

**EFEKTIVITAS MEDIA *BOOKLET* TENTANG INFORMASI
DASH (*DIETARY APPROACHES TO STOP HYPERTENSION*)
PADA PASIEN HIPERTENSI (USIA 35-44 TAHUN)
DI DESA MUARA JEKAK KETAPANG**



SKRIPSI

Oleh :

SHERLI IRMAVIANI
NPM. 131510493

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK
2019**

**EFEKTIVITAS MEDIA *BOOKLET* TENTANG INFORMASI
DASH (*DIETARY APPROACHES TO STOP HYPERTENSION*)
PADA PASIEN HIPERTENSI (USIA 35-44 TAHUN)
DI DESA MUARA JEKAK KETAPANG**

SKRIPSI

**Diajukan Untuk Melengkapi Sebagian Persyaratan Menjadi
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M.)**

Oleh :

**SHERLI IRMAVIANI
NPM. 131510493**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK
2019**

PENGESAHAN

Dipertahankan Di Depan Dewan Penguji Skripsi
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak
Dan Diterima Untuk Memenuhi Sebagian Syarat Guna Memperoleh
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M.)
Pada Tanggal 23 Februari 2019

Dewan Penguji :

1. Andri Dwi Hernawan, S.K.M., M.Kes(Epid) :
2. Dedi Alamsyah, S.K.M., M.Kes(Epid) :
3. Abduh Ridha, S.K.M., M.P.H. :

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK
DEKAN**

Dr. Linda Suwarni, S.K.M., M.Kes.
NIDN. 1125058301

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M.)
Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat

Oleh :

SHERLI IRMAVIANI
NPM. 131510493

Pontianak, 23 Februari 2019
Mengetahui,

Pembimbing I

Pembimbing II

Andri Dwi Hernawan, S.K.M., M.Kes(Epid)
NIDN. 1129098301

Dedi Alamsyah, S.K.M., M.Kes(Epid)
NIDN. 1106018601

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Segala proses dalam penyusunan skripsi saya jalankan melalui prosedur dan kaidah yang benar serta didukung dengan data-data yang dapat dipertanggungjawabkan keabsahannya.

Jika di kemudian hari ditemukan kecurangan, maka saya bersedia untuk menerima sanksi berupa pencabutan hak terhadap ijazah dan gelar yang saya terima.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Pontianak, 23 Februari 2019

Sherli Irmaviani
NPM. 131510493

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

“Sebaik-baik manusia adalah yang paling bermanfaat bagi orang lain”

(HR. Ahmad, ath-Thabrani, ad-Daruqutni)

Persembahan:

Untuk kedua orangtuaku tersayang

Ayahnda Mohamad Hasyim, Ibunda Linda Susanti,

beserta keluarga besarku tercinta



BIODATA PENULIS

1. Nama : Sherli Irmaviani
2. Tempat, Tanggal Lahir : Muara Jekak, 20 Januari 1995
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Nama Orang Tua :
 - a. Ayah : Mohamad Hasyim
 - b. Ibu : Linda Susanti
6. Alamat : Dusun Karim Kecil RT. 001/RW. 001
Desa Muara Jekak Kecamatan Sandai
Kabupaten Ketapang Provinsi Kalimantan Barat

JENJANG PENDIDIKAN

1. SD : SD Negeri 04 Muara Jekak Kecamatan Sandai
(Tahun 2001-2007)
2. SMP : SMP Negeri 01 Sandai (Tahun 2007-2010)
3. SMA : SMA Negeri 01 Sandai (Tahun 2010-2013)
4. Perguruan Tinggi : Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Kesehatan
Masyarakat Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Pontianak
(Tahun 2013-2019)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobil'alamin, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat dan karunia-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul **“Efektivitas Media Booklet Tentang Informasi DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) pada Pasien Hipertensi (Usia 35-44 Tahun) di Desa Muara Jekak Ketapang”**.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak memperoleh bimbingan, arahan dan dukungan dari beberapa pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada Andri Dwi Hernawan, S.K.M., M.Kes(Epid), selaku pembimbing utama dan Dedi Alamsyah, S.K.M., M.Kes(Epid) selaku pembimbing pendamping yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan dan membimbing penulis dalam penyelesaian skripsi ini. Pada kesempatan ini, penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Helman Fachri, S.E., M.M., selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Pontianak.
2. Dr. Linda Suwarni, S.K.M., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak.
3. Abduh Ridha, S.K.M., M.P.H., selaku Ketua Program Studi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak sekaligus penguji skripsi ini.
4. Hasan Basri, S.K.M., selaku Kepala UPTD Puskesmas Sandai Kecamatan Sandai Kabupaten Ketapang beserta seluruh staf yang telah membantu penulis dalam proses penelitian.
5. Sinarsyah, selaku Kepala Desa Muara Jekak Kecamatan Sandai Kabupaten Ketapang beserta seluruh staf.
6. Orang tua yang terhormat, Ayahanda dan Ibunda yang senantiasa bergelut dengan doa-doa tulusnya untuk keberhasilan dan kebahagiaan ananda.

7. Rekan-rekan satu angkatan di prodi kesmas, yang telah banyak mengisi waktu bersama dengan penuh keakraban selama menjalani proses belajar di program studi ini, serta banyak membantu penulis selama masa pendidikan.

Juga kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, semoga segala amal kebajikannya mendapat imbalan yang tak terhingga dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu penulis berharap untuk dapat memperoleh saran, masukan dan kritikan yang membangun demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini. Penulis berharap semoga skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak demi pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang ilmu gizi.

Pontianak, 23 Februari 2019
Penulis

SHERLI IRMAVIANI
NPM. 131051493

ABSTRAK

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

SKRIPSI, 23 FEBRUARI 2019

SHERLI IRMAVIANI

EFEKTIVITAS MEDIA *BOOKLET* TENTANG INFORMASI DASH (*DIETARY APPROACHES TO STOP HYPERTENSION*) PADA PASIEN HIPERTENSI (USIA 35-44 TAHUN) DI DESA MUARA JEKAK KETAPANG

xix + 97 halaman + 22 tabel + 5 gambar + 11 lampiran

Latar belakang. Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari ≥ 90 mmHg. Tingginya kasus hipertensi di Desa Muara Jekak Ketapang membuat peneliti tertarik melakukan promosi kesehatan menggunakan media *booklet* informasi DASH untuk meningkatkan pengetahuan dan menurunkan tekanan darah pasien hipertensi melalui informasi DASH.

Tujuan. Untuk mengetahui efektivitas media *booklet* informasi DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) pada pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) di Desa Muara Jekak Ketapang.

Metode. Penelitian ini menggunakan *pre-experimental design* dengan pendekatan *one group pretest-posttest*. Sampel penelitian sebanyak 30 responden yang diambil menggunakan sampel minimal. Alat ukur yang digunakan kuesioner, *Food Frequency Questionnaires*, dan *Sphygmomanometer*. Data dianalisis menggunakan uji statistik *paired sample t-test* dan uji *Wilcoxon* dengan tingkat signifikansi 5%. Hasil. Terdapat perbedaan tingkat pengetahuan ($p = 0,000$), pola makan pemicu ($p = 0,000$) dan pencegah ($p = 0,000$) hipertensi pada pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) sebelum dan sesudah diberi *booklet* informasi DASH di Desa Muara Jekak Ketapang.

Kesimpulan. Media *booklet* efektif sebagai media promosi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan, dan menurunkan tekanan darah pasien hipertensi melalui informasi DASH.

Saran: Pasien hipertensi diharapkan dapat mengatur pola konsumsi makanan sesuai anjuran dalam informasi DASH yang diimbangi dengan perilaku hidup sehat agar terhindar dari hipertensi.

Kata Kunci : *Booklet*, DASH, Pasien Hipertensi

Pustaka : 50 (2001-2018)

ABSTRACT

HEALTH SCIENCE FACULTY

THESIS, 23TH FEBRUARY 2019

SHERLI IRMAVIANI

THE EFFECTIVITY OF DASH (*DIETARY APPROACHES TO STOP HYPERTENSION*) ABOUT INFORMATION BOOKLET MEDIA AT HYPERTENSION PATIENT (35-44 YEARS OLD) IN MUARA JEKAK KETAPANG VILLAGE

xix + 97 pages + 22 tables + 5 pictures + 11 appendixs

Background: Hypertension is an increase in systolic blood pressure ≥ 140 mmHg and diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg. The high case of hypertension in Muara Jekak Ketapang Village made researchers interested in doing health promotion using the DASH information booklet media to increase knowledge and reduce blood pressure in hypertension patients through the DASH information.

Objective: To determine the effectiveness of DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) information booklet media in hypertensive patients (aged 35-44 years) in Muara Jekak Ketapang Village.

Method: This study used pre-experimental design with one group pretest-posttest approach. The research samples were 30 respondents taken using minimal sampling. The measuring instruments used were questionnaires, Food Frequency Questionnaires, and Sphygmomanometer. Data were analyzed using paired sample t-test and Wilcoxon test with a significance level of 5%.

Results: There were differences in level of knowledge ($p = 0,000$), diet triggers ($p = 0,000$) and deterrents ($p = 0,000$) hypertension at hypertension patients (age 35-44 years) before and after being given a DASH information booklet in Muara Jekak Ketapang Village.

Conclusion: Booklet media is an effective as a media for health promotion to increase knowledge, and reduce blood pressure in hypertension patients through the DASH information.

Suggestion: Hypertension patients are expected to be able to regulate food consumption patterns according to the recommendations in the DASH information which are balanced with healthy living behaviors to avoid hypertension.

Password : Booklet, DASH, Hypertension Patients

Bibliography : 50 (2001-2018)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
BIODATA	vii
KATA PENGANTAR	viii
ABSTRAK	x
<i>ABSTRACT</i>	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
DAFTAR ISTILAH	xix
BAB I PENDAHULUAN	1
I.1 Latar Belakang	1
I.2 Rumusan Masalah	5
I.3 Tujuan Penelitian	6
I.4 Manfaat Penelitian	8
I.5 Keaslian Penelitian	9

BAB II	TINJAUAN PUSTAKA	11
II.1	Pola Makan DASH (<i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i>)	11
II.1.1	Pengertian DASH	11
II.1.2	Prinsip DASH	12
II.1.3	Syarat Diet DASH	15
II.1.4	Komposisi Makanan dalam DASH Diet (<i>Serving</i>)	16
II.1.5	Pengaturan Makanan dalam DASH	17
II.2	Hipertensi	18
II.2.1	Pengertian Hipertensi	18
II.2.2	Etiologi	19
II.2.3	Klasifikasi Hipertensi	20
II.2.4	Faktor Risiko Hipertensi	21
II.2.5	Mekanisme Hipertensi	22
II.2.6	Gejala Klinis	24
II.2.7	Komplikasi	25
II.2.8	Penatalaksanaan Hipertensi	26
II.3	Media <i>Booklet</i>	28
II.3.1	Pengertian Media	28
II.3.2	Manfaat Media atau Alat Bantu Pendidikan	29
II.3.3	Kriteria Pemilihan Media Pendidikan	30
II.3.4	Jenis-jenis Media Pendidikan	31
II.3.5	<i>Booklet</i> sebagai Media Pendidikan	32
II.4	Pengetahuan tentang Hipertensi	34
II.5	Kerangka Teori	37
BAB III	KERANGKA KONSEPTUAL	38
III.1	Kerangka Konsep	38
III.2	Variabel Penelitian	39
III.3	Definisi Operasional	39
III.4	Hipotesis Penelitian	41

BAB IV	METODE PENELITIAN	42
IV.1	Desain Penelitian	42
IV.2	Prosedur Penelitian	43
IV.3	Tempat dan Waktu Penelitian	43
IV.4	Populasi dan Sampel	44
IV.5	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	45
IV.5.1	Teknik Pengumpulan Data	45
IV.5.2	Instrumen Pengumpulan Data	47
IV.5.3	Uji Instrumen Penelitian	48
IV.6	Teknik Pengolahan dan Penyajian Data	51
IV.6.1	Teknik Pengolahan Data	51
IV.6.2	Teknik Penyajian Data	52
IV.7	Teknik Analisis Data	52
BAB V	HASIL DAN PEMBAHASAN	55
V.1	Hasil	55
V.1.1	Gambaran Lokasi Penelitian	55
V.1.2	Gambaran Proses Penelitian	56
V.1.3	Uji Normalitas	59
V.1.4	Karakteristik Responden	59
V.1.5	Analisis Univariat	61
V.1.6	Analisis Bivariat	74
V.2	Pembahasan	76
V.3	Keterbatasan Penelitian	88
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN	89
VI.1	Kesimpulan	89
VI.2	Saran	90
DAFTAR PUSTAKA	92
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel I.1 Keaslian Penelitian	9
Tabel II.1 Komposisi Makanan dalam DASH Diet (<i>Serving</i>)	16
Tabel II.2 Pengaturan makanan dalam DASH	17
Tabel II.3 Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC VII, 2003	21
Tabel II.4 Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO	21
Tabel III.1 Definisi Operasional	39
Tabel IV.1 Hasil Uji Validitas	49
Tabel IV.2 Hasil Uji Reliabilitas	50
Tabel V.1 Hasil Uji Normalitas	59
Tabel V.2 Usia Responden Rata-rata, Standar Deviasi (SD), Minimum, dan Maksimum	59
Tabel V.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	60
Tabel V.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan	60
Tabel V.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan	61
Tabel V.6 Skor Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi	62
Tabel V.7 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi	65
Tabel V.8 Skor Pola Konsumsi (Pemicu dan Pencegah Hipertensi) Responden Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi	66
Tabel V.9 Distribusi Frekuensi Pola Konsumsi (Pemicu dan Pencegah Hipertensi) Responden Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi	66
Tabel V.10 Distribusi Frekuensi Konsumsi Makanan Pemicu Hipertensi Berdasarkan Jenis Makanan Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi	68
Tabel V.11 Distribusi Frekuensi Konsumsi Makanan Pencegah Hipertensi Berdasarkan Jenis Makanan Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi	70
Tabel V.12 Tekanan Darah (Sistolik dan Diastolik) Responden Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi	72
Tabel V.13 Distribusi Frekuensi Tekanan Darah (Sistolik dan Diastolik) Responden Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi	73
Tabel V.14 Hasil Uji Hipotesis dengan Uji T Berpasangan Pengetahuan Responden tentang Informasi DASH	74
Tabel V.15 Hasil Uji Hipotesis dengan Uji T Berpasangan Pola Konsumsi (Pemicu dan Pencegah Hipertensi) Responden	75

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar II.1 Kerangka Teori	37
Gambar III.1 Kerangka Konsep	38
Gambar IV.1 Skema Rancangan <i>One Group Pretest-Posttest</i>	42
Gambar V.1 Alur Proses Penelitian	58
Gambar V.2 Analisis Per <i>Item</i> Kuesioner Pengetahuan <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> Responden yang Menjawab Benar	62

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*informed consent*)
- Lampiran 2 : Lembar Kuesioner
- Lampiran 3 : Tabulasi Hasil Kuesioner
- Lampiran 4 : Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden
- Lampiran 5 : Hasil Uji Validitas
- Lampiran 6 : Hasil Uji Reliabilitas
- Lampiran 7 : Hasil Uji Normalitas
- Lampiran 8 : Hasil *Output* SPSS Univariat
- Lampiran 9 : Hasil *Output* SPSS Bivariat
- Lampiran 10 : Foto Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 11 : Surat-surat Penelitian

DAFTAR SINGKATAN

DASH	= <i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i>
Depkes RI	= Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Dinkes Kalbar	= Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat
HVK	= Hipertropo Ventrikel Kiri
Kemenkes RI	= Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
NaCl	= <i>Natrium Clorida</i> (Garam)
mmHg	= Milimeter Merkuri
MSG	= <i>Monosodium Glutamate</i>
PTM	= Penyakit Tidak Menular
Puskesmas	= Pusat Kesehatan Masyarakat
Riskesdas	= Riset Kesehatan Dasar
UPTD	= Unit Pelaksana Teknis Dinas
WHO	= <i>World Health Organization</i>

DAFTAR ISTILAH

<i>Booklet</i>	Suatu media pembelajaran untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
Diet DASH	Pola diet yang menekankan pada konsumsi bahan makanan rendah natrium, kalsium, dan serat serta rendah asam lemak jenuh dan kolesterol yang banyak terdapat pada buah-buahan, kacang-kacangan, sayuran, ikan, daging tanpa lemak, susu rendah lemak, dan bahan makanan dengan total lemak dan lemak jenuh yang rendah.
Diastolik	Tekanan darah bawah atau angka bawah yang memperlihatkan jumlah tekanan darah di dalam arteri ketika jantung sedang beristirahat (antara ketukan/detak).
Hipertensi	Peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang.
Prevalensi	Jumlah kasus penyakit, orang terinfeksi atau kondisi pada satu waktu tertentu, dihubungkan dengan besar populasi darimana kasus berasal.
Sistolik	Tekanan darah atas, dimana tekanan darah tercipta karena adanya kontraksi jantung sehingga mendorong darah melalui arteri ke seluruh tubuh.

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Pola penyakit di Indonesia mengalami transisi epidemiologi selama dua dekade terakhir, yakni dari penyakit menular yang semula menjadi beban utama kemudian mulai beralih menjadi penyakit tidak menular. Kecenderungan ini meningkat dan mulai mengancam sejak usia muda. Penyakit tidak menular yang utama di antaranya hipertensi, diabetes melitus, kanker, dan penyakit paru obstruktif kronik (Kemenkes RI, 2015).

Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan diastolik ≥ 90 mmHg yang merupakan salah satu penyakit kronis paling umum di masyarakat (Bolivar, 2013). Hipertensi merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya penyakit kardiovaskular. Apabila tidak ditangani dengan baik, hipertensi dapat menyebabkan *stroke*, *infark miokard*, gagal jantung, *demensia*, gagal ginjal, dan gangguan penglihatan (Fatmawati, 2017).

Pengaruh hipertensi pada organ tubuh atau organ target dianggap sebagai peninggian tekanan darah. Hipertensi dapat menyebabkan kerusakan pada sel-sel *epitel tunika intima arteri* yang berakibat atau merangsang terjadinya *atherosclerosis* dan *thrombus*. Sedangkan organ target yang terkena adalah jantung, otak, ginjal dan mata (Noerhadi, 2008).

Kerusakan organ target akibat komplikasi hipertensi akan tergantung kepada besarnya peningkatan tekanan darah dan lamanya kondisi tekanan

darah yang tidak terdiagnosis dan tidak diobati. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama (persisten) dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung koroner) dan otak (menyebabkan stroke) bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai. Banyak pasien hipertensi dengan tekanan darah tidak terkontrol dan jumlahnya terus meningkat (Kemenkes RI, 2017).

Data WHO 2015 menunjukkan sekitar 1,13 miliar orang di dunia menderita hipertensi. Artinya, 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis menderita hipertensi, hanya 36,8% di antaranya yang minum obat. Jumlah penderita hipertensi di dunia terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada 2025 akan ada 1,5 miliar orang yang terkena hipertensi. Diperkirakan juga setiap tahun ada sebanyak 9,4 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasi (Kemenkes RI, 2018).

Prevalensi hipertensi nasional berdasarkan Riskesdas 2013 sebesar 25,8%, tertinggi di Kepulauan Bangka Belitung (30,9%), sedangkan terendah di Papua (16,8%). Berdasarkan data tersebut dari 25,8% orang yang mengalami hipertensi hanya 1/3 yang terdiagnosis, dan sisanya 2/3 tidak terdiagnosis. Data menunjukkan hanya 0,7% orang yang terdiagnosis tekanan darah tinggi minum obat hipertensi. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita hipertensi tidak menyadari menderita hipertensi ataupun mendapatkan pengobatan. Selain itu, hipertensi banyak terjadi pada umur 35-44 tahun (8,1%), umur 45-54 tahun (14,8%), dan umur 55-64 tahun (20,5%). Prevalensi semakin meningkat seiring dengan penambahan umur (Kemenkes RI, 2013).

Hasil *Surveillance* Terpadu Puskesmas di Kalimantan Barat, sepanjang tahun 2017 menunjukkan bahwa hipertensi menempati urutan ketiga dari 10 penyakit tidak menular tertinggi yaitu sebesar 23,5% setelah penyakit influenza (35,0%) diurutan pertama, dan diare (24,9%) diurutan kedua, dan diabetes mellitus (5,3%) diurutan keempat. Berdasarkan data tersebut, kasus hipertensi tertinggi terjadi di Kabupaten Kubu Raya (27,0%) dan terendah di Kota Singkawang (2,0%). Di Kabupaten Ketapang kasus hipertensi (tekanan darah tinggi) sebanyak 19,52% dari jumlah yang dilakukan pengukuran tekanan darah (Dinkes Kalbar, 2018).

Berdasarkan data pasien di Puskesmas Sandai dari tahun 2015-2017 terjadi peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2015, terdapat sebanyak 815 orang yang menderita hipertensi tertinggi kelompok umur 55-59 tahun (45,3%) diikuti kelompok umur 45-54 tahun (23,6%), kelompok umur ≥ 60 tahun (22,3%), dan kelompok umur 20-44 tahun (8,8%). Pada tahun 2016, terdapat sebanyak 909 orang yang menderita hipertensi tertinggi kelompok umur 55-59 tahun (46,0%) diikuti kelompok umur ≥ 60 tahun (27,2%), kelompok umur 45-54 tahun (22,0%), dan kelompok umur 20-44 tahun (4,8%). Pada tahun 2017, terdapat sebanyak 1.066 orang yang menderita hipertensi tertinggi kelompok umur 55-59 tahun (51,1%) diikuti kelompok umur ≥ 60 tahun (29,2%), kelompok umur 45-54 tahun (17,4%), dan kelompok umur 20-44 tahun (2,3%) (UPTD Puskesmas Sandai, 2017).

Berdasarkan hasil wawancara dengan 1 orang perawat di Puskesmas Sandai pada kasus hipertensi yang setiap tahunnya meningkat dikarenakan

gaya hidup yang tidak baik dan pola konsumsinya juga tidak sehat seperti masih banyaknya masyarakat mengkonsumsi makanan instan, gorengan, ikan asin dan juga minuman-minuman yang banyak mengandung natrium. Selain itu mereka juga jarang mengkonsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran. Sedangkan hasil wawancara dengan pasien hipertensi di Desa Muara Jekak menunjukkan bahwa mereka jarang mendapatkan penyuluhan-penyuluhan mengenai penanganan hipertensi dari petugas kesehatan. Selain itu mereka juga belum mengetahui apa itu media *booklet* informasi DASH.

Salah satu upaya preventif penyakit tidak menular (PTM) dengan modifikasi pola asupan makanan sehari-hari merupakan peran paling besar dalam menurunkan tekanan darah. Modifikasi pola asupan makanan yang dimaksud mengikuti pedoman umum gizi seimbang dan *Dietary Approach to Stop Hypertension* (DASH), yaitu tinggi sayuran dan buah-buahan, bahan makanan tinggi serat, susu rendah lemak, daging, dan kacang-kacangan. Perlu diperhatikan juga asupan energi, jumlah dan jenis protein, serta komponen lemak dan karbohidrat. Bahan makanan kaya mineral dan vitamin, serta nutrisi spesifik, seperti asam lemak tak jenuh omega-3 mempunyai peran dalam mencegah dan penatalaksanaan hipertensi (Kumala, 2014).

Promosi kesehatan merupakan suatu proses untuk tercapainya tujuan pendidikan kesehatan yaitu perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku. Agar dapat mencapai suatu keberhasilan dalam penyuluhan kesehatan perlu ditunjang oleh beberapa faktor diantaranya penyuluhan, materi, metode, media, atau alat bantu yang digunakan.

Media promosi kesehatan adalah alat bantu pendidikan untuk menyampaikan informasi kesehatan dan mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Media ini dibagi menjadi 3 macam yakni media cetak, media elektronik, dan media papan. Media cetak seperti, *booklet, leaflet, flayer, flif chart, rubik, poster, dan foto*. Media elektronik seperti, televisi, radio, *slide, film, dan strip*. Media papan atau *billboard*.

Salah satu media yang sering digunakan karena bersifat menarik dan sederhana adalah media *booklet* yaitu suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar. Alasan peneliti memilih *booklet* sebagai media edukasi pada pasien hipertensi karena *booklet* merupakan salah satu media yang menarik, mudah dipelajari karena berisi pesan singkat dan gambar yang dapat menambah pengetahuan yang membacanya, mudah dibawa dan bisa dibaca saat santai di rumah.

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik melakukan telaah mengenai Efektivitas Media *Booklet* Tentang Informasi DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) pada Pasien Hipertensi (Usia 35-44 Tahun) di Desa Muara Jekak Ketapang.

I.2 Rumusan Masalah

Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko terjadinya komorbid pada sistem kardiovaskular, ginjal dan otak. Peningkatan prevalensi hipertensi berbanding lurus dengan peningkatan usia. Salah satu upaya pengendalian hipertensi melalui pendidikan dengan menggunakan media promosi kesehatan.

Media promosi kesehatan adalah alat bantu pendidikan untuk menyampaikan informasi kesehatan dan mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat. Media *booklet* tentang informasi DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) merupakan salah satu solusi untuk meningkatkan pengetahuan pasien hipertensi agar dapat mengatur dan memilih pola makan yang sehat sesuai gizi seimbang dengan mengonsumsi makanan tinggi serat, buah-buahan dan sayur-sayuran untuk mengatasi hipertensi.

Berdasarkan hal tersebut, maka permasalahan dalam penelitian ini adalah Bagaimana efektivitas media *booklet* tentang informasi DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) pada pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) di Desa Muara Jekak Ketapang?

I.3 Tujuan Penelitian

I.3.1 Tujuan umum

Tujuan penelitian ini secara umum adalah untuk mengetahui efektivitas media *booklet* tentang informasi DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) pada pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) di Desa Muara Jekak Ketapang.

I.3.2 Tujuan khusus

1. Mengetahui tingkat pengetahuan pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* tentang informasi DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) di Desa Muara Jekak Ketapang.

2. Mengetahui pola konsumsi pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* tentang informasi DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) di Desa Muara Jekak Ketapang.
3. Mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* tentang informasi DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) di Desa Muara Jekak Ketapang.
4. Mengetahui perbedaan pola konsumsi pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* tentang informasi DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) di Desa Muara Jekak Ketapang.

I.4 Manfaat Penelitian

I.4.1 Manfaat teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan khususnya bidang gizi kesehatan masyarakat dalam kaitannya dengan efektivitas media *booklet* tentang informasi DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) pada pasien hipertensi.

I.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi pasien hipertensi

Penelitian ini dijadikan sebagai tambahan informasi bagi pasien hipertensi untuk meningkatkan pengetahuan tentang hipertensi agar

dapat menjaga dan mengatur pola makan seimbang dengan informasi DASH agar terhindar dari hipertensi.

2. Bagi Puskesmas Sandai Kabupaten Ketapang

Penelitian ini dijadikan sebagai tambahan informasi untuk membuat kebijakan bidang promosi kesehatan dalam menekan angka penderita hipertensi di wilayah kerja melalui penyuluhan hipertensi dengan menggunakan media *booklet* informasi DASH.

3. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Ketapang

Penelitian ini dijadikan sebagai masukan dalam meningkatkan strategi promosi kesehatan untuk menekan angka penderita hipertensi menggunakan media *booklet* informasi DASH.

4. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini menambah pengetahuan tentang media *booklet* informasi DASH pada pasien hipertensi.

5. Bagi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak

Penelitian ini dijadikan sebagai tambahan informasi dan studi literatur tentang media *booklet* informasi DASH pada pasien hipertensi.

I.5 Keaslian Penelitian

Tabel I.1
Keaslian Penelitian

No.	Peneliti / Tahun	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1	Nurhumaira & Rahayuningsih (2014)	Pengaruh Penerapan Pola Diet DASH (<i>Dietary Approach to Stop Hypertension</i>) terhadap Tekanan Darah Sistolik dan Diastolik pada Kelompok Lansia di Kota Semarang	<i>True experimental dengan rancangan pre-posttest control group design</i>	- Variabel bebas: Pola diet DASH. - Variabel terikat: Tekanan darah sistolik dan diastolik.	Tidak ada perbedaan tekanan darah sistolik dan diastolik sebelum dan setelah intervensi selama 14 hari.	- Variabel penelitian: Pola diet DASH dan pengukuran tekanan darah sistolik dan diastolik. - Analisis data: <i>Shapiro-Wilk, paired-t test</i> dan <i>Wilcoxon</i> .	- Desain penelitian: <i>Pra-experiment design</i> dengan pendekatan <i>one group pretest-posttest</i> . - Teknik <i>sampling</i> : <i>purposive sampling</i> . - Variabel penelitian: Pengetahuan, pola makan (FFQ), dan media Booklet diet DASH - Teknik pengumpulan data: <i>Food recall</i> .
2.	Wahyuni (2016)	Pengaruh Edukasi Hipertensi Dengan Media <i>Booklet</i> Terhadap Perilaku <i>Self Management</i> Pada Pasien Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Balowerti Kediri	<i>Pra-experiment design dengan pendekatan one group pretest-posttest.</i>	- Variabel bebas: Edukasi hipertensi dengan media <i>Booklet</i> . - Variabel terikat: Perilaku <i>self management</i> .	Terdapat pengaruh yang signifikan menggunakan edukasi hipertensi dengan media <i>booklet</i> terhadap perilaku <i>self management</i> pada pasien hipertensi.	- Desain penelitian: <i>Pra-experiment design</i> dengan pendekatan <i>one group pretest-posttest</i> . - Teknik pengumpulan data: kuesioner dan <i>booklet</i> . - Analisis data: <i>Shapiro-Wilk, paired-t test</i> dan <i>Wilcoxon</i> .	- Teknik <i>sampling</i> : <i>purposive sampling</i> . - Variabel penelitian: Pengetahuan, pola makan (FFQ), dan media <i>Booklet</i> diet DASH - Teknik pengumpulan data: <i>Food recall</i> .

Tabel I.1
(Lanjutan)

No.	Peneliti / Tahun	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
3.	Dewifianita (2017)	Pengaruh Pemberian Konseling Diet DASH (<i>Dietary Approach to Stop Hypertension</i>) terhadap Perubahan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi Peserta Prolanis di Puskesmas Sentolo I Kabupaten Kulonprogo	Eksperimental semu (<i>Quasy experiment</i>)	Variabel bebas: Pemberian Konseling Diet DASH. Variabel terikat: Perubahan Tekanan Darah.	Ada pengaruh pemberian konseling diet DASH terhadap perubahan tekanan darah.	Teknik sampling: <i>purposive sampling</i> .	Desain penelitian: <i>Pra-experiment design</i> dengan pendekatan <i>one group pretest-posttest</i> . Variabel penelitian: Pengetahuan, pola makan (FFQ), dan media <i>Booklet</i> diet DASH Teknik pengumpulan data: <i>Food recall</i> .

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Pola Makan DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*)

II.1.1 Pengertian DASH

Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) merupakan diet bagi pasien-pasien hipertensi. Salah satu penanggulangan hipertensi yang direkomendasikan adalah pendekatan dietetik untuk menghentikan hipertensi atau dikenal dengan sebutan DASH. Sebab selama ini dilakukan hanya dengan pengaturan garam dan natriumnya saja (diet rendah garam), namun tidak memperhitungkan kualitas suatu susunan hidangan. DASH umumnya mencakup diet sayuran serta buah yang banyak mengandung serat pangan (30 gram/hari) dan mineral tertentu (kalium, magnesium serta kalsium) sementara asupan garamnya dibatasi (Pibriyanti, 2013).

Pola diet DASH merupakan pola diet yang menekankan pada konsumsi bahan makanan rendah natrium (420 mg/hari), kalsium (>1000 mg/hari), dan serat (25-30 g/hari) serta rendah asam lemak jenuh dan kolesterol (< 200 mg/hari) yang banyak terdapat pada buah-buahan kacang-kacangan, sayuran, ikan, daging tanpa lemak, susu rendah lemak, dan bahan makanan dengan total lemak dan lemak jenuh yang rendah (Nurhumaira & Rahayuningsih, 2014).

Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) merupakan pola diet yang dianjurkan dalam *Seventh Report of The Joint National*

Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) bagi semua pasien hipertensi. Pola diet mengikuti pola diet DASH ini meliputi tinggi buah-buahan dan sayur segar, produk susu rendah lemak, rendah asupan lemak dan rendah lemak jenuh, kolesterol, sereal utuh (*whole grain*), ikan, unggas, dan kacang-kacangan. Mengurangi daging merah, gula, serta minuman manis. Pada diet sesuai diet DASH 40 ini kaya akan potasium, magnesium, kalsium, serat, dan sedikit tinggi protein (Kumala, 2014).

Penggunaan DASH adalah pendekatan untuk menghentikan hipertensi yaitu dengan diet yang kaya buah-buahan, sayuran dan makanan susu rendah lemak secara signifikan menurunkan tekanan darah (Sacks, 2001). JNC VII menyarankan pola makan DASH yaitu diet yang kaya dengan buah, sayur, dan produk susu rendah lemak dengan kadar total lemak dan lemak jenuh berkurang. Natrium yang direkomendasikan < 2,4 g (100 mEq)/hari (Depkes RI, 2006).

II.1.2 Prinsip DASH

Diet DASH digunakan untuk mencegah dan mengontrol hipertensi. Ada 5 prinsip yang terkandung pada perencanaan pola makan diet DASH (*National Institute of Health*, 2006) yakni:

1. Konsumsi buah dan sayur yang mengandung kalium, *fitoestrogen* dan serat. Konsumsi kalium (*potassium*) yang bersumber dari buah-buahan seperti pisang, mangga, air kelapa muda bermanfaat untuk mengandalkan agar tekanan darah menjadi normal dan

terjadi keseimbangan antara natrium dan kalium dalam tubuh. Konsumsi kalium yang banyak akan meningkatkan konsentrasinya di dalam cairan intraseluler, sehingga cenderung menarik cairan dari bagian ekstraseluler dan menurunkan tekanan darah. *Fitoestrogen* bersumber pada pangan nabati seperti susu kedele, tempe dan lain-lain, mempunyai kemampuan untuk berperan seperti hormon *estrogen*. *Fitoestrogen* dapat menghambat terjadinya *menopause*, *hotflaxes* (rasa terbakar) pada wanita *menopause* dan menurunkan risiko kanker. Serat dibutuhkan tubuh terutama untuk membersihkan isi perut dan membantu memperlancar proses *defekasi*. Serat juga mempengaruhi penyerapan zat gizi dalam usus, manfaat serat terutama dapat mencegah kanker *colon*.

2. *Low-fat dairy product* (menggunakan produk susu rendah lemak).

