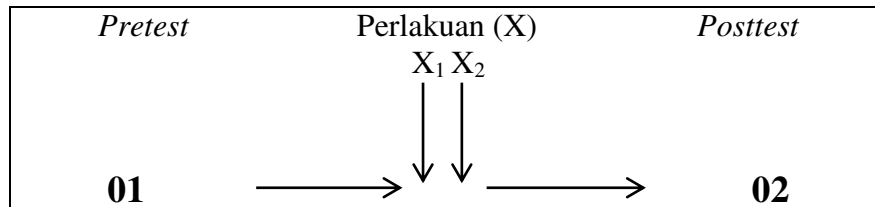
H_a : Ada pengaruh konseling tentang *Dietary Approaches To Stop Hypertension* (DASH) terhadap pengetahuan dan pola makan pada pasien perempuan hipertensi di Puskesmas Andalas Padang.

H_o : Tidak ada pengaruh konseling tentang *Dietary Approaches To Stop Hypertension* (DASH) terhadap pengetahuan dan pola makan pada pasien perempuan hipertensi di Puskesmas Andalas Padang.

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *Pre Experimental* dengan pendekatan *pretest-posttest one group design* untuk melihat pengetahuan dan pola makan sebelum dan sesudah diberi perlakuan di Puskesmas Andalas Padang, dimana pada penelitian ini tidak terdapat kelompok pembanding (kontrol) seperti skema di bawah ini :



Keterangan :

01= Pengetahuan dan pola makan sebelum diberikan konseling diet DASH

X1= Pemberian konseling gizi pertama

X2= Pemberian konseling kedua

02 = Pengetahuan dan pola makan setelah diberikan konseling diet DASH

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Waktu penelitian dimulai dari pembuatan proposal penelitian pada bulan Januari 2023, pelaksanaan penelitian 15 Juli – 28 Juli tahun 2023 dan pembuatan skripsi hingga Mei 2024 di Puskesmas Andalas Padang.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah pasien perempuan hipertensi rawat jalan yang datang berobat di Puskesmas Andalas Kota Padang saat penelitian. Dasar pengambilan populasi semua perempuan agar semua responden homogen.

2. Sampel

Sampel penelitian ini adalah pasien hipertensi yang diambil menggunakan metode *purposive sampling* atau *sampling non random*. Pengambilan sampel berdasarkan pertimbangan peneliti dengan menggunakan rumus besar sampel yang termasuk kedalam kategorik-numerik berpasangan menurut Sopiudin :

$$\begin{aligned}
 n &= \left[\frac{(z\alpha + z\beta) S}{x_1 - x_2} \right]^2 \\
 &= \left[\frac{(1,96 + 1,28) 14,7}{13,1} \right]^2 \\
 &= \left[\frac{47,628}{13,1} \right]^2 \\
 &= [3,63]^2 \\
 &= 13,17 \\
 &= 13
 \end{aligned}$$

keterangan :

n : Besar Sampel

S : Simpangan baku (Dari Pustaka)¹⁸

$x_1 - x_2$: Perbedaan klinis yang diinginkan (*clinical judgment*)¹⁸

$z\alpha$: Deviat baku alfa, hipotesis satu arah = 1,96

z_{β} : Deviat baku beta = 1,28

Sampel diperoleh sebanyak 13 orang. Mengantisipasi sampel yang berkemungkinan *drop out* dilakukan koreksi besar sampel dengan rumus :

$$n = \frac{n}{1-f}$$

$$n = \frac{13}{1-0,1}$$

$$n = 14,4$$

$$n = 14$$

Keterangan :

n : Koreksi Besar Sampel

n : Besar Sampel

f : Prediksi persentase sampel *drop out*

Sampel didapatkan sebanyak 14 orang setelah menghitung kemungkinan *drop out*. Teknik *purposive sampling* harus menentukan pengambilan sampel dengan cara menetapkan ciri-ciri khusus yang sesuai dengan tujuan penelitian, sehingga diharapkan dapat menjawab permasalahan penelitian, dengan menetapkan kriteria sampel penelitian sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi :

- 1) Pasien terdiagnosis hipertensi oleh dokter.
- 2) Bersedia menjadi sampel.
- 3) Dalam keadaan sadar dan bisa diajak berkomunikasi.
- 4) Pasien berumur 36-60 tahun.
- 5) Pasien belum pernah mendapatkan konseling.

b. Kriteria Eksklusi :

- 1) Pasien memiliki penyakit komplikasi.
- 2) Pasien dalam kondisi hamil.
- 3) Terdapat keadaan yang tidak memungkinkan untuk menjadi responden seperti cacat fisik.
- 4) Jika mengundurkan diri.

D. Rancangan Penelitian

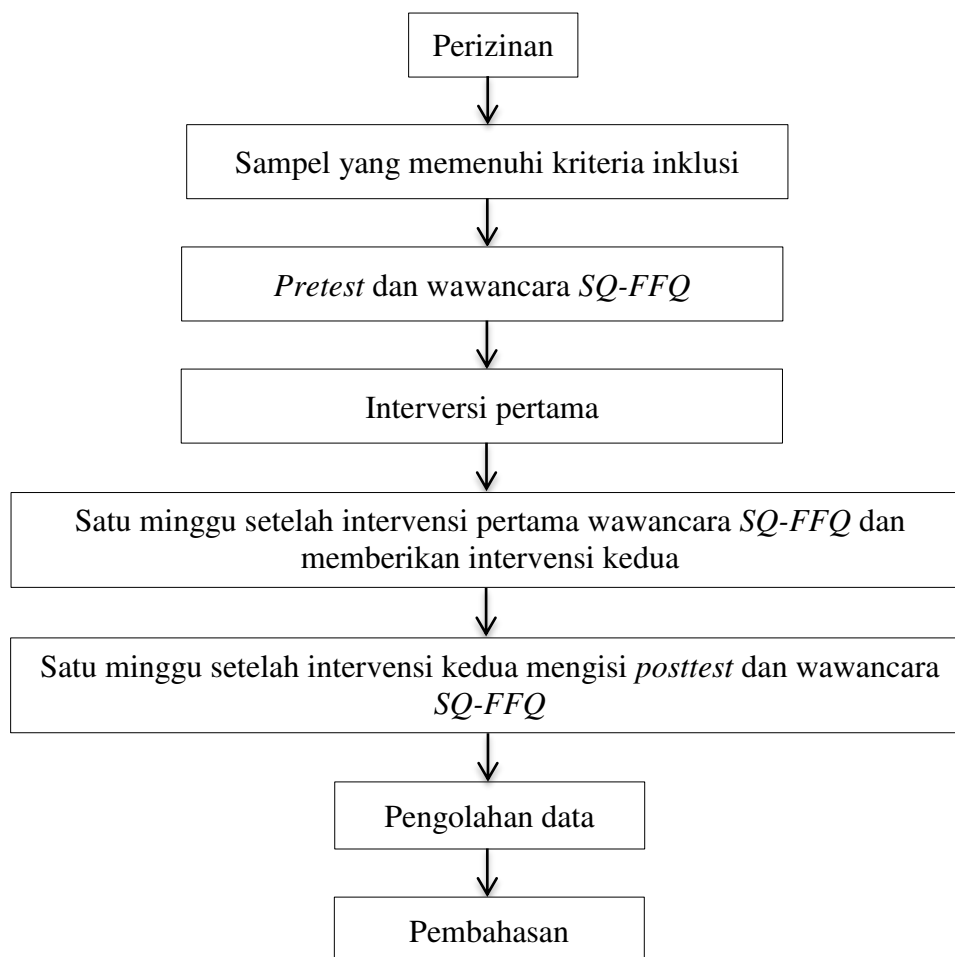
1. Tahap Persiapan

Sebelum penelitian, ada beberapa hal yang harus dipersiapkan. Peneliti harus mempersiapkan leaflet terlebih dahulu sebagai media konseling. Materi yang ada pada leaflet disusun terlebih dahulu oleh peneliti, lalu pembuatan leaflet dibantu oleh mahasiswa Promosi Kesehatan Poltekkes Padang menggunakan aplikasi canva. Leaflet yang sudah jadi belum bisa langsung digunakan, peneliti melakukan uji validitas materi terlebih dahulu dengan dosen Gizi Klinik dan diberi revisi sebanyak 1 kali, lalu uji validitas media dengan dosen Promosi Kesehatan Poltekkes Padang diberi revisi sebanyak 2 kali sampai leaflet layak untuk diuji cobakan.

Penelitian menggunakan kuesioner pengetahuan, dimana kuesioner diambil dari penelitian sebelumnya dan formulir *SQ-FFQ* berisi bahan makanan mulai dari sumber karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, buah, lemak dan minyak, susu rendah lemak dan produk olahannya, gula, serta bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan dalam diet DASH. Kuesioner pengetahuan dan formulir *SQ-FFQ* dikonsultasikan terlebih dahulu dengan pembimbing sebelum penelitian.

Sampel dipilih sebanyak 14 orang sesuai dengan kriteria yang sudah ditentukan. Peneliti melakukan pemberian konseling sebanyak 2 kali dalam 2 minggu.

2. Tahap Pelaksanaan



E. Jenis data dan Teknik Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer merupakan data yang dikumpulkan langsung oleh peneliti yang diperoleh secara langsung dengan responden meliputi :

a. Pengetahuan

Data pengetahuan didapatkan dengan wawancara langsung dengan responden menggunakan kuesioner pengetahuan yang berisi 15

pertanyaan. Kuesioner diisi dengan memberikan tanda silang (x) pada jawaban yang dianggap sesuai dengan pengetahuan responden. Penilaian pada kesioner diberi skor 1 untuk jawaban yang benar dan 0 untuk jawaban yang salah.

b. Pola Makan

1) Besar Porsi

Data didapatkan menggunakan formulir *SQ-FFQ* yang ditanyakan langsung dengan wawancara kepada responden. Data besar porsi makanan yang konsumsi oleh responden terdiri dari bahan makanan pokok, protein hewani, protein nabati, sayur, buah, lemak dan minyak, susu rendah lemak, serta gula yang dihitung berdasarkan total kelompok makanan yang dikonsumsi sesuai dengan pola makan diet DASH sebelum diberikan konseling, seminggu setelah diberikan konseling pertama dan kedua.

2) Jenis

Data didapatkan dengan menggunakan formulir *SQ-FFQ* ditanyakan langsung dengan wawancara kepada responden. Data jenis bahan makanan untuk mengetahui jumlah konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan dalam diet DASH sebelum diberikan konseling, seminggu setelah diberikan konseling pertama dan kedua.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data laporan jumlah pasien hipertensi yang didapatkan dari Puskesmas Andalas. Pada data tersebut terdapat nama, jenis

kelamin, alamat, umur dan no hp pasien hipertensi di Puskesmas Andalas Padang tahun 2022.

F. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan data

Pengolahan yang telah diperoleh dilakukan secara komputerisasi dengan menggunakan program. Adapun tahap-tahap dalam pengolahan data yaitu sebagai berikut:

a. Editing

Tahap ini memeriksa kembali kelengkapan dan kejelasan data yang dikumpulkan seperti data pada kuesioner, formulir *SQ-FFQ* dan data karakteristik responden agar data valid dan tidak ada kesalahan dalam pencatatan data.

b. Coding

Coding data merupakan pemberian kode pada data karakteristik responden, pengetahuan dan pola makan untuk memudahkan dalam analisis data. Pemberian kode dalam bentuk angka pada data karakteristik responden yaitu pengelompokan jenis kelamin 1 = laki-laki, 2 = perempuan, untuk pengelompokan pendidikan 1 = tidak sekolah, 2 = SD, 3 = SMP, 4 = SMA, 5 = PT/AK, dan untuk pekerjaan 1 = Pensiunan, 2 = PNS, 3 = Swasta, 4 = Pedagang, 5 = Buruh/Tani, 6 = IRT, 7 = Lainnya. Data pengetahuan diberi kode 1 = kurang, cukup = 2 dan baik = 3, pada data kesesuaian besar porsi makan diberi kode 1 = kurang, 2 = cukup, data jenis makanan yang tidak dianjurkan diberi kode 1 = kurang baik, 2 = baik.

c. *Entry*

Entry merupakan kegiatan memasukkan data-data yang didapat seperti data karakteristik responden yang telah diberi kode, kuesioner pengetahuan dan formulir *SQ-FFQ* kedalam program yang digunakan yaitu SPSS untuk mempermudah analisa data sesuai dengan kode yang diberikan.

d. *Cleaning*

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di *entry*, sehingga tidak terjadi kesalahan dalam analisa data dan kelengkapan data yang diolah dengan komputerisasi.

2. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat yaitu analisis data secara deskriptif untuk mendapatkan rata-rata, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dilakukan terhadap variabel dependen yaitu pengetahuan dan pola makan berdasarkan kesesuaian besar porsi makan dan jenis makanan yang tidak dianjurkan sesuai pola makan diet DASH responden sebelum dan setelah konseling Diet DASH. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat untuk melihat pengaruh dengan membandingkan rata-rata skor pengetahuan dan pola makan berdasarkan jumlah konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum dan setelah konseling diet DASH menggunakan uji *Shapiro Wilk* untuk melihat normalitas data dan

uji *t-dependent* dengan tingkat kepercayaan 95% dan tingkat kemaknaan *p value* <0,05 untuk melihat perbandingan rata-rata skor pengetahuan sebelum dan setelah konseling diet DASH dan pola makan berdasarkan jenis makanan yang tidak dianjurkan. Untuk melihat perbedaan rata-rata pola makan berdasarkan kesesuaian besar porsi makan menggunakan uji *Wilcoxon*, karena data berdistribusi tidak normal dengan tingkat kemaknaan *p value* <0,05. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Andalas. Puskesmas Andalas adalah sebuah puskesmas yang terletak di Gg. Sarga Indah, Jl. Andalas, No.82B, Andalas, Kecamatan Padang Timur, Kota Padang. Puskesmas Andalas memiliki wilayah kerja sebanyak sepuluh kelurahan yaitu Sawahan, Jati Baru, Jati, Sawahan Timur, Kb. Marapalam, Andalas, Kubu Dalam Parak Karakah, Parak Gadang Timur, Simpang Haru, dan Ganting Parak Gadang. Luas wilayah Andalas adalah 8,15 km² dengan batas wilayah:

- a. Sebelah Utara dan Selatan berbatasan dengan Kecamatan Padang Utara, Kuranji dan Kecamatan Padang Selatan
- b. Sebelah Barat dan Timur berbatasan dengan Kecamatan Padang Barat dan Kecamatan Lubuk Begalung, Pauh.

2. Gambaran Umum Responden

Responden pada penelitian ini adalah pasien perempuan hipertensi rawat jalan poli Penyakit Tidak Menular (PTM) di Puskesmas Andalas yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 14 orang. Gambaran karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4. Distribusi frekuensi Usia, Jenis Kelamin, Pekerjaan, dan Pendidikan Responden di Puskesmas Andalas Tahun 2024

Karakteristik Responden	n	%
Jenis Kelamin		
Perempuan	14	100
Umur		
40-50	5	35,7
>50-60	4	28,6
>60-65	5	35,7
Pendidikan		
SD	0	0
SMP	6	42,9
SMA	5	35,7
PT/AK	3	21,4
Pekerjaan		
PNS	3	21,4
Swasta	0	0
Pedagang	4	28,6
IRT	7	50
Jumlah	14	100

Tabel 4 menunjukkan bahwa semua responden berjenis kelamin perempuan (100%). Usia responden terbanyak berada pada usia 40-50 tahun (35,7%) dan usia >60-65 tahun (35,7%). Tingkat pendidikan terakhir responden lebih banyak pada tingkat pendidikan SMP yaitu 42,9%. Pekerjaan responden lebih banyak sebagai ibu rumah tangga (IRT) yaitu 50%.

3. Analisis Univariat

a. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan responden sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Pengetahuan	Sebelum		Sesudah	
	n	%	n	%
Kurang	9	64,3	0	0
Cukup	5	35,7	2	14,3
Baik	0	0	12	85,7
Total	14	100	14	100

Berdasarkan tabel 5, diketahui bahwa sebelum diberikan konseling sebagian besar responden memiliki pengetahuan kurang (64,3%) dan sesudah diberikan konseling sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan baik (85,7%).

b. Rata-Rata Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Rata-rata pengetahuan responden sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH di Puskesmas Andalas Padang dapat dilihat pada tabel 6.

Tabel 6. Rata-Rata Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Tahun 2024

Pengetahuan	n	Mean	SD	Min	Max
Sebelum	14	52,36	11,036	33	73
Sesudah	14	91,36	9,262	73	100

Berdasarkan tabel 6, diketahui bahwa rata-rata pengetahuan responden sebelum diberikan konseling diet DASH yaitu $52,36 \pm 11,036$ dengan rentang nilai dari 33 sampai 73, sedangkan nilai rata-rata pengetahuan sesudah diberikan konseling meningkat menjadi $91,36 \pm 9,262$ dengan rentang nilai dari 73 sampai 100.

c. Distribusi Frekuensi Kesesuaian Besar Porsi Makan Responden dengan Pola Makan Diet DASH Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Distribusi frekuensi kesesuaian besar porsi makan responden dengan pola makan diet DASH sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH dapat dilihat pada tabel 7.

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Kesesuaian Besar Porsi Makan Responden dengan Pola Makan Diet DASH Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Kesesuaian Besar Porsi Makan Responden Dengan Pola Makan Diet DASH	Sebelum		Sesudah	
	n	%	n	%
Kurang	9	64,3	0	0
Cukup	5	35,7	14	14,3
Total	14	100	14	100

Berdasarkan tabel 7, diketahui bahwa sebelum diberikan konseling sebagian besar responden dengan total konsumsi kelompok makanan sesuai porsi diet DASH berada pada kategori kurang (64,3%) dan sesudah diberikan konseling sebagian besar berada pada kategori cukup (100%).

d. Rata-Rata Kesesuaian Besar Porsi Makan Responden dengan Pola Makan Diet DASH Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Rata-rata kesesuaian besar porsi makan responden dengan pola makan diet DASH sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH dapat dilihat pada tabel 8.

Tabel 8. Rata-Rata Kesesuaian Besar Porsi Makan Responden dengan Pola Makan Diet DASH Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Kesesuaian Besar Porsi Makan Responden Dengan Pola Makan Diet DASH	n	Mean	SD	Min	Max
Sebelum	14	3,43	0,646	3	5
Sesudah	14	4,50	0,650	4	6

Berdasarkan tabel 8, diketahui bahwa rata-rata kesesuaian besar porsi makan responden dengan pola makan diet DASH sebelum konseling yaitu $3,43 \pm 0,646$ dengan rentang nilai dari 3 sampai 5 kelompok makanan yang dikonsumsi sesuai porsi diet DASH, sedangkan sesudah diberikan konseling meningkat menjadi $4,50 \pm 0,650$ dengan rentang nilai dari 4 sampai 6 kelompok makanan yang dikonsumsi sesuai porsi diet DASH.

e. Distribusi Frekuensi Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH pada Responden di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Distribusi frekuensi konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH dapat dilihat pada tabel 9.

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH pada Responden di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan	Sebelum		Sesudah	
	n	%	n	%
Kurang baik	6	42,9	3	21,4
Baik	8	57,1	11	78,6
Total	14	100	14	100

Berdasarkan tabel 9, diketahui bahwa sebelum diberikan konseling sebagian besar responden dengan konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan berada pada kategori kurang baik (42,9%) dan sesudah diberikan konseling sebagian besar berada pada kategori baik (78,6%).

f. Rata-Rata Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH pada Responden di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Rata-rata konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH dapat dilihat pada tabel 10.

Tabel 10. Rata-Rata Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH pada Responden di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan	n	Mean	SD	Min	Max
Sebelum	14	13,14	1,351	11	15
Sesudah	14	2,86	0,770	2	4

Berdasarkan tabel 10, diketahui bahwa rata-rata konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan responden sebelum diberikan konseling diet DASH yaitu $13,14 \pm 1,351$ dengan rentang nilai dari 11 sampai 15 konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan, sedangkan sesudah diberikan konseling rata-rata menurun menjadi $2,86 \pm 0,770$ dengan rentang nilai dari 2 sampai 4 konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan.

4. Analisis Bivariat

a. Perbedaan Rata-Rata Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Uji normalitas data pengetahuan menggunakan uji *Shapiro Wilk* karena jumlah sampel <100 dan *p value* $>0,05$. Berikut adalah hasil uji normalitas data dapat dilihat pada tabel 11.

Tabel 11. Uji Normalitas Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Tahun 2024

Pengetahuan	Statistik	df	p
Sebelum	0,974	14	0,927
Sesudah	0,823	14	0,10

Berdasarkan tabel 11, diketahui bahwa data pengetahuan sebelum dan sesudah mendapatkan konseling berdistribusi normal, karena *p value* $>0,05$. Perbedaan rata-rata pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan konseling tentang diet DASH pada responden dilihat menggunakan uji *t-dependent*. Berikut adalah hasil uji *t-dependent* dapat dilihat pada tabel 12.