Pada diet hipertensi diberikan produk susu rendah lemak, dimana susu mengandung banyak kalsium. Di dalam cairan ekstraseluler dan intraseluler kalsium memegang peran penting dalam mengatur fungsi sel, seperti untuk mengatur transmisi saraf, kontraksi otot, pengumpulan darah, dan menjaga *permeabilitas membrane* sel. Kalsium mengatur pekerjaan hormon-hormon dan faktor pertumbuhan. Susu rendah lemak baik diberikan kepada wanita manula, tidak hanya untuk mendapat tambahan kalsium tapi juga protein, vitamin dan mineral.

3. Konsumsi ikan, kacang dan unggas secukupnya

Intake protein yang cukup dapat membantu pemeliharaan sel, untuk membantu ikatan esensial tubuh, mengatur keseimbangan air, memelihara netralitas tubuh, pembentukan antibodi dan mengangkut zat-zat gizi.

4. Kurangi SAFA seperti daging berlemak

Lemak jenuh bersifat *arterogenik*, lemak jenuh yaitu asam urat, asam *palmitat*, asam *stearate*. Seseorang dengan penyakit pembuluh darah umumnya harus membatasi konsumsi lemak jenuh berlebihan terutama dari sumber hewani seperti daging merah, lemak babi, minyak kelapa, coklat, keju, krim, dan mentega. Penimbunan SAFA dalam pembuluh darah menyebabkan timbulnya *arteriosclerosis* yang dapat meningkatkan tekanan darah.

5. Membatasi gula dan garam

Membatasi garam bertujuan untuk menurunkan tekanan darah, mencegah *odema*, dan penyakit jantung. Adapun yang disebut diet rendah garam adalah rendah sodium dan natrium. Garam dapur mempunyai nama kimia *Natrium Clorida* (NaCl) yang di dalamnya terkandung 40% sodium. Dalam diet rendah garam, selain membatasi konsumsi garam dapur juga harus membatasi sumber sodium lainnya, antara lain makanan yang mengandung soda kue, *baking powder*, *monosodium glutamate* (MSG) atau penyedap

masakan, pengawet makann atau minuman *benzoate* (biasanya terdapat dalam saos, kecap, selai, jeli).

II.1.3 Syarat Diet DASH

Bahan makanan yang terdapat dalam pola diet DASH merupakan bahan makanan segar dan alami tanpa melalui proses pengolahan industri terlebih dahulu, sehingga memiliki kadar natrium yang relatif rendah. Syarat diet DASH adalah sebagai berikut:

1. Untuk kebutuhan energi sesuai dengan usia dan aktivitas tubuh, jika ingin menurunkan berat badan, konsumsi lebih sedikit kalori, dari pada energi yang dibakar atau dengan meningkatkan aktivitas fisik.
2. KH: 55 % dari total energi.
3. P: 18% dari total energi.
4. Total lemak: 27% total energi.
5. Lemak jenuh: 6% total energi.
6. Kolesterol: 150 mg.
7. Natrium: 2300 mg.
8. Kalium: 4700 mg.
9. Kalsium: 1250 mg.
10. Magnesium: 500 mg (*National Institute of Health, 2006*).

II.1.4 Komposisi makanan dalam diet DASH (*Serving*)

Komposisi makanan dalam diet DASH adalah sebagai berikut:

Tabel II.1
Komposisi Makanan dalam DASH Diet (*Serving*)

Kumpulan makanan	Bilangan hidangan seharian	Saiz porsi	Komen
Bijian dan produk bijian	6-8	1 keping roti 1 oz bijian kering ½ gelas nasi	Sebagai sumber tenaga major dan juga serat. Memilih bijian utuh / bijian penuh
Sayur-sayuran	4-5	1 gelas sayur hijau (belum masak) ½ gelas sayur hijau (masak) 1 gelas jus sayur 100%	Memberi potassium, magnesium, dan serat
Buah-buahan	4-5	1 buah saiz sederhana (contoh: 1 biji apel) ½ gelas buah dalam tin ½ gelas jus buah-buahan 100%	Sumber penting untuk mendapatkan potasium, magnesium, dan serat.
Susu dan produk susu tanpa / rendah lemak	2-3	1 gelas susu 1 gelas yogurt 1 ½ oz keju	Sumber yang kaya dengan kalsium dan protein
Daging, poltri, dan ikan (kurang lemak)	≤ 6	1 oz daging, poltri atau ikan (masak) 1 biji telur	Sumber protein dan magnesium. Tidak boleh mengambil lebih dari pada 4 kuning telur seminggu.
Kacang	4-5 seminggu	1/3 gelas kacang 2 sendok makan mentega kacang ½ gelas <i>legume</i> (masak)	Sumber tenaga, magnesium, protein, dan serat yang tinggi.
Lemak dan minyak	2-3	1 gelas teh marjerin lembut 1 gelas teh minyak sayur 1 gelas makan mayones	27% lemak dari jumlah kalori yang disajikan dalam kajian DASH

Gula	≤ 5 seminggu	1 gelas makan gula 1 gelas makan jem 1 gelas <i>lemonade</i>	Manisan yang diambil sepatutnya rendah dalam lemak
------	----------------------	--	--

Sumber: *U.S Department of Health and Human Services*, 2006 dalam Wahyuningsih, 2013

II.1.5 Pengaturan makanan dalam DASH

Pengaturan makanan dalam DASH adalah sebagai berikut:

Tabel II.2
Pengaturan Makanan Dalam DASH

Pengaturan Makanan	
Bahan makanan dianjurkan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Makanan yang segar: protein nabati dan hewani sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung serat. 2. Makanan yang diolah tanpa atau sedikit menggunakan garam natrium, vetsin kaldu bubuk. 3. Sumber protein hewani: penggunaan daging/ayam, ikan paling banyak 100 gram/hari, telur ayam/ bebek 1 butir/hari. 4. Susu segar 200 ml/hari.
Bahan makanan yang dibatasi	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pemakaian garam dapur. ➤ Penggunaan bahan makanan yang mengandung natrium seperti soda kue. ➤ Gula atau makanan manis kurang 5 <i>servings</i>/minggu. ➤ Lemak dan minyak 2-3 porsi/hari.
Bahan makanan yang dihindari	<ul style="list-style-type: none"> • Makanan yang diolah menggunakan garam Natrium seperti <i>creackers</i>, <i>pastries</i>, krupuk, kripik dan lain-lain. • Makanan dan minuman dalam kaleng: sarden, sosis, kornet, sayur dan buah-buahan dalam kaleng. • Makanan yang diawetkan: dendeng, abon, ikan asin, udang kering, telur asin dan lain-lain. • Mentega dan keju. • Bumbu-bumbu: kecap asin, garam, saus, tomat, terasi, saus sambel, taucu dan lain-lain. • Makanan yang mengandung alkohol: durian, tape.

Sumber: *U.S Departement of Health and Human Services*, 2006 dalam Wahyuningsih, 2013

Makanan yang dianjurkan dalam diet DASH adalah makanan yang segar, atau makanan yang diolah tanpa garam natrium, vetsin dan kaldu bubuk. Rasa tawar pada makanan dapat memperbaiki dengan menambah bawang merah, bawang putih, jahe, dan bumbu yang lain tidak mengandung garam. Penggunaan manisan atau gula juga harus kurang dari 5 sendok makan per minggu sedangkan makanan yang tidak boleh dikonsumsi adalah makanan yang sudah dimasak dan diawetkan menggunakan garam.

II.2 Hipertensi

II.2.1 Pengertian hipertensi

Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik sama dengan atau di atas 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik sama dengan atau di atas 90 mmHg. Darah dibawa dari jantung ke seluruh bagian tubuh di pembuluh darah. Setiap kali jantung berdenyut, ia memompa darah ke pembuluh darah. Tekanan darah tercipta dengan kekuatan darah yang mendorong dinding pembuluh darah (arteri) karena dipompa oleh jantung. Semakin tinggi tekanan semakin keras jantung harus dipompa (WHO, 2013).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang. Peningkatan

tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama (*persisten*) dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal, penyakit jantung koroner dan menyebabkan stroke bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai (Kemenkes RI, 2014).

Hipertensi merupakan keadaan ketika tekanan darah sistol lebih dari 120 mmHg dan tekanan darah diastol lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah (Muttaqin, 2009).

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari ≥ 90 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung lama dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal, penyakit jantung koroner dan menyebabkan stroke bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai.

II.2.2 Etiologi

Hipertensi merupakan suatu penyakit dengan kondisi medis yang beragam. Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibedakan menjadi dua macam yaitu:

1. Hipertensi primer

Hipertensi primer merupakan suatu gangguan genetika multifaktorial, dimana pewaris sejumlah gen abnormal menjadi predisposisi bagi individu yang mengalami tekanan darah arteri tertinggi, terutama bila pengaruh lingkungan yang mendukung seperti diet tinggi garam dan stres psikologis.

2. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah tekanan darah arteri yang tinggi yang bersifat sekunder akibat dari kondisi atau faktor yang sudah diketahui. Penyebab umum dari hipertensi sekunder antara lain penyakit *perenkim* ginjal dan *renovaskular* yang dapat mengganggu regulasi volume dan mengaktivasi sistem *renin-angiotensin-aldosteron*, gangguan *endokrin* yang seringkali terjadi pada *korteks ardenal* dan terkait dengan *oversecretion aldosteron*, *kortisol* dan juga *katekolamin* terakhir. Penyebab umum dari hipertensi sekunder adalah kontrasepsi oral yang dapat meningkatkan tekanan darah arteri melalui aktivasi *renin-angiotensin-aldosteron* dan *hiperinsulinemia* (Aaronson, 2008).

Pada kebanyakan kasus, hipertensi terdeteksi saat pemeriksaan fisik karena alasan penyakit tertentu, sehingga sering disebut sebagai “*silent killer*”. Tanpa disadari penderita mengalami komplikasi pada organ-organ vital seperti jantung, otak ataupun ginjal. Gejala-gejala akibat hipertensi, seperti pusing, gangguan penglihatan, dan sakit kepala, seringkali terjadi pada saat hipertensi sudah lanjut disaat

tekanan darah sudah mencapai angka tertentu yang bermakna (Depkes RI, 2006).

II.2.3 Klasifikasi hipertensi

Menurut JNC 7 (*The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*), klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa terbagi menjadi empat macam yaitu:

Tabel II.3
Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC VII, 2003

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistol (mmHg)	Tekanan Darah Diastol (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi <i>stage</i> 1	140-159	90-99
Hipertensi <i>stage</i> 2	160 atau > 160	100 atau > 100

Sumber: Kemenkes RI, 2014

Klasifikasi hipertensi menurut WHO adalah sebagai berikut:

Tabel II.4
Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO

Kategori	Sistol (mmHg)	Diastol (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal-tinggi	130-139	85-89
Tingkat 1 (Hipertensi ringan)	140-159	90-99
<i>Sub Group</i> : perbatasan	140-149	100-109
Tingkat 2 (Hipertensi sedang)	160-179	
Tingkat 3 (Hipertensi berat)	≥180	≥ 110
Hipertensi sistol terisolasi	≥140	< 90
<i>Sub Group</i> : perbatasan	140-149	< 90

Sumber: Wahyuningsih, 2013

II.2.4 Faktor risiko hipertensi

Faktor risiko hipertensi dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

Faktor risiko yang melekat pada penderita hipertensi dan tidak dapat diubah, antara lain: umur, jenis kelamin, dan genetik.

2. Faktor risiko yang dapat diubah

Faktor risiko yang diakibatkan perilaku tidak sehat dari penderita hipertensi antara lain merokok, diet rendah serat, konsumsi garam berlebih, kurang aktivitas fisik, berat badan berlebih/kegemukan, konsumsi alkohol, dislipidemia, dan stres (Kemenkes RI, 2013b).

II.2.5 Mekanisme hipertensi

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya *angiotensin II* dari *angiotensin I* oleh *Angiotensin Converting Enzyme (ACE)*. *Angiotensin II* inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama. Pertama, meningkatkan sekresi *Anti-Diuretic Hormone (ADH)* dan rasa haus. Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan keluar tubuh (*antidiuresis*), sehingga menjadi pekat dan tingginya *osmolalitas*. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dengan bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah. Kedua, menstimulasi sekresi *aldesteron* dari *korteks adrenal*. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, *aldesteron* akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mengabsorpsinya dari *tubulus* ginjal. Naiknya

konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah (Andrea, 2013).

Hipertensi terjadi dimulai dengan adanya *atherosclerosis* yang terbentuk dari *arteriosklerosis* (pengerasan arteri). *Atherosclerosis* ditandai oleh penimbunan lemak yang progresif pada dinding arteri sehingga mengurangi volume aliran darah ke jantung. Sel-sel otot arteri tertimbun lemak kemudian membentuk plak, dan terjadi penyempitan pada arteri dan penurunan elastisitas arteri sehingga tidak dapat mengatur tekanan darah yang mengakibatkan hipertensi. Kekakuan arteri dan kelambanan aliran darah menyebabkan beban jantung bertambah berat yang dimanifestasikan dalam bentuk hipertropi ventrikel kiri (HVK) dan gangguan fungsi diastolik karena gangguan relaksasi ventrikel kiri yang mengakibatkan tekanan darah meningkat dalam sistem sirkulasi (Saputri, 2016).

Ada beberapa *reseptor adrenergic* yang berada di jantung, ginjal, otak, serta dinding *vascular* pembuluh darah. Hal ini dikarenakan pengaruh-pengaruh lingkungan misalnya genetik, stres kejiwaan, rokok dan sebagainya, akan terjadi aktivasi sistem saraf simpatis berupa kenaikan *ketekolamin*, *norepinefrin* (NE). Selanjutnya *neurotransmitter* ini akan meningkatkan denyut jantung lalu diikuti kenaikan CO (*cardiac output*) atau curah jantung sehingga tekanan darah meningkat dan akhirnya mengalami *agregasiplatelet*.

Peningkatan *neurotransmitter* NE ini mempunyai efek negatif terhadap jantung, sebab di jantung ada reseptor A1, B1, B2, yang memicu terjadinya kerusakan *miokard*, *hipertropi*, dan *aritmia* dengan akibat progresivitas dari hipertensi *aterosklevosis*. Hal ini dikarenakan pada dinding pembuluh darah juga ada *reseptor* A1, maka bila NE meningkat hal tersebut memicu *vasokonstriksi* sehingga hipertensi *aterosklerosis* juga makin progresif. Pada ginjal NE juga berefek negatif sebab di ginjal ada *reseptor* B1 dan A1 yang memicu terjadinya retensi natrium mengaktivasi sistem RAA, memicu *vasokonstriksi* pembuluh darah dengan akibat hipertensi *aterosklerosis* juga makin progresif (Tjiptaningrum dan Erhadestria, 2016).

II.2.6 Gejala klinis

Pada hipertensi primer mulai dari ringan hingga sedang biasanya tanpa gejala selama bertahun-tahun. Tekanan darah yang menjadi tinggi ini merupakan salah satu gejala yang timbul ketika dilakukan pemeriksaan tekanan darah. Suatu gejala akan muncul biasanya ketika terjadinya suatu komplikasi yang terjadi pada ginjal, mata, otak, dan jantung. Namun, ada gejala lain yang muncul ketika seseorang mengalami hipertensi, diantaranya:

1. Pada saat terjaga kepala akan terasa sakit, kadang-kadang disertai dengan mual dan muntah yang terjadi akibat dari peningkatan tekanan darah *intrakranium*.

2. Pada orang yang menderita hipertensi akan mengalami penglihatan yang kabur dikarenakan oleh kerusakan hipertensi pada retina.
3. Pada orang hipertensi akan mengalami kerusakan sistem saraf pusat yang menyebabkan cara berjalan menjadi kurang baik atau ngambang.
4. *Nuktoria* yang disebabkan oleh akibat dari peningkatan aliran darah ginjal dan *filtrasi glomerulus*.
5. Tekanan kapiler meningkat sehingga menimbulkan *edema perifer*.
6. Jantung berdebar-debar.
7. Sulit bernafas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat.
8. Mudah lelah.
9. Wajah memerah.
10. Hidung berdarah.
11. Sering buang air kecil, terutama di malam hari.
12. Telinga berdenging (*tinnitus*).
13. Vertigo (Yasmine, 2007; Muttaqin, 2014).

II.2.7 Komplikasi

Ada beberapa komplikasi dari hipertensi antara lain:

1. Komplikasi pada otak

Penyakit stroke dan serangan *iskemi* sering terjadi pada pasien dengan hipertensi. *Resistensi vaskular serebral* akan meningkat dikarenakan efek hipertensi jangka panjang dan reduksi berlebihan

pada tekanan *perfusi arteri serebral* sehingga dapat meningkatkan *iskemia serebral*.

2. Komplikasi pada jantung

Komplikasi pada jantung karena *ventrikel* kiri mengalami *hipertrofi* sehingga dapat menyebabkan kekakuan pada dinding *atrium*, sehingga terjadi gagal *ventrikel* kiri (disfungsi sistol dan diastol) dan seringkali tanpa *dilatasi ventrikel*. Akibatnya penyakit jantung koroner sering terjadi pada penderita hipertensi yang menjadi penyebab tingginya kematian.

3. Komplikasi pada ginjal

Mikroalbuminuria dan *proteinuria dipstik* merupakan tanda awal *nefropati hipertensif*. Pengendalian tekanan darah memperlambat laju kerusakan ginjal. Pada ginjal, dampak awal dari terjadinya hipertensi dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah ginjal akibat tekanan darah yang meningkat. Pada dinding arteri *interlobularis* otot digantikan oleh jaringan *sklerotik*. Dinding *arteriol aferen* mengalami *hialinisasi deposit lipid* dan *glikoprotein subintima* yang keluar dari plasma. Kerusakan pada pembuluh resisten ini membuat *endotel kapiler glomerulus* terkena hipertensi yang rusak. Hal ini menurunkan aliran darah dan *filtrasi glomerulus* dan memacu *proteinuria*. Protein *inflamasi terekudasi* dari plasma dan akhirnya terjadi *sklerosis glomerular* atau *atrofi iskemik*.

4. Komplikasi pada mata

Pada penyakit hipertensi biasanya juga dapat menimbulkan *retinopati*, karena terjadi penyempitan atau *sklerosis lumen arteriol* pada retina (Agoes, 2009).

II.2.8 Penatalaksanaan hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan cara menggunakan obat-obatan ataupun dengan cara modifikasi gaya hidup. Modifikasi gaya hidup dapat dilakukan dengan membatasi asupan garam tidak lebih dari $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ sendok teh (6 gram/hari), menurunkan berat badan, menghindari minuman berkafein, rokok, dan minuman beralkohol. Olah raga juga dianjurkan bagi penderita hipertensi, dapat berupa jalan, lari, *jogging*, bersepeda selama 20-25 menit dengan frekuensi 3-5 x per minggu. Penting juga untuk cukup istirahat (6-8 jam) dan mengendalikan stres. Untuk pemilihan serta penggunaan obat-obatan hipertensi disarankan untuk berkonsultasi dengan dokter (Kemenkes RI, 2014).

Modifikasi gaya hidup yang penting yang terlihat menurunkan tekanan darah adalah mengurangi berat badan untuk individu yang obes atau gemuk, mengadopsi pola makan DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) yang kaya akan kalium dan kalsium, diet rendah natrium, aktifitas fisik, dan mengkonsumsi alkohol sedikit saja. Pada sejumlah pasien, pengontrolan tekanan darah cukup dengan terapi satu

obat antihipertensi, mengurangi garam dan berat badan dapat membebaskan pasien dari menggunakan obat (Depkes RI, 2006).

Jenis makanan yang harus dihindari atau dibatasi oleh penderita hipertensi adalah:

1. Makanan yang berkadar lemakjenuh tinggi (otak, ginjal, paru, minyak kelapa, gajih).
2. Makanan yang diolah dengan menggunakan garam natrium (*biscuit, crackers*, keripik dan makanan kering yang asin).
3. Makanan dan minuman dalam kaleng (sarden, sosis, korned, sayuran serta buah-buahan dalam kaleng, *soft drink*).
4. Makanan yang diawetkan (dendeng, asinan sayur/buah, abon, ikan asin, pindang, udang kering, telur asin, selai kacang).
5. Susu *full cream*, mentega, *margarine*, keju *mayonnaise*, serta sumber protein hewani yang tinggi kolesterol seperti daging merah (sapi/kambing), kuning telur, kulit ayam.
6. Bumbu-bumbu seperti kecap, maggi, terasi, saus tomat, saus sambal, tauco serta bumbu penyedap lain yang pada umumnya mengandung garam natrium.
7. Alkohol dan makanan yang mengandung alkohol seperti durian, tape (Kemenkes RI, 2014).

II.3 Media *Booklet*

II.3.1 Pengertian media

Media adalah perantara atau pengantar pesan dari pengirim ke penerima pesan. Berdasarkan pengertian ini tersirat bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu proses komunikasi yang terjadi dari pengirim pesan kepada penerima pesan. Pesan yang disampaikan tersebut dapat dilakukan melalui suatu saluran tertentu atau dengan menggunakan pengantar. Jadi, media pendidikan adalah perantara atau pengantar pesan tersebut (Supariasa, 2012).

Media pendidikan adalah alat-alat yang digunakan pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses pendidikan/pengajaran. Alat peraga ini dimaksudkan untuk mengarahkan indera sebanyak mungkin kepada suatu objek, sehingga mempermudah pemahaman (Notoatmodjo, 2003).

Alat peraga akan sangat membantu dalam melakukan penyuluhan agar pesan dapat disampaikan lebih jelas, dan masyarakat sasaran dapat menerima pesan tersebut dengan jelas dan tepat. Dengan alat peraga orang dapat lebih mengerti fakta kesehatan yang dianggap rumit, sehingga mereka dapat menghargai betapa bernilainya kesehatan itu bagi kehidupan (Notoatmodjo, 2003).

II.3.2 Manfaat media atau alat bantu pendidikan

Secara terperinci, manfaat alat peraga adalah sebagai berikut:

1. Menimbulkan minat sasaran pendidikan.
2. Mencapai sasaran yang lebih banyak.
3. Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman.
4. Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
5. Mempermudah penyampaian bahan Pendidikan/informasi oleh para pendidik/pelaku pendidikan.
6. Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan.
7. Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik.
8. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh (Notoatmodjo, 2003).

II.3.3 Kriteria pemilihan media pendidikan

Pemilihan media sesungguhnya tidak terlepas dari konteksnya bahwa media merupakan komponen dari sistem instruksional secara keseluruhan. Karena itu, meskipun tujuan dan isinya sudah diketahui, faktor-faktor lain seperti karakteristik siswa, strategi belajar mengajar, organisasi kelompok belajar, lokasi waktu dan sumber serta prosedur penilaiannya juga perlu dipertimbangkan (Supriasa, 2012).

Beberapa prinsip yang perlu dipertimbangkan dalam memilih media (Supriasa, 2012) antara lain:

1. Mengetahui dengan jelas untuk apa memilih media tersebut.
2. Tidak didasarkan atas kesenangan pribadi.
3. Menyadari bahwa tiap media memiliki kekuatan dan kekurangan, sehingga dapat dikatakan tidak semua media dapat dipakai untuk semua tujuan.
4. Media yang dipilih disesuaikan dengan materi yang akan disampaikan.
5. Pemakai harus memahami ciri-ciri media sehingga antara media dengan metode yang digunakan sesuai.
6. Pemilihan media disesuaikan dengan kondisi lingkungan.
7. Pemilihan media juga didasarkan atas tingkat kemampuan sasaran.

Di samping kesesuaiannya dengan tujuan perubahan perilaku belajarnya, setidaknya masih ada 4 faktor lain yang juga penting yang menyangkut sumber daya dan efektivitas media untuk diperhatikan dalam pemilihan media (Supriasa, 2012) yaitu:

1. Ketersediaan sumber setempat. Artinya bila media tersebut tidak terdapat pada sumber-sumber yang ada, maka harus dibeli atau dibuat sendiri.
2. Apakah untuk membeli atau memproduksi sendiri tersebut ada dana, tenaga dan fasilitasnya?
3. Faktor yang menyangkut keluwesan, kepraktisan dan ketahanan media yang bersangkutan untuk waktu yang lama. Artinya dapat

digunakan dimanapun dengan peralatan yang ada di sekitarnya dan kapanpun serta mudah dijinjing dan dipindahkan.

4. Efektivitas biaya dalam jangka waktu yang panjang. Sebab ada jenis media yang biaya produksinya mahal, seperti film bingkai. Namun bila dilihat kestabilannya materinya dan penggunaannya yang berulang-ulang untuk jangka waktu yang panjang mungkin lebih murah dari media yang biaya produksinya murah tetapi setiap waktu materinya harus diganti.

II.3.4 Jenis-jenis media pendidikan

Media pendidikan kesehatan merupakan saluran (channel) untuk menyampaikan informasi kesehatan yang digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media pendidikan dibagi menjadi tiga macam, yaitu:

1. Media cetak

Media cetak sebagai alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain *booklet*, *leaflet*, *flyer* (selebaran), *flip chart* (lembar balik), rubrik, poster, dan foto.

2. Media elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan berbeda-beda jenis, yaitu televisi, radio, video, *slide*, dan film strip.

3. Media papan (*billboard*)

Papan (*billboard*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

II.3.5 *Booklet* sebagai media pendidikan

Booklet adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar (Notoatmodjo, 2003). *Booklet* merupakan sebuah buku kecil yang terdiri dari tidak lebih dari 24 lembar. Isi *booklet* harus jelas, tegas dan mudah dimengerti. Ukuran *booklet* biasanya bervariasi mulai dari tinggi 8 cm sampai dengan 13 cm (Supariasa, 2012).

Booklet memiliki beberapa kelemahan dan kekuatan. Kekuatan *booklet* antara lain dapat disimpan, sasaran dapat menyesuaikan dan belajar mandiri, pengguna dapat melihat isinya pada saat santai, dapat membantu media lain, dapat memberikan detail (misalnya statistik) yang tidak mungkin disampaikan secara lisan, mengurangi kegiatan mencatat, dan isi dapat dicetak kembali. Kelemahan *booklet* antara lain menuntut kemampuan membaca, dan menuntut kemauan baca sasaran, terlebih pada masyarakat yang kebiasaan membacanya rendah (Supariasa, 2012).

Media cetak *booklet* digunakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang isu-isu kesehatan, karena *booklet* memberikan informasi dengan spesifik, dan banyak digunakan sebagai media alternatif untuk dipelajari setiap saat bila seseorang menghendakinya.

Untuk mencapai tujuan yang diinginkan tersebut perlu dilakukan suatu proses pendidikan kesehatan dengan menggunakan media karena keberhasilan proses pendidikan kesehatan yang dilakukan tergantung pada beberapa faktor, di antaranya kurikulum, sumber bahan ajar, termasuk sarana dan prasarana (Aini, 2011).

Manfaat media cetak *booklet* adalah sebagai berikut:

1. Menimbulkan minat sasaran pendidikan.
2. Membantu didalam mengatasi banyak hambatan.
3. Membantu sasaran pendidikan untuk belajar lebih banyak dan cepat.
4. Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
5. Mempermudah penyampaian bahasa pendidikan.
6. Mempermudah penemuan informasi oleh sasaran/Pendidikan.
7. Mendorong keinginan orang untuk mengetahui lalu mendalami dan akhirnya mendapat pengertian yang lebih baik (Aini, 2011).

II.4 Pengetahuan tentang hipertensi

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan

seseorang diperoleh melalui indra pendengaran telinga), dan indra penglihatan (mata) (Notoatmodjo, 2014).

Pengetahuan merupakan hasil stimulasi informasi yang diperhatikan dan diingat. Informasi tersebut bisa berasal dari pendidikan formal dan nonformal, percakapan, membaca, mendengarkan radio, menonton televisi, dan pengalaman hidup. Contoh pengalaman hidup yaitu pengalaman menyusui anak sebelumnya (Haryono & Setianingsih, 2014).

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi (Purwoastuti & Walyani, 2015).

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan adalah hasil tahu yang berasal dari penginderaan manusia mata, hidung, telinga, dan sebagainya) terhadap suatu objek tertentu informasi yang diperhatikan dan diingat yang diperoleh melalui pendidikan formal dan nonformal, percakapan, membaca, mendengarkan radio, menonton televisi, dan pengalaman hidup. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu:

1. Faktor internal: faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensia, minat, kondisi fisik.

2. Faktor eksternal: faktor dari luar diri, misalnya keluarga, sarana, masyarakat.
3. Faktor pendekatan belajar: faktor upaya belajar (Purwoastuti & Walyani, 2015).

Pengetahuan memiliki enam tingkatan, yaitu:

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

2. Memahami (*comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.

4. Analisis

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya dengan yang lain.

5. Sintesa

Sintesa menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan baru.

6. Evaluasi

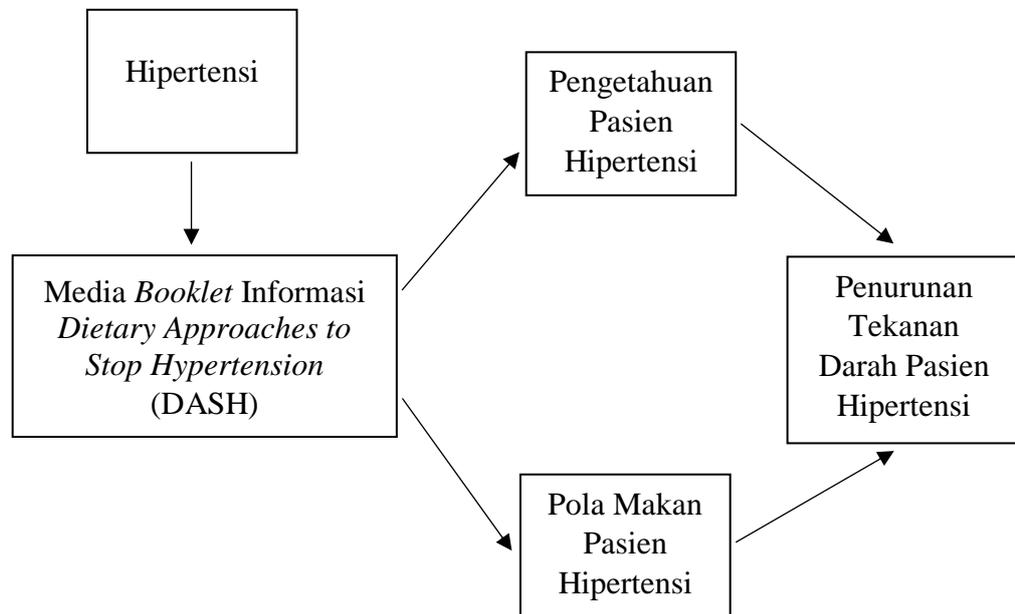
Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi/objek (Purwoastuti & Walyani, 2015).

Masyarakat yang sudah mempunyai pengetahuan lebih mendalam kaitannya dengan hipertensi baik mengenai gejala, penyebab, dan akibat hipertensi akan mendorong dirinya, keluarga dan masyarakat untuk bersikap mendukung pengendalian kemungkinan munculnya penyakit hipertensi. Bagi penderita hipertensi dapat mencari pengobatan dan berobat secara teratur sesuai petunjuk dokter atau tenaga medis (Dirhan, 2012).

Hasil penelitian Dirhan (2012) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna pengetahuan terhadap derajat sistol dan diastol tekanan darah pasien hipertensi. Semakin tinggi pengetahuan pasien hipertensi maka derajat sistol dan diastol akan semakin rendah.

Hasil penelitian Wijayanti dan Mulyadi (2018), menunjukkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan menggunakan *booklet* terhadap pemahaman pasien hipertensi. Bila pasien telah diberikan pendidikan kesehatan melalui *booklet*, maka pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi pun akan meningkat. Oleh sebab itu, upaya pencegahan melalui penyuluhan oleh tenaga kesehatan dan adanya media pendidikan kesehatan sangat penting dalam menambah wawasan pasien mengenai hipertensi.

II.5 Kerangka Teori



Gambar II.1 Kerangka Teori

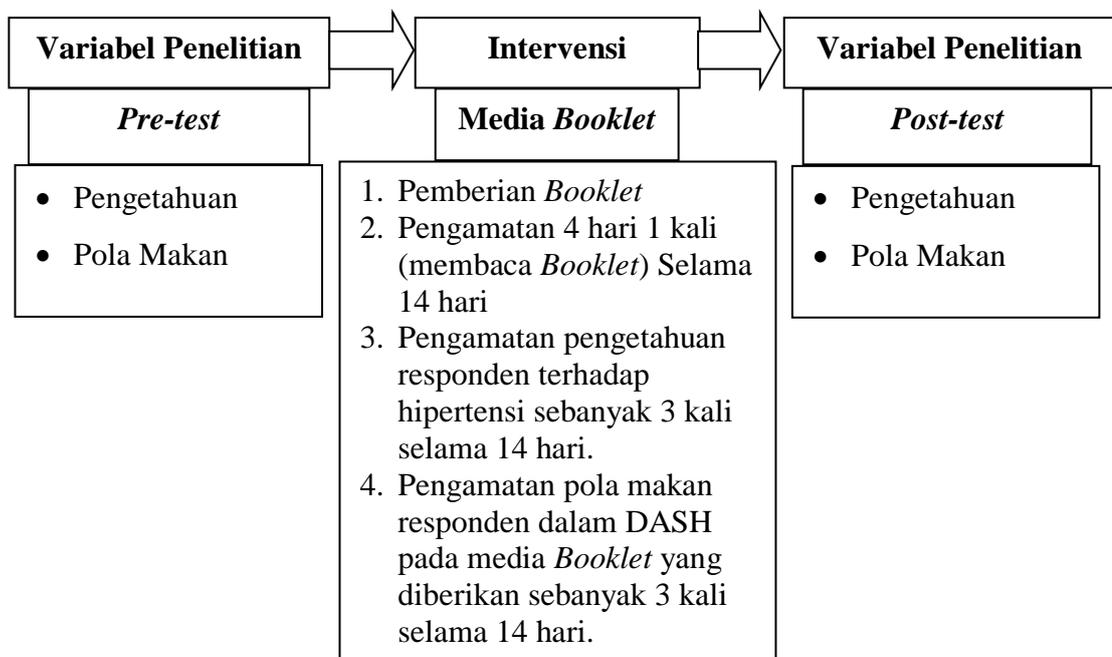
Sumber: Adaptasi dari Teori WHO (2013), Wahyuningsih (2013), Depkes RI (2006), dan Purwoastuti & Walyani (2015)

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL

III.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep tentang efektivitas media *booklet* informasi DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) pada pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) di Desa Muara Jekak Ketapang, adalah dengan memberikan *pre-test* terlebih dahulu kepada pasien hipertensi untuk mengetahui tingkat pengetahuan, dan pola konsumsi. Kemudian diberikan *booklet* tentang informasi DASH dan dievaluasi dengan *post-test* sehingga diketahui pengaruh edukasi menggunakan media *booklet* terhadap tingkatan pengetahuan dan pola konsumsi pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) di Desa Muara Jekak Ketapang. Secara skematis kerangka konsep dalam penelitian ini digambarkan sebagai berikut:



Gambar III.1 Kerangka Konsep

III.2 Variabel Penelitian

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah pengetahuan, dan pola makan pasien hipertensi (usia 35-44 tahun), dengan variabel kontrol yaitu pemberian media *booklet* tentang informasi DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*).