Tabel 12. Perbedaan Rata-Rata Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Pengetahuan	Mean±SD	P value
Sebelum	52,36±11,036	0,000
Sesudah	91,36±9,262	

Berdasarkan tabel 12, menunjukkan adanya perbedaan bermakna antara pengetahuan sebelum dan sesudah konseling tentang diet DASH pada responden dengan nilai *p value* $<0,05$ yaitu 0,000.

b. Perbedaan Rata-Rata Kesesuaian Besar Porsi Makan Responden dengan Pola Makan Diet DASH Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Perbedaan rata-rata kesesuaian besar porsi makan responden dengan pola makan diet DASH sebelum dan sesudah konseling dapat dilihat menggunakan uji *Wilcoxon*, karena distribusi data tidak normal. Dapat diketahui bahwa *p value* uji *Wilcoxon* $<0,05$. Berikut adalah hasil uji *Wilcoxon* dapat dilihat pada tabel 13.

Tabel 13. Perbedaan Rata-Rata Kesesuaian Besar Porsi Makan Responden dengan Pola Makan Diet DASH Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Kesesuaian Besar Porsi Makan Responden Dengan Pola Makan Diet DASH	Mean \pm SD	<i>P value</i>
Sebelum	3,43 \pm 0,646	0,01
Sesudah	4,50 \pm 0,650	

Berdasarkan tabel 13, menunjukkan adanya perbedaan bermakna antara kesesuaian besar porsi makan responden dengan pola makan diet DASH sebelum dan sesudah konseling tentang diet DASH pada responden dengan nilai *p value* $<0,05$ yaitu 0,01.

c. Perbedaan Rata-Rata Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH pada Responden di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Uji normalitas data jumlah konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan uji *Shapiro Wilk* karena jumlah sampel <100 dan *p value* $>0,05$. Berikut adalah hasil uji normalitas data dapat dilihat pada tabel 14.

Tabel 14. Uji Normalitas Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH pada Responden di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan	Statistik	df	p
Sebelum	0,887	14	0,74
Sesudah	0,816	14	0,08

Berdasarkan tabel 14, diketahui bahwa data jumlah konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum dan sesudah mendapatkan konseling berdistribusi normal, karena *p value* >0,05. Perbedaan rata-rata jumlah konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum dan sesudah diberikan konseling tentang diet DASH pada responden dilihat menggunakan uji *t-dependent*. Berikut adalah hasil uji *t-dependent* dapat dilihat pada tabel 15.

Tabel 15. Perbedaan Rata-Rata Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH pada Responden di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan	Mean±SD	<i>P value</i>
Sebelum	13,14±1,351	0,000
Sesudah	2,86±0,770	

Berdasarkan tabel 15, menunjukkan adanya perbedaan bermakna antara jumlah konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum dan sesudah konseling tentang diet DASH pada responden dengan nilai *p value* <0,05 yaitu 0,000.

B. Pembahasan

1. Perbedaan Rata-Rata Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Hasil penelitian menunjukkan sebelum diberikan konseling tentang diet DASH rata-rata pengetahuan responden yaitu sebesar $52,36 \pm 11,036$. Responden berada pada kategori kurang (64,3%) dan cukup (35,7%) dengan rentang nilai terendah 33 dan tertinggi 73. Rata-rata tingkat pengetahuan kurang dapat terjadi karena responden belum pernah mendapatkan konseling tentang diet DASH, sehingga banyak pertanyaan yang tidak mampu dijawab oleh responden sebelum mendapatkan konseling.

Pada penelitian ini responden dengan tingkat pengetahuan kurang sebelum diberikan konseling tentang diet DASH dengan media leaflet terdiri dari rentang usia 40-50 tahun yaitu sebanyak 14%, rentang usia >50-60 tahun sebanyak 21%, dan rentang usia >60-65 tahun sebanyak 29% dengan jenis kelamin perempuan (100%). Perempuan lebih cenderung menderita hipertensi dari pada laki-laki, karena dengan bertambahnya umur maka produksi hormon estrogen akan berkurang, karena hormon estrogen berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL).⁸ Berdasarkan teori, usia ≥ 40 tahun mengalami peningkatan risiko terhadap terjadinya hipertensi dikarenakan bertambahnya umur maka semakin tinggi risiko untuk terkena hipertensi, karena perubahan struktur pembuluh darah yang menjadi kaku dan elastisitasnya berkurang sehingga meningkatkan tekanan darah. Hal ini sejalan dengan penelitian Maulidina Fatharani, dkk (2018) menunjukkan bahwa usia ≥ 40 tahun berhubungan dengan kejadian hipertensi.²⁴ Responden

dengan pengetahuan kurang memiliki pendidikan terakhir SMP sebanyak 43% dan SMA 21%. Berdasarkan teori, tingkat pendidikan akan berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang. Seseorang yang memiliki pendidikan rendah kemungkinan mengalami hipertensi yang disebabkan kurangnya informasi atau pengetahuan, sehingga menimbulkan perilaku dan pola hidup yang tidak sehat seperti tidak tahu tentang bahaya serta pencegahan hipertensi.²⁴

Pada saat *pretest*, sebagian besar responden banyak yang menjawab salah *item-item* pertanyaan pengetahuan. Responden paling banyak menjawab salah pertanyaan nomor 5 tentang diet yang dianjurkan untuk mencegah dan mengatasi hipertensi sebanyak 14 orang (100%), nomor 8 tentang pernyataan yang tepat dalam diet DASH sebanyak 13 orang (93%), nomor 11 tentang anjuran konsumsi buah dan sayur dalam diet DASH dan nomor 13 tentang anjuran pembatasan konsumsi garam dapur bagi penderita hipertensi sebanyak 14 orang (100%), serta nomor 14 tentang sumber protein hewani yang tidak dianjurkan bagi penderita hipertensi sebanyak 11 orang (79%). Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan responden sebelum diberikan konseling tentang diet DASH menggunakan media leaflet masih rendah karena belum pernah mendapatkan informasi tentang diet DASH.

Pada saat *posttest*, responden berada pada kategori cukup (14,3%) dan baik (85,7%) dengan rentang nilai terendah 73 dan tertinggi 100. Terjadi peningkatan jumlah responden yang menjawab *item-item* pertanyaan pengetahuan dengan benar. Akan tetapi, masih ada responden yang menjawab salah pertanyaan nomor 13 tentang anjuran pembatasan konsumsi garam dapur bagi penderita hipertensi sebanyak 4 orang (29%) dan pertanyaan

nomor 14 tentang sumber protein hewani yang tidak dianjurkan bagi penderita hipertensi sebanyak 4 orang (29%). Hal ini dikarenakan responden kurang minat untuk membaca leaflet dengan teliti. Saat *posttest* terdapat sebanyak 2 orang berada pada kategori cukup dengan pendidikan SMP dan 12 orang berada pada kategori baik. Responden yang berada pada kategori cukup memiliki pendidikan terahir SMP terlihat saat konseling responden kurang fokus mendengarkan informasi yang disampaikan, karena pengaruh dari lingkungan sekitar responden yang ramai dan minat baca leaflet responden kurang.

Berdasarkan penyebab kurangnya pengetahuan responden tentang diet DASH maka dilakukan konseling tentang diet DASH sebanyak 2 kali. Informasi yang didapatkan dari konseling dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Pemberian edukasi dapat menambah pengetahuan dan perubahan perilaku pasti didasari pengetahuan.¹⁸ Peningkatan pengetahuan terjadi karena faktor pengulangan informasi yang diberikan saat konseling. Semakin sering seseorang terpapar informasi maka pengetahuannya akan semakin baik.⁴⁹

Setelah diberikan konseling diet DASH dengan media leaflet terjadi peningkatan rata-rata pengetahuan sebesar $91,36 \pm 9,262$. Responden sudah berada pada kategori baik dengan rentang nilai terendah 73 dan tertinggi 100. Hal ini sejalan dengan penelitian Hety Dwi Kusumaningrum, dkk (2022) tentang pengaruh konseling gizi terhadap pengetahuan hipertensi menggunakan media leaflet, menyatakan bahwa sebelum konseling gizi pertama rata-rata pengetahuan yaitu 63,9 sedangkan rata-rata setelah konseling kedua yaitu 78,7.¹³ Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian

Rizkania Vira (2022) yang menunjukkan bahwa ada perbedaan rata-rata antara pengetahuan penderita hipertensi sebelum diberikan konseling yaitu sebesar 56,16 menjadi 76,72 setelah diberikan konseling tentang diet DASH dengan media leaflet.¹⁵

Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan bermakna dari pengetahuan sebelum dengan sesudah konseling tentang diet DASH menggunakan media leaflet pada pasien hipertensi di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024, dengan nilai *p value* <0,05 yaitu 0,000. Hal ini sejalan dengan penelitian Rizkania Vira (2022) yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan dengan nilai $p < 0,05$ yaitu 0,000 terhadap pengetahuan sebelum dan setelah konseling diet DASH menggunakan leaflet.¹⁵ Penelitian Manullang Conindya Erika tahun (2021) juga menyatakan bahwa ada perbedaan pengetahuan kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan promosi kesehatan menggunakan media leaflet dengan nilai $p < 0,05$ yaitu 0,000.⁴⁴

Perbedaan rata-rata pengetahuan yang signifikan antara sebelum dan sesudah konseling tentang diet DASH menggunakan media leaflet untuk pasien hipertensi di Puskesmas Andalas menunjukkan bahwa dapat menambah pengetahuan masyarakat tentang diet DASH. Peningkatan pengetahuan tersebut disebabkan karena metode dan alat bantu yang digunakan tepat untuk pasien hipertensi.

Pemilihan media leaflet dalam penelitian ini dikarenakan karakter dari leaflet yang berbeda dari bentuk media cetak lainnya. Jika dibandingkan dengan buku paket atau modul, secara desain dan tampilannya leaflet mudah

untuk dibawa kemana saja, serta kalimatnya yang ringkas, padat, dan mudah dipahami dapat meningkatkan minat pembaca. Hal ini menunjukkan bahwa, media ini lebih efektif dibandingkan dengan media cetak lainnya karena desainnya yang menarik, dan lebih sederhana. Media leaflet diiyakini mampu mempermudah dan mempercepat responden untuk paham akan pesan yang disampaikan oleh peneliti.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa konseling tentang diet DASH menggunakan leaflet sangat efektif dalam meningkatkan pengetahuan pasien perempuan hipertensi di Puskesmas Andalas Padang.

2. Perbedaan Rata-Rata Kesesuaian Besar Porsi Makan Responden dengan Pola Makan Diet DASH Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Hasil penelitian menunjukkan sebelum diberikan konseling tentang diet DASH skor rata-rata kesesuaian besar porsi makan responden dengan pola makan diet DASH yaitu $3,43 \pm 0,646$. Responden berada pada kategori kurang (64,3%) dan cukup (35,7%) dengan rentang nilai terendah 3 dan nilai tertinggi 5.