III.3 Definisi Operasional

Tabel III.1
Definisi Operasional

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Pengetahuan pasien hipertensi	Segala sesuatu yang pasien hipertensi tahu tentang informasi DASH sebelum dan sesudah diberikan <i>booklet</i> informasi DASH meliputi pengertian hipertensi dan faktor penyebab, definisi DASH, prinsip DASH, syarat DASH diet, komposisi makanan dalam DASH Diet (<i>Serving</i>), dan pengaturan makanan dalam DASH.	Wawancara	Kuesioner (<i>pretest-posttest</i>)	<i>Pretest:</i> 0 = Kurang baik, jika jumlah skor benar < 8,03. 1 = Baik, jika jumlah skor benar \geq 8,03. <i>Posttest:</i> 0 = Kurang baik, jika jumlah skor benar < 13,50. 1 = Baik, jika jumlah skor benar \geq 13,50.	Ordinal
2.	Pola makan pasien hipertensi	Cara atau usaha yang dilakukan oleh pasien hipertensi dalam pengaturan jumlah dan jenis makanan yang dapat memicu dan mencegah hipertensi.	Wawancara	<i>Food Frequency Questionnaire (FFQ)</i> (<i>pretest-posttest</i>)	a. Pola makan pemicu <i>Pretest:</i> 0 = Kurang baik, jika jumlah skor \geq 8,27, dan 1 = Baik, jika jumlah skor < 8,27. <i>Posttest:</i> 0 = Kurang baik, jika jumlah skor \geq 7,00, dan 1 = Baik, jika jumlah skor < 7,00.	Ordinal

**Tabel III.1
(Lanjutan)**

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
					b. Pola makan pencegah <i>Pretest:</i> 0 = Kurang baik, jika jumlah skor < 2,10. 1 = Baik, jika jumlah skor \geq 2,10. <i>Posttest:</i> 0 = Kurang baik, jika jumlah skor < 2,55. 1 = Baik, jika jumlah skor \geq 2,55.	Ordinal
3.	Pemberian media <i>booklet</i> informasi DASH	Pemberian penyuluhan tentang hipertensi menggunakan media <i>Booklet</i> informasi DASH (<i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i>) kepada pasien hipertensi di Desa Muara Jekak Ketapang dengan materi tentang definisi DASH, prinsip DASH, syarat DASH diet, komposisi makanan dalam DASH Diet (<i>Serving</i>), dan pengaturan makanan dalam DASH.	Memberikan penyuluhan kepada pasien hipertensi dengan memberikan evaluasi.	Media <i>booklet</i> tentang informasi DASH.	Peningkatan pengetahuan tentang hipertensi menggunakan informasi DASH untuk menurunkan tekanan darah pasien hipertensi	-

III.4 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini adalah hipotesis alternatif (H_a) sebagai berikut:

1. Terdapat perbedaan tingkat pengetahuan pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) sebelum dan sesudah diberi media *booklet* tentang informasi DASH di Desa Muara Jekak Ketapang.
2. Terdapat perbedaan pola makan (pemicu dan pencegah hipertensi) pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) sebelum dan sesudah diberi media *booklet* tentang informasi DASH di Desa Muara Jekak Ketapang.

BAB IV

METODE PENELITIAN

IV.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *pre-experimental design* dengan pendekatan *one group pretest-posttest* yaitu desain penelitian yang melibatkan satu kelompok yang diberi *pretest* sebelumnya kemudian diberi perlakuan dan diberi *posttest*. Keberhasilan perlakuan ditentukan dengan membandingkan nilai *pretest* dan *posttest* (Sugiyono, 2013). Pada penelitian ini, peneliti melakukan observasi pertama dengan memberikan *pretest* terlebih dahulu kemudian diberikan perlakuan menggunakan media *booklet* informasi DASH berselang waktu 2 minggu kemudian diberikan *posttest*. Bentuk desain penelitian ini digambarkan sebagai berikut:



Gambar IV.1 Skema Rancangan *One Group Pretest-Posttest*

Keterangan:

O₁ = Nilai *pretest* (Pengetahuan, pola makan pemicu dan pencegah hipertensi pada pasien hipertensi sebelum diberikan media *booklet* tentang informasi DASH)

O₂ = Nilai *posttest* (Pengetahuan, pola makan pemicu dan pencegah hipertensi pada pasien hipertensi sesudah diberikan media *booklet* tentang informasi DASH)

X = Perlakuan (Pemberian media *booklet* tentang informasi DASH)

IV.2 Prosedur Penelitian

Prosedur pada penelitian ini dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Memberikan *pretest* kepada responden sebagai objek penelitian dengan melakukan pemeriksaan tekanan darah, wawancara FFQ, dan mengisi lembaran kuesioner.
2. Memberikan *booklet* (media intervensi) kepada responden.
3. Melakukan 4 hari satu kali pengamatan sekepada responden terhadap keinginan responden dalam melihat atau membaca *booklet* yang telah diberikan selama 14 hari.
4. Melihat perubahan pengetahuan responden terhadap hipertensi sebanyak 3 kali selama 14 hari.
5. Mengamati pola makan responden yang telah dianjurkan dalam informasi DASH pada media *booklet* yang telah diberikan sebanyak 3 kali selama 14 hari.
6. Pada hari ke-15 dilakukan *posttest* dengan melakukan pemeriksaan tekanan darah, wawancara FFQ, dan mengisi lembaran kuesioner.

IV.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan selama 1 bulan, mulai dari bulan Oktober-November 2018 dengan mengambil lokasi di Desa Muara Jekak Kecamatan Sandai Kabupaten Ketapang.

IV.4 Populasi dan Sampel

IV.4.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan jumlah yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai karakteristik dan kualitas tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sujarweni, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah penderita hipertensi dengan tekanan darah sistol ≥ 140 mmHg dan diastol ≥ 90 mmHg dari rentang usia 35-44 tahun yang berjumlah 62 orang di Desa Muara Jekak.

IV.4.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari sejumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang digunakan untuk penelitian (Sujarweni, 2015). Ukuran sampel minimal yang layak dalam penelitian adalah antara 30 sampai dengan 500 (Roscoe, 1982 dalam Sugiyono, 2013). Pengambilan sampel dilakukan dengan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi

- a. Responden berusia 35-44 tahun.
- b. Responden yang memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg.
- c. Berdomisili di Desa Muara Jekak Ketapang.
- d. Bersedia menjadi responden dibuktikan dengan penandatanganan lembar *informed consent*.

- e. Responden tidak buta huruf dan bisa menulis dengan baik.
 - f. Mengikuti kegiatan penelitian baik *pretest* maupun *posttest*.
2. Kriteria eksklusi
- a. Tidak bersedia menjadi responden.
 - b. Tidak hadir saat penelitian.

Berdasarkan kriteria tersebut, maka jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 30 orang.

IV.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

IV.5.1 Teknik pengumpulan data

1. Data primer

Data primer pada penelitian ini dikumpulkan dengan cara sebagai berikut:

a. Wawancara

Wawancara adalah kegiatan tanya jawab antara dua orang atau lebih secara langsung. Wawancara dalam penelitian ini dilakukan dengan cara tatap muka antara peneliti dan responden menggunakan kuesioner. Wawancara dilakukan dengan menggunakan formulir *Food Frequency Questionnaire* (FFQ) untuk mengetahui pola makan responden (asupan makanan pemicu dan pencegah hipertensi), dan kuesioner pengetahuan sebanyak 20 pertanyaan tentang informasi DASH dalam bentuk *pretest* dan *posttest*.

b. Observasi

Observasi adalah suatu pengamatan secara langsung dengan sistematis terhadap gejala-gejala yang hendak diteliti. Observasi dalam penelitian ini dilakukan dengan cara melakukan pengamatan dengan mengukur tekanan darah responden sebelum dan sesudah diberikan *booklet* informasi DASH. Prosedur pengukuran tekanan darah responden dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Responden diminta untuk duduk di kursi yang disediakan sekitar 5 menit.
- 2) Membalutkan bagian tengah tangan atau sekitar 3 cm dari lekuk siku bagian dalam dengan selubung tensi meter dengan kencang namun jangan terlalu kencang sebab akan mempengaruhi kualitas pembacaan terhadap tensi meter.
- 3) Memastikan katup pelepas udara sudah tertutup.
- 4) Mengatur tekanan yang diberi tensi meter 30 sampai 40 mmHg lebih tinggi dari pembacaan *sistole* yang terakhir, misalnya apabila tensi responden yang sebelumnya adalah 120/80 mmHg maka diatur tekanan yang akan diberi tensi meter 160 mmHg.
- 5) Apabila prosesnya berjalan benar, maka secara perlahan selubung akan mengembang serta ketikan sudah mencapai tekanan yang ditentukan secara perlahan selubung akan

mengempis antara 2 sampai 5 mmHg/detik. Angka tersebut akan ditunjukkan pada layar tensi meter.

- 6) Mencatat angka yang ditunjukkan pada layar tensi meter. Apabila angka lebih tinggi berarti tekanan *sistole* dan jika rendah berarti tekanan *diastole*.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah semua data yang diperoleh secara tidak langsung dari objek penelitian. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dengan menggunakan teknik studi dokumen yaitu mengumpulkan data hipertensi dari WHO, Kementerian Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat, dan Puskesmas Sandai Tahun 2015-2017. Peneliti juga menggunakan buku-buku, jurnal-jurnal, dan artikel-artikel dari internet yang ada kaitannya dengan masalah penelitian.

IV.5.2 Instrumen pengumpulan data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan terdiri dari:

1. Wawancara menggunakan kuesioner pengetahuan untuk mengetahui pengetahuan responden sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*) diberikan media *booklet* tentang informasi DASH.
2. Formulir *Food Frequencies Questionnaire* (FFQ) untuk mengetahui pola makan pemicu dan pencegah hipertensi responden sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*) diberikan media *booklet* tentang informasi DASH.

3. Alat *sphygmomanometer* untuk mengukur tekanan darah responden sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*) diberikan media *booklet* tentang informasi DASH.

IV.5.3 Uji Instrumen penelitian

1. Uji validitas

Uji validitas digunakan untuk mengetahui kelayakan butir-butir dalam suatu daftar pertanyaan dalam mendefinisikan suatu variabel (Sujarweni, 2015). Uji validitas dalam penelitian ini dilakukan terhadap butir-butir pertanyaan dalam kuesioner pengetahuan menggunakan teknik korelasi *pearson product moment* dengan rumus sebagai berikut:

$$r = \frac{n\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

X = skor masing-masing *item*

Y = skor total *item*

n = jumlah data (Sujarweni, 2015)

Pengujian validitas dilakukan dengan cara membandingkan nilai r hitung dengan r tabel ($\alpha = 5\%$, *df (degree of freedom) = n-2 = 30-2 = 28*) = 0,312. Jika nilai r hitung > r tabel, maka butir pertanyaan dinyatakan valid. Jika nilai r hitung < r tabel, maka butir pertanyaan dinyatakan tidak valid (Sujarweni, 2015).

Hasil uji validitas 20 *item* pertanyaan tentang pengetahuan responden dalam penelitian ini disajikan pada tabel berikut:

Tabel IV.1
Hasil Uji Validitas

No	Item Pertanyaan	rhitung	rtabel	Keterangan
1.	P1	0,547	0,312	Valid
2.	P2	0,539	0,312	Valid
3.	P3	0,522	0,312	Valid
4.	P4	0,571	0,312	Valid
5.	P5	0,520	0,312	Valid
6.	P6	0,534	0,312	Valid
7.	P7	0,619	0,312	Valid
8.	P8	0,515	0,312	Valid
9.	P9	0,502	0,312	Valid
10.	P10	0,519	0,312	Valid
11.	P11	0,634	0,312	Valid
12.	P12	0,512	0,312	Valid
13.	P13	0,509	0,312	Valid
14.	P14	0,532	0,312	Valid
15.	P15	0,493	0,312	Valid
16.	P16	0,496	0,312	Valid
17.	P17	0,482	0,312	Valid
18.	P18	0,538	0,312	Valid
19.	P19	0,577	0,312	Valid
20.	P20	0,555	0,312	Valid

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan Tabel IV.1, menunjukkan bahwa semua *item* pertanyaan tentang pengetahuan responden dinyatakan valid karena nilai r hitung lebih besar dari r tabel.

2. Uji reliabilitas

Reliabilitas (keandalan) merupakan ukuran suatu kestabilan dan konsistensi responden dalam menjawab hal yang berkaitan dengan konstruk-konstruk pertanyaan yang merupakan dimensi suatu variabel dan disusun dalam suatu bentuk kuesioner

(Sujarweni, 2015). Teknik yang digunakan untuk uji reliabilitas kuesioner adalah uji *Alpha* dengan rumus sebagai berikut:

$$r = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Keterangan:

r = Koefisien *reliability* pertanyaan

k = Banyaknya butir pertanyaan

$\sum \sigma_b^2$ = Total *varians* butir

σ_t^2 = Total *varians*

Uji reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan cara membandingkan nilai *Alpha* dengan 0,60. Jika nilai *Alpha* > 0,60, maka reliabel (Sujarweni, 2015).

Hasil uji reliabilitas variabel pengetahuan disajikan pada tabel berikut:

Tabel IV.2
Hasil Uji Reliabilitas

Reliability Statistics

<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>N of Items</i>
.863	20

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan Tabel IV.2, menunjukkan bahwa nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,863 > 0,60, sehingga *item-item* pertanyaan dalam variabel pengetahuan dinyatakan reliabel sebagai alat pengumpul data dalam penelitian.

IV.6 Teknik Pengolahan dan Penyajian Data

IV.6.1 Teknik pengolahan data

Pengolahan data merupakan suatu metode yang digunakan oleh peneliti untuk mempermudah dalam pengolahan data hasil penelitian. Langkah-langkah pengolahan data sebagai berikut:

a. Penyuntingan data (*editing*)

Pengumpulan dan pemeriksaan hasil wawancara dengan responden menggunakan kuesioner yang sudah terkumpul, kemudian dilakukan penyuntingan data untuk melihat apakah semua lembar kuesioner sudah terisi atau belum. Apabila ada yang kurang atau tidak lengkap, maka akan dilakukan pengambilan data secara ulang untuk melengkapi jawaban yang kurang. Tetapi apabila tidak memungkinkan maka pertanyaan dari jawaban yang tidak lengkap tersebut tidak diolah atau dimasukan dalam pengolahan “*data missing*”.

b. Pengkodean (*coding*)

Lembar kuesioner yang sudah diisi tersebut diberi kode yang berisi nomor responden dan nomor-nomor pertanyaan untuk mempermudah peneliti dalam memasukan data.

c. Memasukan data (*data entry*)

Hasil pengkodean tersebut disesuaikan dengan jawaban dari masing-masing pertanyaan. Setelah itu dimasukan ke dalam program komputer.

d. Tabulasi

Membuat tabel maupun grafik hasil olahan data, disesuaikan dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan peneliti.

IV.6.2 Teknik penyajian data

Data pada penelitian ini akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan prosentase antar variabel disertai dengan narasi.

IV.7 Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang digunakan adalah analisis kuantitatif yang diolah menggunakan program komputer. Tahapan analisis sebagai berikut:

1. Uji normalitas

Data normalitas merupakan uji normalitas untuk mengetahui apakah data yang dibuat terdistribusi dengan normal atau tidak (Donsu, 2016). Uji normalitas data menggunakan metode *Shapiro-Wilk* (karena jumlah responden kurang dari 50). Kriteria data sampel terdistribusi secara normal apabila nilai $p \geq 0,05$.

2. Analisis univariat

Analisis univariat adalah Analisa data yang menganalisis satu variabel (Donsu, 2016). Analisis univariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui gambaran pengetahuan, pola makan (pemicu dan pencegah hipertensi), dan tekanan darah responden sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* tentang informasi DASH menggunakan statistik

deskriptif dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan prosentase disertai dengan narasi.

3. Analisis bivariat

Analisa bivariat yaitu analisa data yang menganalisis dua variabel (Donsu, 2016). Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui ada atau tidak ada perbedaan pengetahuan dan pola makan sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* tentang informasi DASH. Analisis bivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah uji beda dua rata-rata sampel berpasangan (*paired sample t-test*) untuk mengetahui adanya perbedaan rata-rata *pre-test* dan *post-test* pada variabel pengetahuan dan pola konsumsi (pemicu dan pencegah hipertensi). Uji beda dua rata-rata sampel berpasangan digunakan apabila distribusi data normal. Apabila distribusi data tidak normal, maka digunakan uji Wilcoxon (Sujarweni, 2015).

Hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut:

H_0 : Tidak terdapat perbedaan pengetahuan dan pola makan (pemicu dan pencegah hipertensi) pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* tentang informasi DASH di Desa Muara Jekak Ketapang.