Kelompok makanan yang dikonsumsi sesuai dengan porsi sebelum konseling pertama ada 3 yaitu terdapat pada protein hewani, lemak dan minyak, serta gula. Sebelum konseling pertama rata-rata responden mengkonsumsi protein hewani yaitu sebanyak 3,8 porsi perhari, setelah satu minggu konseling pertama sebanyak 3,9 porsi perhari, dan satu minggu setelah konseling kedua menjadi 4,2 porsi perhari. Pola makan diet DASH menganjurkan untuk mengkonsumsi protein hewani sebanyak ≤ 6 porsi perhari. Hal ini menunjukkan responden berhasil menerapkan anjuran pola

makan diet DASH pada protein hewani. Rata-rata responden mengkonsumsi lemak dan minyak sebelum dilakukan konseling pertama dan satu minggu setelah konseling yaitu 2,7 porsi perhari, lalu satu minggu setelah konseling kedua berkurang menjadi 2,3 porsi perhari. Pola makan diet DASH menganjurkan untuk mengkonsumsi lemak dan minyak sebanyak 2-3 porsi perhari. Hal ini menunjukkan responden berhasil membatasi penggunaan minyak dan lemak sesuai anjuran diet DASH.

Responden yang berada pada kategori cukup memenuhi 5 kelompok makanan yang dikonsumsi sesuai dengan porsi yaitu karbohidrat, protein hewani, protein nabati, lemak dan minyak, serta gula. Rata-rata asupan karbohidrat responden sebelum konseling pertama 4,7 porsi perhari, satu minggu setelah konseling pertama yaitu 4,8 porsi perhari, dan satu minggu setelah konseling kedua menjadi 5,1 porsi perhari. Diet DASH menganjurkan untuk mengkonsumsi karbohidrat sebanyak 6-8 porsi perhari. Rata-rata asupan protein nabati sebelum dilakukan konseling pertama yaitu sebanyak 3,2 porsi perminggu, satu minggu setelah konseling pertama 4,0 porsi perminggu, dan satu minggu setelah konseling kedua 4,4 porsi perminggu yang mana diet DASH menganjurkan untuk mengkonsumsi protein nabati sebanyak 4-5 porsi perminggu. (Lampiran H)

Pada asupan sayur, rata-rata responden mengkonsumsi sayur sebelum konseling pertama yaitu 1,9 porsi perhari, satu minggu setelah konseling pertama 2,4 porsi perhari, dan satu minggu setelah konseling kedua 3,2 porsi perhari dan terdapat 2 orang yang mengkonsumsi sayur sebanyak 4 porsi perhari. Pada asupan buah, rata-rata responden mengkonsumsi buah sebelum

konseling pertama yaitu 2,2 porsi perhari, satu minggu setelah konseling pertama 3,1 porsi perhari, dan satu minggu setelah konseling kedua 3,2 porsi perhari dan terdapat 3 orang yang mengkonsumsi buah sebanyak 4 porsi perhari. Pola diet DASH menganjurkan untuk mengkonsumsi sayur dan buah 4-5 porsi perhari. (Lampiran H) Hal ini menunjukkan asupan responden mengalami peningkatan, akan tetapi belum sesuai dengan anjuran diet DASH. Hal ini terjadi karena saat ditanyakan kepada responden yang masih sedikit mengkonsumsi sayur, disebabkan adanya responden yang kurang menyukai sayur, sedangkan responden yang masih sedikit mengkonsumsi buah ada yang mengatakan bahwa responden kurang menyukai buah dan hanya menyukai buah tertentu saja.

Setelah dilakukan konseling sebanyak 2 kali, skor rata-rata kesesuaian besar porsi makan responden dengan pola makan diet DASH naik menjadi $4,50 \pm 0,650$. Responden berada pada kategori cukup (100%) dengan rentang nilai terendah 4 dan tertinggi 6, hal ini menunjukkan semua responden sudah berada pada kategori cukup. Kelompok makanan yang dikonsumsi sesuai dengan porsi sesudah konseling yaitu terdapat pada karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, buah, lemak dan minyak, serta gula.

Pada kelompok susu dan olahannya rata-rata responden mengkonsumsi sebelum konseling pertama yaitu 0,4 porsi perhari, satu minggu setelah konseling pertama dan kedua 0,2 porsi perhari. (Lampiran H) Anjuran diet DASH dalam mengkonsumsi produk susu rendah lemak dan olahannya yaitu 2-3 porsi perhari. Hal ini menunjukkan responden belum

mengikuti anjuran diet DASH untuk mengonsumsi susu rendah lemak dan olahannya.

Sejalan dengan penelitian Astuti Agustina Pungki, dkk tahun (2021) yang menunjukkan bahwa rata-rata porsi sayur yang dikonsumsi sebelum diberikan intervensi dalam sehari adalah 1,3 porsi. Setelah diberikan intervensi diet DASH rata-rata konsumsi sayur sehari meningkat menjadi 2,3 porsi perharinya, sedangkan pada intervensi buah rata-rata porsi buah yang dikonsumsi sebelum diberikan intervensi selama sehari yaitu 1,15 porsi dengan rata-rata jumlah porsi, setelah diberikan intervensi diet DASH rata-rata konsumsi buah sehari meningkat menjadi 2,25 porsi.¹¹ Hal ini sejalan dengan hasil Riskesdas (2018) menunjukkan persentase lansia mengonsumsi buah dan sayur belum terpenuhi sesuai standar, menurut WHO yaitu 5 porsi atau sekitar 400 gram dalam sehari, namun perilaku penduduk Indonesia untuk mengonsumsi buah dan sayur masih dibawah anjuran tersebut.⁵⁰

Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan bermakna kesesuaian besar porsi makan responden dengan pola makan diet DASH sebelum dengan sesudah konseling tentang diet DASH menggunakan media leaflet pada pasien perempuan hipertensi di Puskesmas Andalas Padang tahun 2024, dengan nilai *p value* <0,05 yaitu 0,01. Peningkatan kesesuaian besar porsi makan responden dengan pola makan diet DASH sebelum dan sesudah konseling tentang diet DASH terjadi karena setiap konseling peneliti selalu memberi tahu responden apa saja asupan yang masih kurang dan harus ditingkatkan oleh responden, serta mengulangi informasi terkait pola makan yang dianjurkan dalam diet DASH kepada responden.

Penerapan diet DASH menjadi alternatif dalam memodifikasi pola gizi seimbang bagi penderita hipertensi. Prinsip dari diet DASH adalah mengkonsumsi banyak sayuran dan buah, serat pangan (30 gram per hari), mineral (kalium, magnesium, dan kalsium), serta membatasi konsumsi garam.⁵¹ Pola makan dengan mengkonsumsi makanan yang dianjurkan dapat mengendalikan tekanan darah karena menjadi salah satu penatalaksanaan non farmakologi bagi penderita hipertensi.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa konseling tentang diet DASH menggunakan media leaflet efektif untuk membantu pasien hipertensi mengatur pola makan. Diharapkan pasien hipertensi dapat mengkonsumsi makanan yang dianjurkan sesuai porsi dalam pola makan diet DASH terutama pada sayur dan buah, karena pada leaflet sudah terdapat pola makan diet DASH, sehingga pasien bisa menjadikan leaflet sebagai panduan dalam menerapkan diet DASH.

3. Perbedaan Konsumsi Jenis Makanan yang Tidak Dianjurkan Sebelum dan Sesudah dilakukan Konseling tentang Diet DASH pada Responden di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024

Hasil penelitian menunjukkan sebelum diberikan konseling diet DASH skor rata-rata jumlah konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan yaitu $13,14 \pm 1,351$ dengan rentang nilai terendah 11 dan nilai tertinggi 15. Responden yang berada pada kategori kurang baik yaitu sebanyak 6 orang dan kategori baik 8 orang. Setelah konseling kedua skor rata-rata konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan yaitu $2,86 \pm 0,770$ dengan rentang nilai terendah 2 dan nilai tertinggi 4. Responden yang berada pada kategori kurang baik yaitu sebanyak 3 orang dan kategori baik 11 orang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden berhasil mengurangi konsumsi makanan yang tidak dianjurkan dalam diet DASH, seperti makanan yang mengandung kolesterol tinggi yaitu daging ayam dengan kulit, daging sapi dengan lemak, telur asin, bakso, kikil, dan usus, tinggi natrium seperti mie, bihun, roti tawar, biskuit, selai kacang, ikan asin, ikan sarden, udang, cumi-cumi, saus tomat dan sambal, kecap, bumbu instan, dan keju, serta lemak dan minyak seperti margarin dan mentega. Sebelum konseling pertama semua responden mengkonsumsi mie, bumbu instan, dan kecap. Satu minggu setelah konseling pertama masih banyak responden yang mengkonsumsi roti tawar, ikan asin, dan bumbu instan. Satu minggu setelah konseling kedua sebagian responden masih mengkonsumsi bumbu instan. (Lampiran H) Hal ini terjadi karena responden merasa masakannya kurang gurih jika tidak menambahkan bumbu instan. Jenis makanan tersebut harus dibatasi oleh penderita hipertensi karena dapat menyebabkan tekanan darah meningkat.

Konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum dan sesudah konseling diet DASH dilakukan uji statistik yaitu uji *t-dependent* dan diperoleh nilai *p value* = 0,000. Hal ini dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan bermakna pemberian konseling tentang diet DASH menggunakan media leaflet terhadap konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum dan sesudah diberikannya konseling, karena *p value* <0,05. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Irmaviani Sherli (2019) yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan bermakna antara pola konsumsi pemicu (*p value* = 0,000) hipertensi sebelum dan sesudah diberikan media booklet informasi DASH.⁵²

Pola makan yang salah menjadi salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi. Kelebihan asupan lemak mengakibatkan kadar lemak dalam tubuh meningkat, terutama kolesterol menyebabkan volume darah mengalami peningkatan tekanan yang lebih besar. Kelebihan asupan natrium dan kurangnya mengkonsumsi sumber makanan yang tinggi kalium dapat meningkatkan kejadian hipertensi.⁵³

Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) merupakan diet yang identik dengan pola makan tinggi serat, tinggi protein, rendah lemak jenuh, kolesterol, natrium, dan gula yang diketahui memiliki efek positif dalam menurunkan tekanan darah.³⁸ Diet DASH merupakan diet sayuran serta buah yang banyak mengandung serat pangan (30 gram/hari) dan mineral tertentu (kalium, magnesium serta kalsium) sementara asupan garamnya dibatasi.¹² Makanan yang dianjurkan dalam DASH yaitu makanan segar yang diolah tanpa natrium, vetsin, dan kalsu bubuk. Rasa tawar pada makanan dapat memperbaiki dengan menambah bawang merah, bawang putih, jahe, dan bumbu lain yang tidak mengandung garam.⁵²

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa dengan adanya perbedaan rata-rata jumlah konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum dan sesudah dilakukan konseling tentang diet DASH dengan media leaflet. Perbedaan rata-rata dapat terjadi karena pada leaflet sudah terdapat bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan, sehingga pasien dapat menjadikan leaflet sebagai panduan dalam memilih makanan untuk mengatasi tekanan darah tinggi, sesuai yang dianjurkan dalam diet DASH.

4. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan sesuai dengan prosedur tahapan penelitian, namun dalam penelitian ini masih memiliki kekurangan dan keterbatasan, keterbatasan penelitian ini adalah adanya bias informasi saat melakukan monitoring pola makan responden dengan *SQ-FFQ* karena keterbatasan daya ingat responden. Peneliti juga memiliki keterbatasan dalam mengontrol pola makan pasien sesuai diet DASH, karena kondisi dan waktu penelitian.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pengetahuan sebelum konseling memiliki pengetahuan kurang (64,3%) dan sesudah konseling memiliki tingkat pengetahuan baik (85,7%).
2. Rata-rata pengetahuan responden sebelum konseling diet DASH yaitu 52,36 dan sesudah konseling sebesar 91,36.
3. Distribusi frekuensi kesesuaian besar porsi makan responden dengan pola makan diet DASH sebelum konseling berada pada kategori kurang (64,3%) dan sesudah konseling berada pada kategori cukup (100%).
4. Rata-rata kesesuaian besar porsi makan responden dengan pola makan diet DASH sebelum konseling yaitu 3,43 dan sesudah konseling sebesar 4,50.
5. Distribusi frekuensi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum konseling berada pada kategori kurang baik (42,9%) dan sesudah konseling berada pada kategori baik (78,6%).
6. Rata-rata jenis makanan yang tidak dianjurkan dalam diet DASH sebelum konseling yaitu 13,14 dan sesudah konseling sebesar 2,86.
7. Terdapat perbedaan bermakna antara pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan konseling tentang diet DASH ($p\ value = 0,000$).
8. Terdapat perbedaan bermakna antara kesesuaian besar porsi makan responden dengan pola makan diet DASH sebelum dan sesudah diberikan konseling tentang diet DASH ($p\ value = 0,01$).

9. Terdapat perbedaan bermakna antara jenis makanan yang tidak dianjurkan dalam diet DASH sebelum dan sesudah diberikan konseling tentang diet DASH (*p value* = 0,000).

B. Saran

1. Bagi Masyarakat

Penderita hipertensi mengatur pola konsumsi makanan sesuai pola makan diet DASH dan mengurangi konsumsi makanan yang tidak dianjurkan dalam diet DASH seperti makanan yang banyak mengandung kolesterol, tinggi natrium, lemak dan minyak, serta banyak mengkonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan untuk mencegah peningkatan tekanan darah.

2. Bagi Puskesmas Andalas Kota Padang

Tenaga pelayanan gizi di Puskesmas Andalas dapat menjadikan diet DASH sebagai penatalaksanaan non farmakologi bagi penderita hipertensi yang datang ke poli gizi.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan dapat melanjutkan penelitian ini untuk melihat penggunaan garam yang sesuai dengan anjuran diet DASH, serta lebih baik jika peneliti selanjutnya membuat beberapa contoh menu dalam satu hari sesuai pola makan diet DASH.

DAFTAR PUSTAKA

1. Nugroho KPA, Kurniasari RRMD, Noviani T. Gambaran Pola Makan sebagai Penyebab Kejadian Penyakit Tidak Menular (Diabetes Mellitus, Obesitas, dan Hipertensi) di Wilayah Kerja Puskesmas Cebongan, Kota Salatiga. *J Kesehat Kusuma Husada*. 2019;15–23.
2. Ariyanti R, Preharsini IA, Sipolio BW. Edukasi Kesehatan dalam Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Hipertensi pada Lansia. *To Maega J Pengabd Masy*. 2020;3(2):74.
3. Aprillia Y. Gaya Hidup dan Pola Makan terhadap Kejadian Hipertensi. *J Ilm Kesehat Sandi Husada*. 2020;9(2):1044–50.
4. Mandagi AM, Ulfa IF, Prayogi ARY, Pratama RA, Adnin ABA, Aisyiyah FAN, et al. Analisis Status Depresi Sebagai Faktor Penyebab Hipertensi Berbasis Gender di Indonesia (*Studi Indonesian Family Life Survey 5*). *Prev Indones J Public Heal*. 2022;7(1):14–9.
5. Efendi Z, Adha D, Febriyanti F. Hubungan Gaya Hidup dan Pola Makan Terhadap Kejadian Hipertensi Selama Masa New Normal ditengah Pandemi Covid 19. *Menara Med*. 2022;4(2):165–72.
6. Kemenkes RI. Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Kementerian Kesehat RI. Jakarta; 2018. 1689–99.
7. Dinas Kesehatan Kota Padang. Profil Kesehatan Kota Padang Tahun 2021. Padang; 2021. 104–116 p.
8. Siwi AS, Susanto A. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kejadian Hipertensi. *J Bionursing*. 2020;3(2):164–6.
9. Rahajeng E, Rivai LB. Pedoman Teknis dan Tatalaksana Hipertensi. Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular. Jakarta; 2016.
10. Kurnia A. *Self-Management* Hipertensi. Lestari T, editor. Jakad Media. Surabaya; 2020. 4 p.
11. Astuti AP, Damayanti D, Ngadiarti I. Penerapan Anjuran Diet Dash dibandingkan Diet Rendah Garam berdasarkan Konseling Gizi terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Larangan Utara. *Gizi Indonesia*. 2021;44(1):109–20.
12. Nurmayanti H, Kaswari SR. Efektivitas Pemberian Konseling tentang Diet Dash terhadap Asupan Kalium, Kalsium, Natrium Magnesium, Aktivitas Fisik, dan Tekanan Darah Pasien Hipertensi. *J Nutriture*. 2020;1(1):63–75.

13. Hety Dwi Kusumaningrum, Ana Yuliah R WW. Pengaruh Konseling Gizi terhadap Pengetahuan Hipertensi dan Sisa Makanan Pasien Hipertensi di Rsd Dr R Soetijono Blora. 2022;10(1):1–52.
14. Anshari Z. Komplikasi Hipertensi dalam Kaitannya dengan Pengetahuan Pasien terhadap Hipertensi dan Upaya Pencegahannya. *J Penelit Keperawatan Med.* 2020;2(2):54–61.
15. Rizkania V. Pengaruh Konseling Diet DASH (*Dietary Approach To Stop Hypertension*) terhadap Pengetahuan Dan Asupan Mineral Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Uptd Puskesmas Denpasar Barat. 2022;33(1):1–12.
16. Aisah S, Ismail S, Margawati A. Edukasi Kesehatan dengan Media Video Animasi: Scoping Review. *J Perawat Indonesia.* 2021;5(1):641–55.
17. Wulandari TS, Anisah RL, Fitriana NG, Purnamasari⁴ I. Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Leaflet untuk Meningkatkan Pengetahuan dan Perilaku dalam Upaya Menerapkan Protokol Kesehatan pada Pedagang di *Car Free Day* Temanggung. *J Ilm Kesehat.* 2020;19(1):9.
18. Uliatiningsih R, Fayasari A. Pengaruh Edukasi Diet DASH (*Dietary Approaches To Stop Hypertension*) terhadap Kepatuhan Diet dan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi di Rumkital Marinir Cilandak. *J Gizi dan Pangan Soedirman.* 2019;3(2):120.
19. Hastuti AP. Hipertensi. Ratih, editor. Lakeisha. Jawa Tengah; 2022. 8 p.
20. Medika TB. Berdamai dengan Hipertensi. Sari YNI, editor. Bumi Medika Jakarta; 2022. 3 p.
21. Trisnawan A. Mengenal Hipertensi. Ade, editor. Mutia Aksara. Semarang; 2019. 7,8 p.
22. Kosash A, Soenarta AA, Tiksnadi A. Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi 2019. Lukito AA, editor. Jakarta; 2019. 1–90.
23. Nurak MMD, Lute MA, Eci MN, Bare Y. Potensi *Sechium edule* sebagai Terapi Hipertensi: Studi In Silico. *Spizaetus J Biol dan Pendidik Biol.* 2022;3(2):10.
24. Maulidina F. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Jati Luhur Bekasi Tahun 2018. ARKESMAS (Arsip Kesehat Masyarakat). 2019;4(1):149–55.
25. Budi S. P. Hipertensi Manajemen Komprehensif. Airlangga University Press. Surabaya; 2015. 26 p.

26. Oktavia E, Rizal A, Hayati R. Hubungan Jenis Kelamin, Aktivitas Fisik dan Pola Makan dengan Kejadian Hipertensi pada Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Alalak Selatan Kota Banjarmasin Tahun 2021;1(3):4–7.
27. Suryani N, Noviana, Libri O. Hubungan Status Gizi, Aktivitas Fisik, Konsumsi Buah dan Sayur dengan Kejadian Hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam RSD Idaman Kota Banjarbaru *Relationship*. 2020;X(2):100–7.
28. Emi Inayah Sari Siregar. *Systematic Review* Hubungan Pola Makan dengan Kejadian Hipertensi pada Lansia. *J Ilm PANNMED (Pharmacist, Anal Nurse, Nutr Midwivery, Environ Dent*. 2022;17(1):202–9.
29. Widiyanto A, Atmojo JT, Fajriah AS, Putri SI, Akbar PS. Pendidikan Kesehatan Pencegahan Hipertensi; 2020. 1(2):172–81.
30. Pringgayuda F, Cikwanto C, Hidayat ZZ. Pengaruh Jus Mentimun Terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi. *J Ilmu Kesehatan*. 2021;10(1):23–32.
31. Puspita RM. Tahukah Anda Makanan Berbahaya untuk Penyakit Darah Tinggi. Dunia Sehat .Jakarta; 2012.
32. Endang T. Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu. Graha Ilmu. Yogyakarta; 2014.
33. Rostianna Purba SKNMK. Pengetahuan dan Sikap Perawat terhadap Penggunaan APD. *Media Sains Indonesia*. Jakarta; 2021.
34. Hutagalung MS. Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Stroke dan Tentang Hipertensi Sebagai Faktor Risiko Stroke. Nusamedia; 2021.
35. Alhuda TR, Prastiwi S, Dewi N. Hubungan antara Pola Makan dan Gaya Hidup dengan Tingkatan Hipertensi pada Middle Age 45-59 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo Kota Malang. 2018;3(1):550-562.
36. Sari LL. Gambaran Analisis Biaya Bahan Makanan di Rumah Sakit Umum Daerah Alimuddin Umar Lampung Barat Tahun 2023.
37. Hanifah E. Cara Hidup Sehat. PT. Sarana Bangun Pustaka. Jakarta Timur;; 2011. 3–6 p.
38. Anggorodiputro RRR. Penyuluhan Diet DASH Bagi Penderita Hipertensi Di Kelurahan Sukamentri Kabupaten Garut. *Indonesia*. 2022;1(2):89–94.
39. Mukti B. Penerapan DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*). 2018;1–6.