H_a : Terdapat perbedaan pengetahuan dan pola makan (pemicu dan pencegah hipertensi) pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* tentang informasi DASH di Desa Muara Jekak Ketapang.

Pengujian dilakukan dengan cara membandingkan *p-value (sig)* dengan α (0,05) dengan kriteria keputusan sebagai berikut:

- a. Jika *p-value (sig)* $> 0,05$, maka H_0 diterima.
- b. Jika *p-value (sig)* $< 0,05$, maka H_0 ditolak (Sujarweni, 2015).

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

V.1 Hasil

V.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Puskesmas Sandai terletak di Jalan Pangeran Zainudin Kecamatan Sandai Kabupaten Ketapang yang merupakan Puskesmas kategori perawatan (rawat inap). Luas wilayah Kecamatan Sandai yang juga wilayah kerja Puskesmas Sandai adalah 1.779 km², terbagi dalam 13 (tiga belas desa). Salah satu desa yang termasuk dalam wilayah kerja Puskesmas Sandai adalah Desa Muara Jekak.

Desa Muara Jekak merupakan desa yang didirikan oleh Raja Raden Belangge pada masa Kerajaan Tanjung Pura. Berdasarkan hasil pemetaan pemerintah pada tanggal 19 Oktober 1978, Desa Muara Jekak resmi menjadi desa dengan tiga dusun yaitu Dusun Sungai Karim, Dusun Sungai Rusa dan Dusun Ndua. Luas wilayah Desa Muara Jekak secara keseluruhan yaitu ± 2.380 Ha.

Berdasarkan data Profil Desa Muara Jekak Kecamatan Sandai Kabupaten Ketapang tahun 2018, menunjukkan bahwa jumlah penduduk Desa Muara Jekak pada tahun 2017 sebanyak 2.665 jiwa terdiri dari laki-laki sebanyak 1.410 jiwa dan perempuan sebanyak 1.255 jiwa. Sebagian besar penduduk Desa Muara Jekak bekerja sebagai petani karet dan kelapa sawit.

Desa Muara Jekak Kecamatan Sandai Kabupaten Ketapang memiliki daerah perbatasan sebagai berikut:

- Sebelah Utara, berbatasan dengan Desa Alam Pakuan.
- Sebelah Selatan, berbatasan dengan Desa Sandai.
- Sebelah Timur, berbatasan dengan Desa Petai Patah.
- Sebelah Barat, berbatasan dengan Desa Istana.

V.1.2 Gambaran Proses Penelitian

Tahapan proses penelitian ini dideskripsikan sebagai berikut:

a. Tahapan persiapan

- 1) Mempersiapkan kuesioner *pretest* dan *posttest*, dan *form* FFQ, yang akan digunakan dengan terlebih dahulu melakukan konsultasi dengan pembimbing pertama dan kedua sampai dinyatakan siap digunakan untuk mewawancari responden.
- 2) Mempersiapkan *Sphygmomanometer* untuk mengukur tekanan darah sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* informasi DASH.
- 3) Mengurus dan mengajukan permohonan surat izin penelitian kepada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak yang ditujukan kepada Kepala UPTD Puskesmas Sandai, dan Kepala Desa Muara Jekak Kecamatan Sandai Kabupaten Ketapang dengan nomor: 740/II.3.AU.15/A/2018 tanggal 1 Oktober 2018 untuk mendapatkan izin penelitian.
- 4) Menyiapkan kamera untuk dokumentasi penelitian.

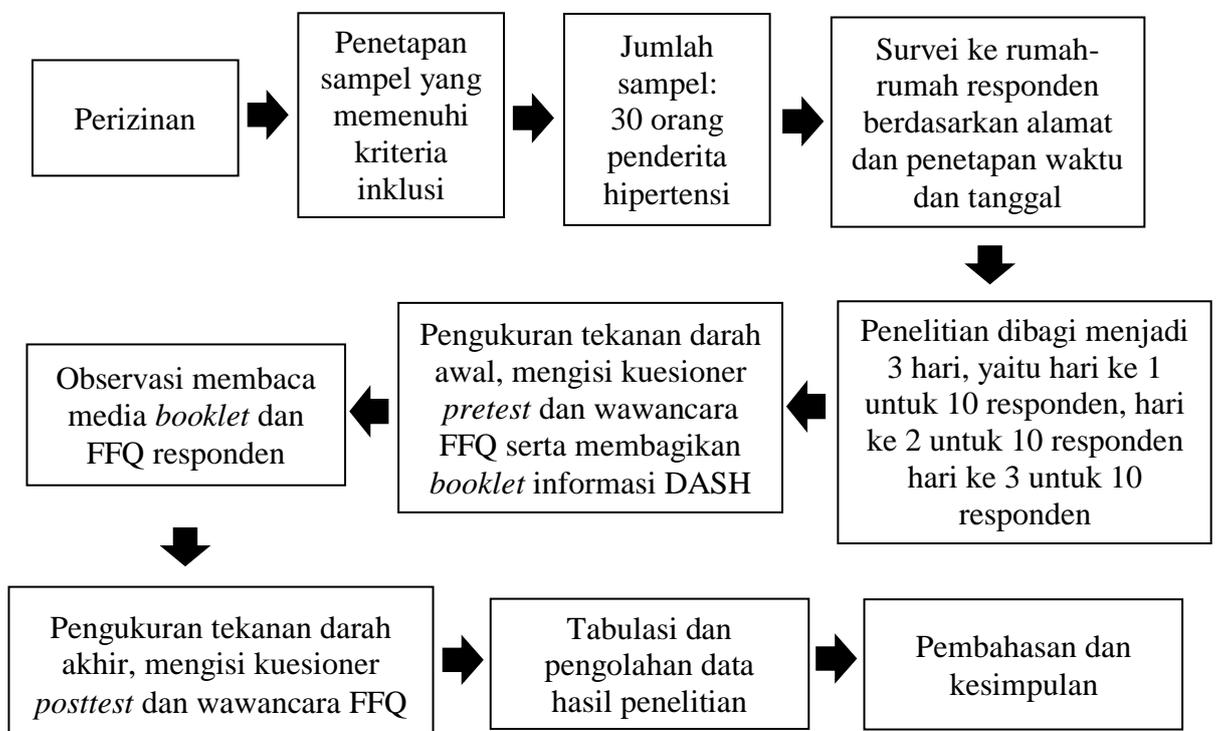
b. Tahap pelaksanaan

Kegiatan-kegiatan tahap pelaksanaan sebagai berikut:

- 1) Menemui responden dengan kegiatan sebagai berikut:
 - a) Memberikan *pretest* kepada responden sebagai objek penelitian dengan melakukan pemeriksaan tekanan darah, wawancara FFQ, dan mengisi lembaran kuesioner serta mengambil foto dokumentasi penelitian pada tanggal 4, 5, dan 6 Oktober 2018.
 - b) Memberikan *booklet* sebagai media intervensi kepada responden setelah memberikan *pretest* kepada responden pada tanggal 4, 5, dan 6 Oktober 2018.
 - c) Melakukan pengamatan (4 hari satu kali) terhadap keinginan responden dalam membaca media *booklet* yang telah diberikan selama 14 hari. Pengamatan I dilakukan pada tanggal 7, 8, dan 9 Oktober 2018, pengamatan II dilakukan pada tanggal 10, 11, dan 12 Oktober 2018, dan pengamatan III dilakukan pada tanggal 13, 14, dan 15 Oktober 2018.
 - d) Pada hari ke-15 dilakukan *posttest* dengan melakukan pemeriksaan tekanan darah, wawancara FFQ, dan mengisi lembaran kuesioner serta mengambil foto dokumentasi penelitian. Kegiatan ini dilakukan pada tanggal 18, 19, dan 20 Oktober 2018.

- 2) Melakukan pengecekan kuesioner satu per satu untuk melihat apakah kuesioner yang diisi sudah lengkap, tidak diisi, atau diisi lebih dari satu. Pengecekan dilakukan agar data yang dikumpulkan dapat diolah dan dianalisis.
- 3) Melaporkan kepada Kepala Tata Usaha Puskesmas Sandai bahwa penelitian telah selesai dilakukan. Pihak UPTD Puskesmas Sandai kemudian memberikan surat keterangan dengan nomor: 445/1601/TU, tanggal 20 Oktober 2018.
- 4) Melakukan tabulasi dan pengolahan data hasil penelitian ke dalam program komputer.
- 5) Membuat pembahasan dan kesimpulan hasil penelitian.

Tahapan proses penelitian digambarkan sebagai berikut:



Gambar V.1 Alur Proses Penelitian

V.1.3 Uji Normalitas

Uji normalitas data sampel pada penelitian ini menggunakan uji *Shapiro-Wilk*, karena jumlah sampel yang digunakan kurang dari 50 sebagai persyaratan analisis (Riwidikdo, 2013). Kriteria pengujian uji normalitas adalah jika $p \text{ value} \geq 0,05$, maka data berdistribusi normal. Hasil uji normalitas data disajikan pada tabel berikut:

Tabel V.1
Hasil Uji Normalitas

Variabel		<i>p</i>	Kesimpulan
Pengetahuan	<i>Pretest</i>	0,058	Data berdistribusi normal
	<i>Posttest</i>	0,303	Data berdistribusi normal
Pola konsumsi pemicu hipertensi	<i>Pretest</i>	0,269	Data berdistribusi normal
	<i>Posttest</i>	0,758	Data berdistribusi normal
Pola konsumsi pecegah hipertensi	<i>Pretest</i>	0,151	Data berdistribusi normal
	<i>Posttest</i>	0,469	Data berdistribusi normal

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel V.1, hasil uji normalitas data menggunakan uji *Shapiro-Wilk* menunjukkan bahwa data sampel *pretest* dan *posttest* variabel pengetahuan dan pola konsumsi pemicu dan pencegah hipertensi berdistribusi normal ($p > 0,05$).

V.1.4 Karakteristik Responden

1. Usia

Usia responden rata-rata, standar deviasi (SD), minimum dan maksimum dalam penelitian ini disajikan pada tabel berikut:

Tabel V.2
**Usia Responden Rata-rata, Standar Deviasi (SD),
Minimum, dan Maksimum**

Variabel	Rerata	SD	Minimum	Maksimum
Umur (Tahun)	39,73	3,805	35	44

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel V.2, dapat diketahui bahwa usia rata-rata responden adalah $39,73 \pm 3,805$ tahun dengan usia terendah 35 tahun dan tertinggi 44 tahun.

2. Jenis kelamin

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dibagi menjadi dua kategori yaitu laki-laki dan perempuan, disajikan pada tabel berikut:

Tabel V.3
Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis kelamin	n	%
Laki-laki	4	13,3
Perempuan	26	86,7
Jumlah	30	100

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel V.3, proporsi responden perempuan (86,7%) lebih banyak daripada responden laki-laki (13,3%).

3. Pendidikan

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pendidikan dibagi menjadi tiga kategori yaitu Sekolah Dasar (SD), Sekolah Menengah Pertama (SMP), dan Sekolah Menengah Atas (SMA), disajikan pada tabel berikut:

Tabel V.4
Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	n	%
SD	15	50,0
SMP	5	16,7
SMA	10	33,3
Jumlah	30	100

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel V.4, proporsi responden yang berpendidikan SD (50,0%) lebih banyak daripada responden yang berpendidikan SMA (33,3%), dan SMP (16,7%).

4. Pekerjaan

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pekerjaan dibagi menjadi dua kategori yaitu tidak bekerja, dan bekerja, disajikan pada tabel berikut:

Tabel V.5
Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	n	%
Tidak Bekerja	23	76,7
Bekerja (Petani, Swasta)	7	23,3
Jumlah	30	100

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel V.5, proporsi responden yang tidak bekerja (76,7%) lebih banyak daripada responden yang bekerja (23,3%).

V.1.5 Analisis Univariat

V.1.5.1 Tingkat Pengetahuan Pasien Hipertensi (Usia 35-44 Tahun) di Desa Muara Jekak Ketapang Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi

Berdasarkan hasil uji normalitas, menunjukkan bahwa data pengetahuan responden sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*) intervensi berdistribusi normal, sehingga pengkategorian berdasarkan pada nilai *mean*. Hasil tingkat pengetahuan responden tentang informasi DASH untuk pasien hipertensi, disajikan pada tabel berikut:

Tabel V.6
Skor Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah
Diberikan Intervensi

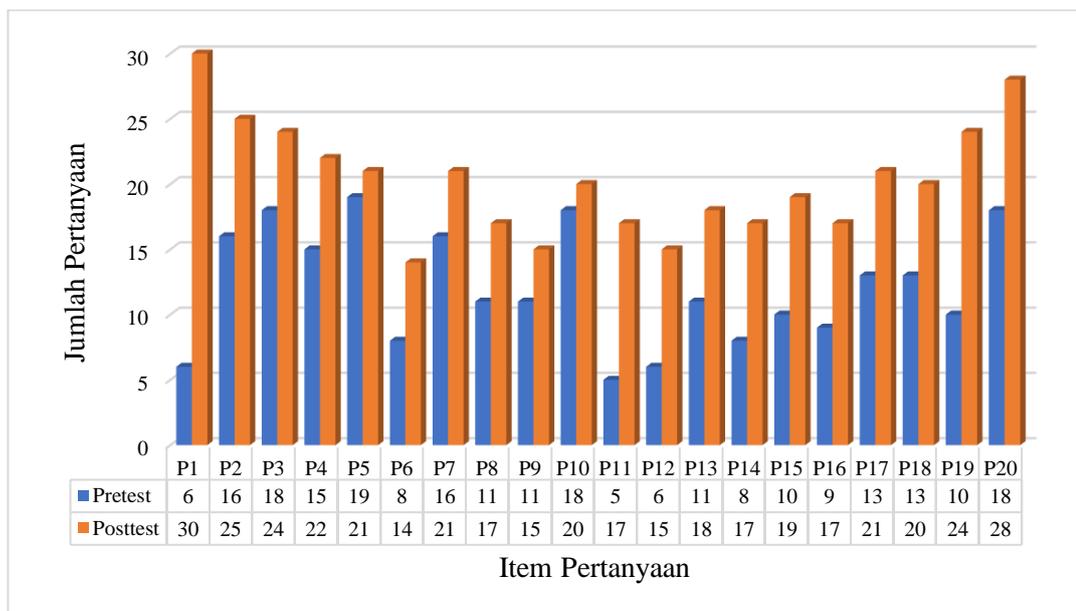
Pengetahuan	Mean	SD	Minimum	Maksimum
<i>Pretest</i>	8,03	4,398	1	17
<i>Posttest</i>	13,50	3,462	7	20

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel V.6, menunjukkan terjadi peningkatan rata-rata skor pengetahuan pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) di Desa Muara Jekak Ketapang sesudah diberikan intervensi menggunakan media *booklet* informasi DASH sebesar 5,47 dari skor $8,03 \pm 4,398$ saat *pretest* menjadi $13,50 \pm 3,462$ pada saat *posttest*.

Hasil analisis per *item* kuesioner pengetahuan responden sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*) diberikan intervensi disajikan pada gambar berikut:

Gambar V.2 Analisis Per Item Kuesioner Pengetahuan *Pretest* dan *Posttest* Responden yang Menjawab Benar



Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Gambar V.2, dapat diketahui bahwa pertanyaan yang mengalami peningkatan tertinggi adalah pertanyaan nomor 1 yaitu DASH adalah pola diet bagi penderita hipertensi. Pada saat *pretest*, responden banyak yang tidak mengetahui (80,0%) bahwa metode DASH sebagai salah satu pola diet bagi penderita hipertensi. Setelah diberikan intervensi dengan media *booklet* informasi DASH dan dilakukan *posttest* semua responden (100,0%) menjadi tahu jika metode DASH sebagai salah satu pola diet bagi penderita hipertensi.

Pada saat *pretest*, banyak responden yang tidak mengetahui pertanyaan nomor 19 tentang makanan apa yang dilarang dalam menjalani diet hipertensi (DASH) (66,7%). Setelah diberikan intervensi dengan media *booklet* informasi DASH terjadi peningkatan yang signifikan sebanyak 80,0% responden mengetahui makanan apa yang dilarang dalam menjalani diet hipertensi (DASH).

Sebanyak 83,3% responden pada saat diberikan *pretest* tidak mengetahui pertanyaan nomor 11 yaitu ikan, tahu, tempe merupakan protein yang dianjurkan untuk penderita hipertensi. Setelah diberikan intervensi dengan media *booklet* informasi DASH dan dilakukan *posttest* sebagian besar responden (56,7%) menjadi tahu jika ikan, tahu, tempe merupakan protein yang dianjurkan untuk penderita hipertensi.

Pertanyaan yang paling banyak dijawab salah oleh responden pada saat *pretest* adalah pertanyaan nomor 6 tentang tanda-tanda seseorang yang hipertensi (73,0%). Setelah diberikan intervensi dengan media *booklet* informasi DASH dan dilakukan *posttest*, masih banyak responden (53,3%) yang menjawab salah pertanyaan tersebut dengan persentase yang paling tinggi.

Pada saat *pretest*, sebanyak 80,0% menjawab salah pertanyaan nomor 12 tentang diet sehat yang dianjurkan bagi penderita hipertensi. Setelah diberikan intervensi dengan media *booklet* informasi DASH dan dilakukan *posttest*, masih banyak responden (50,0%) yang menjawab salah pertanyaan tersebut.

Pada saat *pretest*, sebanyak 63,3% menjawab salah pertanyaan nomor 9 tentang makan buah, sayur dan produk susu rendah lemak merupakan makanan yang dianjurkan kepada pasien hipertensi. Setelah diberikan intervensi dengan media *booklet* informasi DASH dan dilakukan *posttest*, masih banyak responden (50,0%) yang menjawab salah pertanyaan tersebut.

Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang informasi DASH untuk pasien hipertensi pada saat *pretest* dan *posttest*, disajikan pada tabel berikut:

Tabel V.7
Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi

Pengetahuan	<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>	
	n	%	n	%
Kurang Baik	18	60,0	13	43,3
Baik	12	40,0	17	56,7
Jumlah	30	100	30	100

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel V.7, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden (60,0%) memiliki pengetahuan kurang baik pada saat *pretest*. Setelah diberikan dan dilakukan *posttest*, menunjukkan bahwa sebagian besar responden (56,7%) memiliki pengetahuan baik tentang informasi DASH untuk pasien hipertensi. Artinya, terjadi peningkatan pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* informasi DASH untuk pasien hipertensi.

V.1.5.2 Pola Konsumsi Pasien Hipertensi (Usia 35-44 Tahun) di Desa Muara Jekak Ketapang Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi

Berdasarkan hasil uji normalitas, menunjukkan bahwa data pola konsumsi (pemicu dan pencegah hipertensi) responden sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*) diberikan intervensi berdistribusi normal, sehingga pengkategorian berdasarkan pada nilai *mean*. Hasil skor rata-rata (*mean*), standar deviasi, minimum, dan maksimum pola konsumsi (pemicu dan pencegah hipertensi) responden sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*) diberikan intervensi, disajikan pada tabel berikut:

Tabel V.8
Skor Pola Konsumsi (Pemicu dan Pencegah Hipertensi)
Responden Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi

Pola Konsumsi	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	Minimum	Maksimum
Pemicu				
<i>Pretest</i>	8,27	1,004	5,86	10,86
<i>Posttest</i>	7,00	1,106	4,71	9,43
Pencegah				
<i>Pretest</i>	2,10	0,572	1,29	3,29
<i>Posttest</i>	2,55	0,806	1,14	4,57

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel V.8, menunjukkan terjadi penurunan skor rata-rata pola konsumsi pemicu hipertensi responden sesudah diberikan intervensi menggunakan media *booklet* informasi DASH sebesar 1,27 dari skor $8,27 \pm 1,004$ saat *pretest* menjadi $7,00 \pm 1,106$ pada saat *posttest*. Skor rata-rata pola konsumsi pencegah hipertensi responden mengalami peningkatan sebesar 0,45 dari skor $2,10 \pm 0,572$ saat *pretest* menjadi $2,55 \pm 0,806$ pada saat *posttest*.

Distribusi frekuensi pola konsumsi (pemicu dan pencegah hipertensi) responden pada saat *pretest* dan *posttest*, disajikan pada tabel berikut:

Tabel V.9
Distribusi Frekuensi Pola Konsumsi (Pemicu dan Pencegah
Hipertensi) Responden Sebelum dan Sesudah
Diberikan Intervensi

Pola Konsumsi	<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>	
	n	%	n	%
Pemicu				
Kurang Baik	16	53,3	13	43,3
Baik	14	46,7	17	56,7
Pencegah				
Kurang Baik	16	53,3	11	36,7
Baik	14	46,7	19	63,3

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel V.9, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden (53,3%) memiliki pola konsumsi pemicu hipertensi kurang baik pada saat *pretest*. Setelah diberikan intervensi dan dilakukan *posttest*, menunjukkan bahwa sebagian besar responden (56,7%) memiliki pola konsumsi pemicu hipertensi baik. Artinya, terjadi penurunan pola konsumsi pemicu hipertensi sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* informasi DASH untuk pasien hipertensi.

Pola konsumsi pencegah hipertensi menunjukkan bahwa sebagian besar responden (53,3%) memiliki pola konsumsi kurang baik pada saat *pretest*. Setelah diberikan media *booklet* informasi DASH dan diberikan *posttest*, menunjukkan bahwa sebagian besar responden (63,3%) memiliki pola konsumsi pencegah hipertensi baik. Artinya, terjadi peningkatan pola konsumsi pencegah hipertensi sebelum dan sesudah diberikan *booklet* informasi DASH untuk pasien hipertensi.

Distribusi frekuensi konsumsi makanan pemicu hipertensi sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* informasi DASH disajikan pada tabel berikut:

Tabel V.10
Distribusi Frekuensi Konsumsi Makanan Pemicu Hipertensi
Berdasarkan Jenis Makanan Sebelum dan Sesudah Intervensi

Jenis Makanan Pemicu	Pretest					Posttest				
	Frekuensi Makan					Frekuensi Makan				
	≥ 1x/ hr n (%)	> 8x/ mgu n (%)	5-8x/ mgu n (%)	1-4x/ mgu n (%)	Tidak pernah n (%)	≥ 1x/ hr n (%)	> 8x/ mgu n (%)	5-8x/ mgu n (%)	1-4x/ mgu n (%)	Tidak pernah n (%)
Makanan Tinggi Kolesterol										
Daging kambing	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	29 (96,7)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	29 (96,7)
Telur bebek asin	1 (3,3)	18 (60,0)	11 (36,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	17 (56,7)	11 (36,7)	1 (3,3)	0 (0,0)
Telur ayam	1 (3,3)	15 (50,0)	14 (46,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	8 (26,7)	21 (70,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Cumi	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (56,7)	13 (43,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (56,7)	13 (43,3)
Makanan Tinggi Natrium										
Mie basah	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (16,7)	24 (80,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (16,7)	24 (80,0)
Biskuit	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (10,0)	27 (90,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (10,0)	27 (90,0)
Ikan asin kering	30 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	28 (93,3)	0 (0,0)	2 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Minyak dan Lemak										
Mentega	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (30,0)	21 (70,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (16,7)	24 (80,0)	1 (3,3)
Santan	0 (0,0)	2 (6,7)	26 (86,6)	2 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	19 (63,3)	11 (36,7)	0 (0,0)
Kelapa	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (13,3)	24 (80,0)	2 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	28 (93,4)	1 (3,3)
Minyak kelapa	0 (0,0)	2 (6,7)	25 (83,3)	3 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	15 (50,0)	15 (50,0)	0 (0,0)
Margarin	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (13,3)	26 (86,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,7)	28 (93,3)

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel V.10, dapat diketahui jenis makanan pemicu hipertensi tinggi kolesterol yang banyak dikonsumsi responden sebelum diberikan intervensi (*pretest*) adalah telur bebek asin yang dikonsumsi lebih dari 8x/minggu (60,0%), telur ayam yang dikonsumsi lebih dari 8x/minggu (50,0%), dan cumi yang dikonsumsi 1-4x/minggu (56,7%). Setelah diberikan intervensi dan dilakukan *posttest*, terjadi penurunan frekuensi responden yang makan telur bebek asin lebih dari 8x/minggu menjadi 56,7% dan yang makan telur ayam menjadi 5-8x/seminggu menjadi 26,7%,

sedangkan frekuensi responden yang makan cumi tidak mengalami perubahan.

Jenis makanan pemicu hipertensi tinggi natrium yang banyak dikonsumsi responden sebelum diberikan intervensi (*pretest*) adalah ikan asin kering yang dikonsumsi $\geq 1x/hari$ (100,0%). Setelah diberikan intervensi dan dilakukan *posttest* frekuensi responden yang makan ikan asin kering $\geq 1x/hari$ mengalami penurunan menjadi 93,3%.

Jenis makanan pemicu hipertensi yang mengandung lemak dan minyak yang banyak dikonsumsi responden sebelum diberikan intervensi (*pretest*) adalah santan yang dikonsumsi 5-8x/ minggu (86,6%), minyak kelapa yang dikonsumsi 5-8x/minggu (83,3%), kelapa yang dikonsumsi 1-4x/minggu (80,0%), dan mentega yang dikonsumsi 1-4x/minggu (70,0%). Setelah diberikan intervensi dan dilakukan *posttest*, frekuensi konsumsi santan mengalami penurunan menjadi 63,3% dengan frekuensi makan 5-8x/minggu, dan minyak kelapa menjadi 50,0% dengan frekuensi makan 5-8x/minggu.

Distribusi frekuensi konsumsi makanan pencegah hipertensi sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* informasi DASH disajikan pada tabel berikut:

Tabel V.11
Distribusi Frekuensi Konsumsi Makanan Pencegah Hipertensi
Berdasarkan Jenis Makanan Sebelum dan Sesudah Intervensi

Jenis Makanan Pencegah	Pretest					Posttest				
	Frekuensi Makan					Frekuensi Makan				
	1-2x/ hr n (%)	3x/ mgu n (%)	2x/ mgu n (%)	1x/ mgu n (%)	Tidak pernah n (%)	1-2x/ hr n (%)	3x/ mgu n (%)	2x/ mgu n (%)	1x/ mgu n (%)	Tidak pernah n (%)
Sayuran										
Tomat	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (13,3)	23 (76,7)	3 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (23,3)	22 (73,4)	1 (3,3)
Kentang	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (33,3)	18 (60,0)	2 (6,7)	0 (0,0)	5 (16,7)	15 (49,9)	8 (26,7)	2 (6,7)
Wortel	1 (3,3)	0 (0,0)	4 (13,3)	19 (63,4)	6 (20,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	12 (40,0)	12 (40,0)	5 (16,7)
Sawi	12 (40,0)	6 (20,0)	8 (26,7)	2 (6,7)	2 (6,7)	13 (43,3)	12 (40,0)	3 (10,0)	1 (3,3)	1 (3,3)
Kembang kol	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	29 (96,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (10,0)	27 (90,0)
Bayam	4 (13,3)	6 (20,0)	5 (16,7)	12 (40,0)	3 (10,0)	6 (20,0)	7 (23,3)	9 (30,0)	7 (23,3)	1 (3,3)
Buncis	1 (3,3)	1 (3,3)	2 (6,7)	19 (63,4)	7 (23,3)	1 (3,3)	3 (10,0)	9 (30,0)	14 (46,7)	3 (10,0)
Buah-buahan										
Pisang	0 (0,0)	4 (13,3)	4 (13,3)	18 (60,1)	4 (13,3)	0 (0,0)	11 (36,7)	1 (3,3)	12 (40,0)	6 (20,0)
Pepaya	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	8 (26,7)	21 (70,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	8 (26,7)	21 (70,0)
Sumber Protein Hewani										
Tongkol	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	19 (66,7)	9 (30,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,7)	21 (70,0)	7 (23,3)
Ayam tanpa kulit	0 (0,0)	1 (3,3)	7 (23,3)	20 (66,7)	2 (6,7)	0 (0,0)	2 (6,7)	12 (40,0)	14 (46,7)	2 (6,7)

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel V.11 dapat diketahui jenis makanan pencegah hipertensi yang mengalami peningkatan frekuensi makan terdiri dari sayuran (sawi, bayam, buncis, tomat, kentang dan tomat), buah-buahan (pisang dan pepaya), dan sumber protein hewani (ikan tongkol dan ayam tanpa kulit).

Jenis sayuran yang banyak dikonsumsi responden sebelum diberikan intervensi (*pretest*) adalah sawi yang dikonsumsi 1-2x/hari (40,0%), kentang yang dikonsumsi 2x/minggu (33,3%), bayam yang dikonsumsi 2x/minggu (16,7%), wortel yang dikonsumsi 2x/minggu

(13,3%), dan buncis yang dikonsumsi 2x/minggu (6,7%). Setelah diberikan intervensi dan dilakukan *posttest*, responden yang mengonsumsi sawi meningkat menjadi 43,3% dengan frekuensi makan 1-2x sehari, konsumsi kentang meningkat menjadi 49,9% dengan frekuensi makan 2x/minggu, konsumsi bayam meningkat menjadi 30,0% dengan frekuensi makan 2x/minggu, konsumsi wortel meningkat menjadi 40,0% dengan frekuensi makan 2x/minggu, dan konsumsi bayam meningkat menjadi 30,0% dengan frekuensi makan 2x/minggu.

Jenis buah-buahan yang banyak dikonsumsi responden sebelum diberikan intervensi (*pretest*) adalah pisang (13,3%) dengan frekuensi makan 3x/minggu dan pepaya (26,7%) dengan frekuensi makan 1x/minggu. Setelah diberikan intervensi dan dilakukan *posttest*, responden yang mengonsumsi pisang meningkat menjadi 36,7% dengan frekuensi makan 3x/minggu. Namun, responden yang mengonsumsi pepaya pada saat *posttest* tidak mengalami perubahan.

Jenis makanan sumber protein hewani yang banyak dikonsumsi responden sebelum diberikan intervensi (*pretest*) adalah ikan tongkol (66,7%) dengan frekuensi makan 1x/minggu dan ayam tanpa kulit (23,3%) dengan frekuensi makan 2x/minggu. Setelah diberikan intervensi dan dilakukan *posttest*, responden yang mengonsumsi ikan tongkol meningkat menjadi 70,0% dengan frekuensi makan 1x/minggu, dan responden yang mengonsumsi

ayam tanpa kulit meningkat menjadi 40,0% dengan frekuensi makan 2x/minggu.

V.1.5.3 Tekanan Darah Pasien Hipertensi (Usia 35-44 Tahun) di Desa Muara Jekak Ketapang Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi

Hasil tekanan darah (sistolik dan diastolik) responden rata-rata, standar deviasi (SD), minimum dan maksimum, disajikan pada tabel berikut:

Tabel V.12
Tekanan Darah (Sistolik dan Diastolik) Responden
Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi

Tekanan Darah (mmHg)	<i>Mean</i>	SD	Minimum	Maksimum
Sistolik				
<i>Pretest</i>	143,00	4,661	140	150
<i>Posttest</i>	130,33	10,662	120	150
Diastolik				
<i>Pretest</i>	89,67	1,826	80	90
<i>Posttest</i>	85,33	5,074	80	90

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel V.12, menunjukkan terjadi penurunan rata-rata tekanan darah sistolik responden sesudah diberikan intervensi menggunakan media *booklet* informasi DASH sebesar 12,67 mmHg dari $143,00 \pm 4,661$ mmHg saat *pretest* menjadi $130,33 \pm 10,662$ mmHg pada saat *posttest*. Rata-rata tekanan darah diastolik responden mengalami penurunan sesudah diberikan intervensi sebesar 4,34 mmHg dari $89,67 \pm 1,826$ mmHg saat *pretest* menjadi $85,33 \pm 5,074$ mmHg pada saat *posttest*.

Distribusi frekuensi tekanan darah (sistolik dan diastolik) responden pada saat *pretest* dan *posttest*, disajikan pada tabel berikut:

Tabel V.13
Distribusi Frekuensi Tekanan Darah (Sistolik dan Diastolik)
Responden Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi

Tekanan Darah	<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>	
	n	%	n	%
Sistolik				
Normal (< 120 mmHg)	0	0,0	0	0,0
Prahipertensi (120-139 mmHg)	0	0,0	21	70,0
Hipertensi Tahap 1 (140-159 mmHg)	30	100,0	9	30,0
Hipertensi Tahap 2 (\geq 160 mmHg)	0	0,0	0	0,0
Diastolik				
Normal (< 80 mmHg)	0	0,0	0	0,0
Prahipertensi (80-89 mmHg)	0	0,0	14	46,7
Hipertensi Tahap 1 (90-99 mmHg)	30	100,0	16	53,3
Hipertensi Tahap 2 (\geq 100 mmHg)	0	0,0	0	0,0

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel V.13, dapat diketahui pada saat *pretest* semua responden (100,0%) memiliki tekanan darah sistolik hipertensi tahap 1 (140-159 mmHg). Setelah dilakukan intervensi dan diberikan *posttest*, menunjukkan sebagian besar responden (70,0%) memiliki tekanan darah sistolik prahipertensi (120-139 mmHg). Artinya, terjadi penurunan tekanan darah sistolik responden sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* informasi DASH untuk pasien hipertensi.

Hasil tekanan darah diastolik responden menunjukkan bahwa pada saat *pretest* semua responden (100,0%) memiliki tekanan darah hipertensi tahap 1 (90-99 mmHg). Setelah dilakukan intervensi dan diberikan *posttest*, menunjukkan bahwa sebagian besar responden

(70,0%) memiliki tekanan darah diastolik hipertensi tahap 1 (90-99 mmHg). Artinya, terjadi penurunan tekanan darah diastolik responden sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* informasi DASH.

V.1.6 Analisis Bivariat

V.1.6.1 Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pasien Hipertensi (Usia 35-44 Tahun) Sebelum dan Sesudah Diberikan Media *Booklet* Informasi DASH di Desa Muara Jekak Ketapang

Berdasarkan hasil uji normalitas data, menunjukkan bahwa data pengetahuan responden pada saat *pretest* dan *posttest* berdistribusi normal, sehingga digunakan *paired sample t-test* (uji t berpasangan) untuk mengetahui perbedaan rata-rata *pretest* dan *posttest* pengetahuan responden. Hasil uji statistik t berpasangan pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* informasi DASH dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel V.14
Hasil Uji Hipotesis dengan Uji T Berpasangan
Pengetahuan Responden tentang Informasi DASH

Pengetahuan	N	Mean ± SD	Beda Mean	p value
<i>Pretest</i>	30	8,03 ± 4,398	5,47	0,000
<i>Posttest</i>	30	13,50 ± 3,462		

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel V.14, diperoleh nilai *p value* 0,000 < 0,05, maka H_0 ditolak dan H_a diterima, artinya ada perbedaan yang bermakna antara tingkat pengetahuan pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* informasi DASH di Desa Muara Jekak Ketapang. Tingkat pengetahuan pasien

hipertensi rata-rata meningkat sebesar 5,47 dari skor $8,03 \pm 4,398$ sebelum diberikan intervensi menjadi $13,50 \pm 3,462$ sesudah diberikan intervensi.