40. Dunggio ARS, Setyowati SE, Ratulangi JIL, Ruaida N. Pencegahan & Pengendalian Potensi Stroke. Ponorogo: Gracias Logis Kreatif. 2021; 5–6
41. Almatsier S. Penuntun Diet. Gramedia Pustaka Utama Jakarta; 2010.
42. Indonesia PAG. Konseling Gizi. Penebar Plus. Jakarta; 2013.
43. Bebasari E, Saragih M. Ilmu Gizi dan Pangan. Media Sains Indonesia. Jakarta; 2016.
44. Manullang CE, Rosalina E. Pengaruh Promosi Kesehatan dengan Media Leaflet terhadap Peningkatan Pengetahuan Pencegahan Hipertensi pada Lansia di Kampung Sawah Jakarta Utara. Carolus J Nurs. 2021;4(1):1–12.
45. H. Nasrullah, S.ST, S.Kep, Ns MK, H. Muhammad Basri, S.ST MK, H. Hartati, S.Pd, S.Kep, Ns MK. Media dan Metode Promosi Kesehatan Dalam Perubahan Perilaku Kesehatan. Makassar: Nasmedia; 2024.
46. Dewi SC, Kurniasari R. Pengaruh Edukasi Menggunakan Media Leaflet dan Website terhadap Pengetahuan Mahasiswa Mengenai Faktor Risiko Diabetes Mellitus. J Untuk Masy Sehat. 2022;6(2):106–12.
47. Agustini F. Efektifitas Media Leaflet Anemia pada Ibu Hamil terhadap Pengetahuan Ibu di Kecamatan Singaparna Tahun 2019. J Bidkesmas Respati [Internet]. 2022;2(13):60–4.
48. Wahyuni W, Fitri R, Darussyamsu R. Kajian Pemanfaatan Media Pembelajaran Leaflet terhadap Peningkatan Hasil Belajar Peserta Didik. J Biolokus. 2022;5(1):35.
49. Kafi IA, Prihatin S, Jaelani M. Pengaruh Pemberian Edukasi Gizi Diet DASH dengan Media Audiovisual terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Gizi pada Pasien Hipertensi. 2023;11(1):5–12.
50. Hidayat AC. Pengaruh Buah dan Sayur terhadap Kebugaran pada Lansia. J Kedokteran Syiah Kuala. 2022;22(1):169–72.
51. Suprayitna M, Fatmawati BR, Prihatin K. Efektivitas Edukasi Diet Dash terhadap Tingkat Pengetahuan tentang Diet DASH pada Penderita Hipertensi. J Keperawatan 'Aisyiyah. 2023;10(1):11–7.
52. Irmaviani S. Efektivitas Media Booklet tentang Informasi DASH (*Dietary Approaches To Stop Hypertension*) pada Pasien Hipertensi (Usia 35-44). 2019.
53. Nasution LK, Rambe NY. Penyakit Hipertensi pada Lansia di Desa Huraba Kecamatan Batang Angkola Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2020. J Pengabdian Masy Aupa (JPMA). 2021;3(2):42–7.

LAMPIRAN

Lampiran A *Informed Consent*

PERNYATAAN PERSETUJUAN RESPONDEN

(Informed Consent)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Jenis Kelamin :

Usia :

Alamat :

Pekerjaan :

Pendidikan Terakhir :

No. Telepon :

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan dan prosedur dari penelitian saudari Morin Harmi Zuleka, mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang dengan judul penelitian “Pengaruh Konseling *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) terhadap Pengetahuan dan Pola Makan pada Pasien Perempuan Hipertensi di Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024”. Oleh sebab itu, saya bersedia menjadi responden dalam penelitian tersebut.

Padang, Juli 2023

(Responden)

Lampiran B Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

DATA KARAKTERISTIK RESPONDEN

Kode Responden : (diisi oleh peneliti)

Nama :

Jenis Kelamin :

1 = Laki-laki

2 = Perempuan

Umur :

Alamat Lengkap :

Pendidikan :

1 = Tidak Sekolah

2 = SD

3 = SMP

4 = SMA

5 = PT/AK

Pekerjaan :

1 = Pensiunan

2 = PNS

3 = Swasta

4 = Pedagang

5 = Buruh/Tani

6 = IRT

7 = Lainnya

Lampiran D SQ-FFQ

FORMAT SQ-FFQ

Nama :
 Tanggal Pengisian :

Nama makanan	Frekuensi (H = harian, M =mingguan, B = bulanan)					
	H (0-3)	M (1-7)	B (1-4)	Jumlah (/bulan)	Porsi (/xmkn)	Berat (gr/hr)
Sumber makanan pokok						
Beras						
Tepung terigu						
Tepung beras						
Bihun						
Mie						
Jagung						
Singkong						
Ubi jalar						
Kentang						
Roti tawar						
Biskuit						
Sumber makanan hewani						
Daging ayam dengan kulit						
Daging ayam tanpa kulit						
Ikan segar						
Ikan sarden						
Ikan asin						
Daging sapi tanpa lemak						
Daging sapi dengan lemak						
Daging kambing						
Otak, ginjal, kikil, usus, lidah sapi						
Udang						
Cumi-cumi						
Telur ayam						

Telur asin						
Sosis						
Abon						
Cornet						
Bakso						
Sumber makanan nabati						
Tahu						
Tempe						
Kacang hijau						
Kacang tanah						
Selai kacang						
Sumber sayuran						
Bayam						
Tomat						
Kangkung						
Daun singkong						
Kacang panjang						
Oyong						
Wortel						
Buncis						
Labu siam						
Pare						
Ketimun						
Kol						
Brokoli						
Tauge						
Sawi hijau						
Pakis						
Terong						
Nangka						
Daun papaya						
Acar						
Asinan						
Sayuran kaleng						
Sumber buah-buahan						
Pepaya						

Alpukat						
Semangka						
Anggur						
Apel						
Pir						
Pisang ambon						
Mangga						
Melon						
Nanas						
Jeruk manis						
Jambu biji						
Strawberry						
Buah kalengan						
Susu dan hasil olahannya						
Susu cair						
Coklat						
Es krim						
Keju						
Susu kental manis						
Susu bubuk						
Yogurt						
Sumber lemak						
Minyak kelapa sawit						
Margarin						
Mentega						
Santan						
Bumbu						
Garam						
Gula pasir						
Gula merah						
Saus tomat						
Saus sambal						
Bumbu instan						
Kecap manis						

Lampiran E Rancangan Konseling

Rancangan Konseling Diet DASH

1. Tujuan Konseling : Memberikan edukasi kepada penderita hipertensi terkait Diet DASH untuk menambah pengetahuan dan merubah pola makan penderita sehingga diharapkan tekanan darah menjadi normal.
2. Sasaran : Pasien hipertensi
3. Metode Konseling : Tanya jawab
4. Media : Leaflet dan buku food model
5. Waktu : 20 Menit
6. Materi Konseling :
 - a. Hipertensi
 - b. Diet DASH
 - c. Pola makan Diet DASH
 - d. Makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan dalam Diet DASH
7. Kegiatan Monitoring dan Evaluasi : Melakukan *pos-test* pada saat akhir proses konseling

Lampiran F Materi Leaflet

1. Pengertian hipertensi : seseorang dikatakan hipertensi jika memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg.
2. Faktor-faktor penyebab hipertensi : jenis kelamin, usia, keturunan, ras, obesitas, dislipidemia, konsumsi garam berlebih, konsumsi alkohol, merokok, kurang aktifitas fisik, stress.
3. Tanda dan gejala hipertensi : sakit kepala, sesak nafas, mudah lelah, jantung berdebar, telinga berdenging, mimisan, dan penglihatan kabur.
4. Komplikasi akibat hipertensi : Gagal jantung, jantung koroner, stroke, dan gagal ginjal
5. Pengertian diet DASH : merupakan pola makan sehat yang diperuntukkan untuk membantu mengendalikan tekanan darah dan kolesterol. Diet ini menyarankan pola makan tinggi serat, tinggi protein, rendah lemak jenuh, kolesterol, natrium, dan gula serta meningkatkan konsumsi buah dan sayur dengan jumlah porsi 4-5 porsi/hari, produk susu rendah lemak, dan kacang-kacangan dari makanan yang kita konsumsi sehari-hari.
6. Tips diet DASH :
 - 1) Memilih bahan makanan fresh dan bukan olahan
 - 2) Membaca label makanan dan memilih makanan dengan kadar garam <140 persajian
 - 3) Menambahkan bumbu dan rempah seperti bawang, jahe, dan lemon agar dapat mengurangi pemakaian garam
 - 4) Menggunakan wajan anti lengket untuk mengurangi penggunaan minyak
 - 5) Jangan takut untuk memodifikasi resep
7. Pembatasan natrium :
 - 1) Agar terhindar dari hipertensi : Setiap orang disarankan mengonsumsi natrium <2.300 mg per hari (setara dengan 1 sendok teh garam). Setiap orang disarankan mengonsumsi kalium 4.700 mg per hari.
 - 2) Penderita hipertensi : Pembatasan natrium harus lebih ketat, yaitu hanya sekitar 1.500 mg per hari (setara dengan 2/3 sendok teh garam)
8. Perencanaan makanan diet DASH :

Makanan	Porsi	Ukuran Rumah Tangga (URT) Untuk 1 Penukar
Sumber karbohidrat	6 – 8/hari	½ gelas nasi atau 1 lembar roti
Sayur	4 – 5/hari	½ gelas sayuran matang atau 1 gelas sayuran berdaun (mentah)
Buah	4 – 5/hari	1 potong sedang buah segar atau ½ gelas jus
Kacang-kacangan	4 – 5/minggu	½ gelas kacang-kacangan atau 2 sdm biji-bijian, 2 sdm selai kacang
Daging, unggas dan ikan	≤ 6 / hari	1 butir telur atau 1 ons daging/unggas/ikan matang

Lemak dan Minyak	2 – 3/hari	1 sendok teh minyak sayur atau 1 sendok teh margarin, 1 sdm mayonnaise
Susu rendah lemak dan produk olahannya	2 – 3/hari	1 gelas susu atau 1 gelas yogurt
Pemanis dan Gula	≤ 5 / minggu	1 sendok makan gula pasir atau 1 sendok makan selai

9. Bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan :

Sumber	Bahan Makanan yang Dianjurkan	Bahan Makanan yang Tidak Dianjurkan
Karbohidrat	Gandum utuh, oat, beras, kentang, singkong	Biskuit yang diawetkan dengan natrium, nasi uduk
Protein hewani	Ikan, daging, unggas tanpa kulit, telur maksimal 1 butir/hari	Daging merah bagian emak, ikan kaleng, kornet, sosis, ikan asap, ati, ampela olahan daging dengan natrium
Protein nabati	Kacang-kacangan segar	Olahan kacang yang diawetkan dan mendapatkan campuran natrium
Sayuran	Semua sayuran segar	Sayur kaleng yang diawetkan dan mendapat campuran natrium, asinan sayur
Buah-buahan	Semua buah segar	Buah-buahan kaleng, asinan, dan manisan buah
Lemak	Minyak kelapa sawit, margarin, dan mentega tanpa garam	Margarin, mentega, dan mayonaise
Minuman	Teh dan jus buah dengan pembatasan gula, air putih, susu rendah lemak	Minuman kemasan dengan pemanis tambahan dan pengawet
Bumbu	Rempang-rempah, bumbu segar, garam dapur dengan penggunaan yang terbatas	Vetsin, kecap, saus, bumbu instan

Lampiran H Master Tabel

Master Tabel

1. Mater Tabel Pengetahuan saat *Pretest*

KODE	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	p14	P15	Skor	Nilai	Katpng
1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	10	67	2
2	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	8	53	1
3	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	6	40	1
4	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	9	47	1
5	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	7	47	1
6	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	5	33	1
7	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	9	60	2
8	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	11	73	2
9	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	8	53	1
10	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	9	60	2
11	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	8	53	1
12	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	9	60	2
13	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	7	47	1
14	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	6	40	1
Total skor	8	11	10	14	0	13	10	1	9	5	0	14	0	3	14			

Keterangan :

Kategori pengetahuan :

1 : Kurang

2 : Cukup

3: Baik

2. Master Tabel Pengetahuan saat *Posttest*

KODE	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	p14	P15	Skor	Nilai	Katpng
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14	93	3
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	3
3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	11	73	2
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	13	87	3
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	3
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	13	87	3
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14	93	3
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	3
9	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	13	87	3
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14	93	3
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	3
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14	93	3
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	3
14	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	11	73	2
Total skor	14	14	14	14	14	14	14	11	12	11	12	14	10	10	14			

Keterangan :

Kategori pengetahuan :

1 : Kurang

2 : Cukup

3: Baik

3. MasterTabel Pola makan berdasarkan Kesesuaian Besar Porsi Makan

Kode	Frekuensi KH 6-8 porsi perhari			Frekuensi protein hewani ≤6 porsi perhari			Frekuensi protein nabati 4-5 porsi perminggu			Frekuensi sayur 4-5 porsi perhari		
	Awal	Tengah	Akhir	Awal	Tengah	Akhir	Awal	Tengah	Akhir	Awal	Tengah	Akhir
1	4,37	4,66	5,43	3,52	3,55	3,88	4	3,4	4,1	2,38	3,35	4
2	4,31	5,51	5,12	2	4	3,6	3,43	4	4	1,2	2,81	3,63
3	4,23	4,13	5,13	2,85	4,6	4,65	3,43	5	4,4	2,15	2,84	2,78
4	4,43	4	5,56	4,8	3,4	4,23	3,14	3,8	5	2,4	2,36	2,88
5	4,44	4,18	3,67	3,65	3,92	4,97	3,35	4	4,8	1,98	2	3,37
6	5,14	6,7	6,5	3,17	3,57	4,85	3,91	4,4	5	2	2,73	3,71
7	3,46	4,24	3,77	3,25	4,36	4,2	3	3,2	4,4	1,9	2	2,9
8	6,01	4,36	5,65	5,8	3,47	3,55	3,78	4	4,2	1,64	2,57	2,78
9	6,11	6,69	7	5,23	4,32	5	2,06	4,2	5	1,28	1,97	2,39
10	6,18	5,2	5	3,6	3,47	3,6	3,73	4,8	4,6	2,57	2,91	3,84
11	5,48	4,96	4,78	4,57	4,07	3,8	2,1	4,4	4,2	1,39	2,1	3,63
12	4,43	4,71	5,65	4,9	3,6	4,23	3,14	3,8	5	2,4	2,36	2,88
13	4,41	4,14	5,13	2,85	4,7	4,64	3,43	4,9	3,9	2,15	2,85	4,3
14	4,17	4,23	4	3,25	4,35	4,2	3,12	3,21	4,2	1,9	2	2,8
Mean	4,7	4,8	5,1	3,8	3,9	4,2	3,2	4	4,4	1,9	2,4	3,2

Frekuensi konsumsi buah 4-5 perhari			Frekuensi susu rendah lemak 2-3 porsi perhari			Frekuensi lemak 2-3 porsi perhari			Frekuensi gula ≤5 perminggu		
Awal	Tengah	Akhir	Awal	Tengah	Akhir	Awal	Tengah	Akhir	Awal	Tengah	Akhir
1,79	3,57	4	0,175	0	0	3	3	2,65	5	3	3
2,16	3,15	3	0,06	0,34	0,49	3	3	2,65	4,13	3,8	2,8
1,59	2,43	2,53	0,12	0,115	0	2,24	2,49	2,17	3,16	1,7	1,5
2,91	3	3,45	0,13	0,28	0,425	2,13	2,56	1,85	3	4	2,5
2,71	3,43	3	1,13	0	0	2,77	3,15	2,55	3,7	2,6	2,6
2,6	3,15	2,43	1,3	0,38	0,19	3,3	3	2,37	3,1	2,06	2
2,31	3	4,12	0,95	0,39	0	3	2,75	2,15	3,8	2,6	2,1
2,68	3,28	3,63	0,395	1	1	3	2,92	2,22	3,5	2,26	2,2
1,71	3,71	2,88	0,295	0,345	0	3,3	2,9	2,65	5	1,36	1,1
1,75	3,53	3,71	0	0,195	1	2,35	2,62	2,77	2,26	2	3,5
2,78	3	3,23	0,08	0	0,2	2,38	3	2,15	4	4	1,8
2,91	3	3,45	0,13	0,28	0,425	2,13	2,56	1,85	3	4	2,5
1,59	2,43	2,53	0,12	0,115	0	2,24	2,6	2,17	3,16	1,7	1,5
2,32	3	4,11	0,95	0,39	0	3	2,75	2,15	3,7	2,6	2,1
2,2	3,1	3,2	0,4	0,2	0,2	2,7	2,7	2,3	3,6	2,6	2,2

Kode	Total Konsumsi Makanan Sesuai Porsi					
	Sebelum Konseling	Kat	Sesudah Konseling 1	Kat	Sesudah Konseling 2	Kat
1	4	2	3	1	6	2
2	3	1	4	2	4	2
3	3	1	4	2	4	2
4	3	1	3	1	4	2
5	3	1	4	2	4	2
6	4	2	5	2	5	2
7	3	1	3	1	5	2
8	5	2	4	2	5	2
9	4	2	5	2	5	2
10	4	2	4	2	4	2
11	3	1	4	2	4	2
12	3	1	3	1	4	2
13	3	1	4	2	4	2
14	3	1	3	1	5	2

Keterangan :

Kategori kesesuaian besar porsi dengan pola makan diet DASH :

1 : Kurang

2 : Cukup

4. Master Tabel Pola Makan berdasarkan Jenis Bahan Makanan yang Tidak Dianjurkan

Kode	Jumlah Konsumsi Makanan Yang Tidak Dianjurkan					
	Sebelum Konseling	Kat	Sesudah Konseling 1	Kat	Sesudah Konseling 2	Kat
1	11	2	5	2	3	2
2	14	1	6	1	4	1
3	12	2	7	1	2	2
4	14	1	5	2	3	2
5	12	2	5	2	3	2
6	15	1	6	1	4	1
7	15	1	7	1	2	2
8	13	2	9	1	3	2
9	13	2	7	1	3	2
10	12	2	5	2	2	2
11	12	2	5	2	3	2
12	14	1	5	2	2	2
13	12	2	7	1	4	1
14	15	1	7	1	2	2
Rata-rata	13		6		3	

Keterangan :

Kategori jumlah konsumsi makanan yang tidak dianjurkan :

1 : Kurang baik

2 : Baik

Bahan Makanan	Jumlah Responden yang Mengonsumsi		
	Sebelum Konseling	Sesudah Konseling 1	Sesudah Konseling 2
Mie	14	6	2
Bihun	8	7	5
Roti tawar	12	8	3
Biskuit	9	2	1
Ikan asin	13	9	3
Udang	11	1	2
Cumi-cumi	4	1	1
Ikan sarden	10	0	0
Daging sapi dengan lemak	6	0	0
Daging ayam dengan kulit	4	0	0
Telur asin	1	0	0
Bakso	11	1	0
kikil	6	0	0
Susu cair	2	2	2
Susu bubuk	2	2	0
Mentega	3	1	0
Margarin	10	7	2
Keju	7	1	1
Selai kacang	2	0	0
Saus tomat	7	3	0
Saus Sambal	12	5	2
Bumbu instan	14	12	7
Kecap manis	14	5	2

5. Master Tabel Gabungan

NOOR	JENIS KELAMIN	UMUR	ALAMAT	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	PENGUMUR	PENGUNCI	TOTAL KEBERHASILAN MAMPUAN SESUAI PERUM SBLM KONSI	TOTAL PERFORMAN MAMPUAN SESUAI PERUM SBLM KONSI	TOTAL KEBERHASILAN MAMPUAN SESUAI PERUM STLH KONSI 1	JUMLAH KONSUMSI MAMPUAN YE TDSAR DANURKAN SBLM KONSI	JUMLAH KONSUMSI MAMPUAN YE TDSAR DANURKAN STLH KONSI 1	JUMLAH KONSUMSI MAMPUAN YE TDSAR DANURKAN STLH KONSI 2
1	Pemampuan	40	arabian 2	PT	PHS	Cukup	Baik	Cukup	Kurang	Cukup	5	5	5
2	Pemampuan	41	arabian timur	SMA	IRT	Kurang	Baik	Kurang	Cukup	Cukup	10	10	10
3	Pemampuan	40	arabian 1	SMP	IRT	Kurang	Cukup	Kurang	Cukup	Cukup	5	10	5
4	Pemampuan	41	arabian 1	SMP	IRT	Kurang	Baik	Kurang	Kurang	Cukup	10	5	5
5	Pemampuan	33	arabian timur	SMP	Pedagang	Kurang	Baik	Kurang	Cukup	Cukup	5	5	5
6	Pemampuan	40	ag. yang telah	SMP	IRT	Kurang	Baik	Cukup	Cukup	Cukup	10	10	10
7	Pemampuan	41	arabian 1	SMA	Pedagang	Cukup	Baik	Kurang	Kurang	Cukup	10	10	5
8	Pemampuan	38	arabian 1	PT	PHS	Cukup	Baik	Cukup	Cukup	Cukup	5	10	5
9	Pemampuan	32	ag. yang telah	SMP	IRT	Kurang	Baik	Cukup	Cukup	Cukup	5	10	5
10	Pemampuan	30	arabian 1	PT	PHS	Cukup	Baik	Cukup	Cukup	Cukup	5	5	5
11	Pemampuan	35	arabian 2	SMA	Pedagang	Kurang	Baik	Kurang	Cukup	Cukup	5	5	5
12	Pemampuan	42	arabian timur	SMA	Pedagang	Cukup	Baik	Kurang	Kurang	Cukup	10	5	5
13	Pemampuan	41	arabian 1	SMA	IRT	Kurang	Baik	Kurang	Cukup	Cukup	5	10	10
14	Pemampuan	40	arabian 1	SMP	IRT	Kurang	Cukup	Kurang	Kurang	Cukup	10	5	5

Lampiran I Output SPSS

Output SPSS

kategori pengetahuan sebelum konseling

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	9	64.3	64.3	64.3
cukup	5	35.7	35.7	100.0
Total	14	100.0	100.0	

kategori pengetahuan sesudah konseling

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid cukup	2	14.3	14.3	14.3
3	12	85.7	85.7	100.0
Total	14	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Rata-rata pengetahuan sebelum konseling	14	33	73	52.36	11.036
Valid N (listwise)	14				

kategori total kesesuaian besar porsi makan dengan pola makan diet DASH sebelum konseling

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	9	64.3	64.3	64.3
cukup	5	35.7	35.7	100.0
Total	14	100.0	100.0	

kategori total kesesuaian besar porsi makan dengan pola makan diet DASH sesudah konseling

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid cukup	14	100.0	100.0	100.0

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Rata-rata kesesuaian besar porsi makan dengan pola makan diet DASH sebelum konseling	14	3	5	3.43	.646
Valid N (listwise)	14				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Rata-rata kesesuaian besar porsi makan dengan pola makan diet DASH sesudah konseling	14	4	6	4.50	.650
Valid N (listwise)	14				

kategori konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum konseling

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang baik	6	42.9	42.9	42.9
baik	8	57.1	57.1	100.0
Total	14	100.0	100.0	

kategori konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sesudah konseling

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang baik	3	21.4	21.4	21.4
baik	11	78.6	78.6	100.0
Total	14	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Rata-rata konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum konseling	14	11	15	13.14	1.351
Valid N (listwise)	14				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Rata-rata konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sesudah konseling	14	2	4	2.86	.770
Valid N (listwise)	14				

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
pengetahuan sebelum konseling	.120	14	.200*	.974	14	.927

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
pengetahuan sesudah konseling	.213	14	.084	.823	14	.010

a. Lilliefors Significance Correction

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
pengetahuan sebelum konseling	17.752	13	.000	52.357	45.99	58.73
pengetahuan sesudah konseling	36.906	13	.000	91.357	86.01	96.70

Test Statistic^b

	Total kesesuaian besar porsi makan dengan pola makan diet DASH sebelum konseling- Total kesesuaian besar porsi makan dengan pola makan diet DASH sesudah konseling
Z	-3.276 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum konseling	.230	14	.043	.887	14	.074

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Jumlah konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sesudah konseling	.224	14	.055	.816	14	.008

a. Lilliefors Significance Correction

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sebelum konseling	36.410	13	.000	13.143	12.36	13.92
Konsumsi jenis makanan yang tidak dianjurkan sesudah konseling	13.878	13	.000	2.857	2.41	3.30

Lampiran J Uji Validitas Media

Uji Validitas Materi dan Media

1. Uji Validitas Materi

Uji Validitas Materi Pertama

Form for the first material validity test. It includes a header with 'Nama Subjek: Mahasiswa Pendidikan', 'Nama dan Program: Pendidikan Matematika (MIPA) dan Pendidikan Matematika (MIPA)', and 'Nama dan Tempat: Tanggal 08-08-2024'. Below this are sections for 'Daftar Soal' (listing 4 items) and 'Daftar Materi' (listing 4 items). A table at the bottom is used for evaluation, with columns for 'No.', 'Materi', 'Sangat Relevan', 'Relevan', 'Tidak Relevan', and 'Tidak Relevan'. The table contains handwritten checkmarks in the 'Relevan' and 'Tidak Relevan' columns.

Uji Validitas Materi Kedua

Form for the second material validity test. It includes a header with 'Nama Subjek: Mahasiswa Pendidikan', 'Nama dan Program: Pendidikan Matematika (MIPA) dan Pendidikan Matematika (MIPA)', and 'Nama dan Tempat: Tanggal 08-08-2024'. Below this are sections for 'Daftar Soal' (listing 4 items) and 'Daftar Materi' (listing 4 items). A table at the bottom is used for evaluation, with columns for 'No.', 'Materi', 'Sangat Relevan', 'Relevan', 'Tidak Relevan', and 'Tidak Relevan'. The table contains handwritten checkmarks in the 'Relevan' and 'Tidak Relevan' columns.

2. Uji Validitas Media

Uji Validitas Media Pertama

Form for the first media validity test. It includes a header with 'Nama Subjek: Mahasiswa Pendidikan', 'Nama dan Program: Pendidikan Matematika (MIPA) dan Pendidikan Matematika (MIPA)', and 'Nama dan Tempat: Tanggal 08-08-2024'. Below this are sections for 'Daftar Soal' (listing 4 items) and 'Daftar Materi' (listing 4 items). A table at the bottom is used for evaluation, with columns for 'No.', 'Materi', 'Sangat Relevan', 'Relevan', 'Tidak Relevan', and 'Tidak Relevan'. The table contains handwritten checkmarks in the 'Relevan' and 'Tidak Relevan' columns.

Uji Validitas Media Kedua

Form for the second media validity test. It includes a header with 'Nama Subjek: Mahasiswa Pendidikan', 'Nama dan Program: Pendidikan Matematika (MIPA) dan Pendidikan Matematika (MIPA)', and 'Nama dan Tempat: Tanggal 08-08-2024'. Below this are sections for 'Daftar Soal' (listing 4 items) and 'Daftar Materi' (listing 4 items). A table at the bottom is used for evaluation, with columns for 'No.', 'Materi', 'Sangat Relevan', 'Relevan', 'Tidak Relevan', and 'Tidak Relevan'. The table contains handwritten checkmarks in the 'Relevan' and 'Tidak Relevan' columns.

Lampiran K Surat Izin Penelitian



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITERNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

Jl. Simpang Persekutuan Kopi Nanggalo Padang 25146 Telpom (0751) 7096128 (Haring)
Website : <http://www.politernik-pdg.ac.id>
Email : dirktorad@politernik-pdg.ac.id



Nomor : PP.08.01/2234/2023 20 Aug 2023
Lampiran :
Hal : Izin Penelitian

Yth. Kepala Dinas Puskesmas Model dan Pelayanan Terpadu Satu Rumah Kota Padang
di Tempat

Sesuai dengan Kurikulum Jurusan Gizi Politernik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang, Mahasiswa Tingkat Akhir Program Studi Sarjana Terapan Gizi dan Dietitika diwajibkan untuk membuat suatu penelitian berupa Skripsi, dimana lokasi penelitian mahasiswa tersebut adalah instansi yang Bapak/Ibu penuhi.

Selubungan dengan hal tersebut kami mohon kerluhan Bapak/Ibu untuk dapat memberi izin mahasiswa kami untuk melakukan penelitian. Adapun mahasiswa tersebut adalah:

Nama	Maria Hareni Zulfika
NIM	202210621
Judul Penelitian	Pengaruh Konseling Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Terhadap Pengetahuan dan Pola Makan Pada Pasien Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024
Tempat Penelitian	Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang

Demikian surat ini kami sampaikan. Atas perhatian dan kerja sama Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Dirktur Politernik Kesehatan Kementerian
Kesehatan Padang,



BENDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Dwa
NIP 1972052819950111001

Tembusan:
1. Kepala Puskesmas Andalas
2. Arsip

Lampiran M Dokumentasi Penelitian

Wawancara terkait pengetahuan dan pola makan dengan kuesioner pengetahuan dan form sq-ffq



Pemberian konseling dengan leaflet







KARTU KONSULTASI
PENYUSUNAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN GIZI dan DIETETIKA
POLYTEKNIK KEMENKES PADANG



NAMA	: MARI HANIZAL
NIM	: 197503091994031001
JUDUL	: Pengaruh Emulsi Dini Padi (Creamy Approach To Inp (tjamen)es) Terhadap frekuensi dan risiko Sub farm efensi di wilayah PTA Kelurahan Padalarang Kota 2024
PENYEMBAH	: Ima Eva Yoti, SPM, M.Si

HEB/TANGGAL	TIPE KONSULTASI	SARAN PERBAIKAN	TTD PEMBIMBING
Senin 08/04/2024	Izin dan Bimbingan bidang	Menyusun kembali	[Signature]
Rabu 10/04/2024	Latar belakang	Perbaikan pengalasan latar belakang	[Signature]
Jum'at 12/04/2024	Konfigurasi	Proposal dengan meny ditambah	[Signature]
Senin 15/04/2024	BAB II	Menambahkan materi latar	[Signature]
Rabu 17/04/2024	BAB III	Revisi/ perubahan definisi	[Signature]
Kamis 04/04/2024	BAB IV	Menambahkan pengalasan	[Signature]
Kamis 04/04/2024	Abstrak	Perbaiki Abstrak	[Signature]
Jum'at 05/04/2024	ACC surat ujian		[Signature]

Konduktor MK,

Tanggal..... 2024
Ka. Prodi STT Gizi dan Dietetika

Mari Hanizal, S.SiT, M.Km

Mari Hanizal, S.SiT, M.Km



ORIGINALITY REPORT

19%

SIMILARITY INDEX

17%

INTERNET SOURCES

10%

PUBLICATIONS

1%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	ejournal.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	3%
2	perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id Internet Source	2%
3	repository.unmuhpnk.ac.id Internet Source	1%
4	123dok.com Internet Source	1%
5	Submitted to Sriwijaya University Student Paper	1%
6	ensani.ir Internet Source	<1%
7	jurnal.unmuhjember.ac.id Internet Source	<1%
8	repository.unib.ac.id Internet Source	<1%
9	repository.unwira.ac.id Internet Source	<1%