V.1.6.2 Perbedaan Pola Konsumsi Pasien Hipertensi (Usia 35-44 Tahun) Sebelum dan Sesudah Diberikan Media *Booklet* Informasi DASH di Desa Muara Jekak Ketapang

Berdasarkan hasil uji normalitas data, menunjukkan bahwa data pola konsumsi (pemicu dan pencegah hipertensi) responden pada saat *pretest* dan *posttest* berdistribusi normal, sehingga digunakan uji statistik t berpasangan untuk mengetahui perbedaan rata-rata *pretest* dan *posttest* pola konsumsi (pemicu dan pencegah hipertensi) responden. Hasil uji statistik t berpasangan pola konsumsi (pemicu dan pencegah hipertensi) responden sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* informasi DASH dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel V.15
Hasil Uji Hipotesis dengan Uji T Berpasangan Pola Konsumsi (Pemicu dan Pencegah Hipertensi) Responden

Pola Konsumsi	N	Mean \pm SD	Beda Mean	p value
Pemicu				
<i>Pretest</i>	30	$8,26 \pm 1,004$	1,26	0,000
<i>Posttest</i>	30	$7,00 \pm 1,106$		
Pencegah				
<i>Pretest</i>	30	$2,10 \pm 0,572$	0,45	0,000
<i>Posttest</i>	30	$2,55 \pm 0,806$		

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel V.15, diperoleh nilai *p value* pola konsumsi pemicu hipertensi $0,000 < 0,05$ dan pencegah hipertensi $0,000 < 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima, artinya ada

perbedaan yang bermakna antara pola konsumsi (pemicu dan pencegah hipertensi) pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* informasi DASH di Desa Muara Jekak Ketapang.

Pola konsumsi pemicu hipertensi pada pasien hipertensi mengalami penurunan sebesar 1,26 dari skor $8,26 \pm 1,004$ sebelum diberikan intervensi menjadi $7,00 \pm 1,106$ sesudah diberikan intervensi. Pola konsumsi pencegah hipertensi pada pasien hipertensi meningkat sebesar 0,45 dari skor $2,10 \pm 0,572$ sebelum diberikan intervensi menjadi $2,55 \pm 0,806$ sesudah diberikan intervensi.

V.2 Pembahasan

V.2.1 Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pasien Hipertensi (Usia 35-44 Tahun) Sebelum dan Sesudah Diberikan Media *Booklet* Informasi DASH di Desa Muara Jekak Ketapang

Pada analisis bivariat dilakukan uji statistik t berpasangan, menunjukkan terdapat perbedaan bermakna antara pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* informasi DASH ($p \text{ value} = 0,000$). Hal ini membuktikan bahwa media *booklet* informasi DASH efektif dalam meningkatkan pengetahuan pasien hipertensi tentang informasi DASH untuk pasien hipertensi. Berdasarkan analisis univariat, terjadi peningkatan rata-rata skor pengetahuan sebesar 5,47 dari skor $8,03 \pm 4,398$ saat *pretest* menjadi $13,50 \pm 3,462$ pada saat *posttest*.

Pada saat *pretest* diperoleh 12 orang (40,0%) yang memiliki pengetahuan baik, berarti lebih dari setengah dari total responden memiliki pengetahuan kurang baik tentang informasi DASH. Setelah dilakukan intervensi dengan memberikan media *booklet* informasi DASH dan dilakukan *posttest* diperoleh sebanyak 17 orang (56,7%) yang memiliki pengetahuan baik yang berarti terjadi peningkatan pengetahuan responden sebesar 16,7%. Ini sejalan dengan penelitian Sulastri (2017), menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan responden yang memiliki pengetahuan baik (53,3%) pada saat *pretest* menjadi 83,3% pada saat *posttest*.

Pengetahuan merupakan hasil tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Hasil penelitian membuktikan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada yang tidak didasari pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

Tinggi rendahnya pengetahuan seseorang dapat disebabkan karena tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah sekolah dasar (50,0%). Tingkat pengetahuan responden secara formal memang rendah, dimana kehidupan orang di desa masih jarang bersekolah hingga tamat pada pendidikan yang lebih tinggi. Keterbatasan pendidikan juga dapat berpengaruh terhadap pola hidup sehat.

Pengetahuan pasien tentang hipertensi merupakan salah satu faktor dalam mencapai kontrol tekanan darah. Pengaruh kurangnya kontrol

tekanan darah pasien dikarenakan kurangnya pengetahuan tentang hipertensi. Pengetahuan tentang hipertensi dapat diperoleh melalui konseling pada pasien serta penyuluhan. Semakin baik pengetahuan pasien tentang hipertensi akan berpengaruh pada cara seseorang merawat dirinya agar tekanan darah tidak lagi tinggi. Kurangnya pengetahuan berdampak pada sikap seseorang dalam merawat dirinya sendiri (Palimbong, 2018).

Salah satu faktor yang berpengaruh pada perilaku kesehatan adalah tingkat pendidikan karena dapat membentuk pola berpikir, pola persepsi dan sikap pengambilan keputusan seseorang. Pendidikan yang meningkat dapat mengajarkan individu mengambil keputusan terbaik. Tingkat pendidikan yang rendah tidak selamanya menghambat seseorang untuk belajar dari media lain, seperti televisi, koran, majalah, radio dan pengalaman-pengalaman orang lain (Hernawan & Arafah, 2012). Keadaan ini tercermin pada responden yang sebagian besar memiliki pendidikan rendah yaitu sekolah dasar, namun memiliki pengetahuan yang baik tentang hipertensi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sulastri (2017), menunjukkan ada perbedaan bermakna antara pengetahuan pasien hipertensi sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* informasi DASH ($p = 0,013 < 0,05$). Pada saat *pretest*, rerata skor pengetahuan pasien hipertensi sebesar 10,00 meningkat menjadi 13,00 pada saat *posttest*. Penggunaan media *booklet* informasi DASH efektif untuk meningkatkan pengetahuan pasien hipertensi.

Penelitian dengan hasil yang sama dilakukan Wijayanti dan Mulyadi (2018), menunjukkan ada pengaruh yang bermakna antara pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* terhadap pemahaman pasien hipertensi ($p = 0,000 < 0,05$). Rerata skor pemahaman pasien sebelum diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* sebesar $7,15 \pm 1,623$, sesudah diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* meningkat menjadi sebesar $17,70 \pm 2,433$. Penggunaan media *booklet* yang digunakan dalam proses pendidikan kesehatan efektif dalam membantu meningkatkan pemahaman pasien tentang penyakit hipertensi.

Hasil penelitian Nuraeni (2017), menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan sebelum dan setelah diberikan media pembelajaran *booklet* sebesar 12,72 (standar deviasi = 13,849) dengan tingkat kepercayaan 95% diperoleh $p \text{ value} = 0,012 < 0,05$. Media pembelajaran *booklet* yang digunakan dalam proses pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang penyakit hipertensi.

Pada saat *pretest*, sebagian besar responden banyak yang menjawab salah *item-item* pertanyaan pengetahuan. Responden paling banyak menjawab salah pertanyaan nomor 11 tentang protein yang dianjurkan untuk penderita hipertensi sebanyak 25 orang (83,3%), pertanyaan nomor 1 tentang DASH adalah pola diet bagi penderita hipertensi sebanyak 24 orang (80,0%), dan pertanyaan nomor 12 tentang diet sehat yang dianjurkan bagi penderita hipertensi sebanyak 24 orang (80,0%). Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan responden sebelum diberikan media *booklet* informasi

DASH masih rendah karena kurang mendapatkan pendidikan kesehatan yang memadai tentang penyakit hipertensi.

Pada saat *posttest*, terjadi peningkatan jumlah responden yang menjawab benar *item-item* pertanyaan pengetahuan. Namun, masih ada responden yang menjawab salah pertanyaan nomor tentang tanda-tanda seseorang yang hipertensi sebanyak 16 orang (53,3%), pertanyaan nomor 9 tentang makanan (buah, sayur dan produk susu rendah lemak) yang dianjurkan kepada pasien hipertensi sebanyak 15 orang (50,0%), dan pertanyaan nomor 12 tentang diet sehat yang dianjurkan bagi penderita hipertensi sebanyak 15 orang (50,0%). Hal ini dikarenakan responden tidak membaca dengan baik media *booklet* informasi DASH yang diberikan berdasarkan hasil observasi yang dilakukan sebanyak 3 kali selama 14 hari. Responden hanya membaca sekilas media *booklet* informasi DASH yang diberikan.

Rendahnya minat baca responden terhadap media *booklet* informasi DASH yang diberikan karena motivasi yang kurang dari responden untuk membaca konten *booklet*. Konten tulisan yang terlalu kecil dan warna konten yang agak pudar menjadi faktor kurangnya minat baca responden terhadap media *booklet* karena pengaruh hasil cetak media *booklet* yang kurang baik, sehingga kurang menarik untuk dibaca oleh responden.

Booklet merupakan media komunikasi yang termasuk dalam kategori media lini bawah (*below the line media*). Sesuai sifat yang melekat pada media lini bawah, pesan yang ditulis pada media tersebut berpedoman

pada beberapa kriteria yaitu menggunakan kalimat pendek, sederhana, singkat, ringkas, menggunakan huruf besar dan tebal. Selain itu penggunaan huruf tidak kurang dari 10 *point*, dikemas menarik dan kata yang digunakan ekonomis (Indriani, 2018).

Media *booklet* umumnya digunakan dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan tentang isu-isu kesehatan karena *booklet* memberikan informasi dengan spesifik dan banyak digunakan sebagai media alternatif untuk dipelajari pada setiap saat bila seseorang menghendaknya. Pencapaian tujuan tersebut dapat dicapai dengan melakukan proses pendidikan kesehatan dengan menggunakan media karena keberhasilan proses pendidikan kesehatan sangat tergantung pada tiga faktor yaitu kurikulum, sumber bahan ajar, termasuk sarana dan prasarana (Aini, 2011).

Pendidikan kesehatan adalah salah satu bentuk promosi kesehatan dan merupakan upaya yang dilakukan untuk memberikan kesempatan kepada individu untuk belajar dengan berbagai bentuk komunikasi yang didesain untuk mengembangkan pengetahuan tentang kesehatan dan mengembangkan keterampilan yang kondusif untuk kesehatan individu dan komunitas. Pendidikan kesehatan tidak hanya sebatas penyebaran informasi kesehatan tetapi juga membangkitkan motivasi, keterampilan dan rasa percaya diri seseorang dalam mengambil tindakan untuk peningkatan kesehatan (WHO, 2012).

Rerata adanya perbedaan pengetahuan yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan *booklet* informasi DASH untuk pasien hipertensi mengindikasikan bahwa pendidikan kesehatan tentang informasi DASH dapat menambah pengetahuan masyarakat. Pengetahuan pasien hipertensi meningkat setelah diberikan pendidikan kesehatan menggunakan media *booklet* informasi DASH. Adanya peningkatan pengetahuan tersebut disebabkan karena metode dan alat bantu yang digunakan cukup tepat dan didukung oleh observasi yang dilakukan terhadap pasien hipertensi untuk membaca isi *booklet*.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa media *booklet* informasi DASH sebagai media promosi kesehatan sangat efektif dalam meningkatkan pengetahuan pasien hipertensi di Desa Muara Jekak Ketapang. Diharapkan pasien hipertensi lebih aktif membaca konten *booklet* informasi DASH agar dapat memahami isi *booklet* secara menyeluruh, sehingga pengetahuan pasien hipertensi meningkat karena mendapatkan pemahaman yang lebih lengkap tentang informasi DASH.

V.2.2 Perbedaan Pola Konsumsi Pasien Hipertensi (Usia 35-44 Tahun) Sebelum dan Sesudah Diberikan Media *Booklet* Informasi DASH di Desa Muara Jekak Ketapang

Berdasarkan hasil analisis bivariat menggunakan *paired sample t-test*, menunjukkan terdapat perbedaan bermakna antara pola konsumsi pemicu ($p\ value = 0,000$) dan pencegah ($p\ value = 0,000$) hipertensi sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* informasi DASH. Hal ini membuktikan bahwa media *booklet* informasi DASH efektif dalam

meningkatkan pola konsumsi (pemicu dan pencegah hipertensi) pasien hipertensi.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa terdapat peningkatan nilai rata-rata skor pola konsumsi (pemicu dan pencegah hipertensi). Rerata pola konsumsi pemicu mengalami penurunan sebesar 1,26 dari skor $8,26 \pm 1,004$ saat *pretest* menjadi $7,00 \pm 1,106$ pada saat *posttest*. Pola konsumsi pencegah hipertensi pada pasien hipertensi meningkat sebesar 0,45 dari skor $2,10 \pm 0,572$ saat *pretest* menjadi $2,55 \pm 0,806$ pada saat *posttest*.

Pada saat *pretest* diperoleh sebanyak 16 orang (53,3%) yang memiliki pola konsumsi pemicu kurang baik. Setelah dilakukan intervensi dengan media *booklet* informasi DASH dan diberikan *posttest* mengalami penurunan menjadi sebanyak 13 orang (43,3%). Pola konsumsi pencegah pada saat *pretest* diperoleh sebanyak 16 orang (53,3%) yang memiliki pola konsumsi pemicu kurang baik. Setelah dilakukan intervensi dengan media *booklet* informasi DASH dan diberikan *posttest* mengalami penurunan menjadi sebanyak 11 orang (36,7%).

Berdasarkan hasil penelitian, rerata skor *pretest* pola konsumsi pemicu hipertensi responden sebesar $8,26 \pm 1,004$, turun sebesar 1,26 menjadi $7,00 \pm 1,106$ pada saat *posttest*. Hal ini didukung berdasarkan hasil wawancara menggunakan *food frequency questionnaire* (FFQ) pemicu hipertensi menunjukkan bahwa penurunan rerata skor pola konsumsi makanan pemicu hipertensi disebabkan responden berhasil membatasi atau mengurangi makanan pemicu hipertensi yang mengandung kolesterol tinggi

(telur bebek asin dan telur ayam), tinggi natrium (ikan asin kering), serta lemak dan minyak (santan, minyak kelapa, kelapa, mentega, dan margarin). Jenis makanan tersebut apabila dikonsumsi secara berlebih menyebabkan tekanan darah menjadi meningkat dan memicu terjadinya hipertensi.

Rerata skor *pretest* pola konsumsi pencegah hipertensi responden sebesar $2,10 \pm 0,572$ meningkat sebesar 0,45 menjadi $2,55 \pm 0,806$ pada saat *posttest*. Berdasarkan hasil wawancara menggunakan *food frequency questionnaire* (FFQ) pencegah hipertensi, menunjukkan peningkatan rerata skor pola konsumsi makanan pencegah hipertensi disebabkan responden lebih banyak mengonsumsi makanan pencegah hipertensi sesudah diberikan *booklet* informasi DASH, seperti mengonsumsi sayuran (tomat, kentang, wortel, sawi, bayam, dan buncis) yang mudah didapat responden, buah-buahan (pisang dan pepaya), dan makanan sumber protein hewani (ikan tongkol, dan ayam tanpa kulit). Bahan makanan tersebut merupakan makanan yang dianjurkan dalam informasi DASH untuk pasien hipertensi.

Pola makan yang salah merupakan salah satu faktor risiko yang meningkatkan penyakit hipertensi. Kelebihan asupan lemak mengakibatkan kadar lemak dalam tubuh meningkat, terutama kolesterol yang menyebabkan kenaikan berat badan sehingga volume darah mengalami peningkatan tekanan yang lebih besar (Mahmudah, 2015).

Konsumsi sumber makanan yang mengandung kalium yang kurang dapat mengakibatkan jumlah natrium menumpuk dan meningkatkan risiko hipertensi (Junaedi dkk, 2013). Asupan natrium berlebih terutama dalam

bentuk natrium klorida dapat menyebabkan gangguan keseimbangan cairan tubuh yang menyebabkan *adema* dan hipertensi. Natrium yang tinggi dapat mengecilkan diameter pembuluh darah arteri sehingga jantung memompa darah lebih kuat. Selain pembatasan natrium yang terdapat dalam garam dapur, perlu dibatasi natrium yang terdapat dalam soda kue, *baking powder*, *natrium benzoat*, dan *vetsin* (Ramayulis, 2010 dalam Mahmudah, 2015).

Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) merupakan pola makan yang menekankan pada konsumsi bahan makanan rendah natrium (420 mg/hari), kalsium (> 1000 mg/hari), dan serat (25-30 g/hari) serta rendah asam lemak jenuh dan kolesterol (< 200 mg/hari) yang banyak terdapat pada buah- buahan, kacang-kacangan, sayuran, ikan, daging tanpa lemak, susu rendah lemak, dan bahan makanan dengan total lemak dan lemak jenuh yang rendah (Vollmer, 2001). Bahan makanan yang terdapat dalam pola makan DASH merupakan bahan makanan segar dan alami tanpa melalui proses pengolahan industri terlebih dahulu sehingga memiliki kadar natrium yang relatif rendah (*National Institutes of Health*, 2006).

Pendekatan diet DASH bukan hanya mengharuskan penderita pantang garam tetapi lebih menekankan pada bagaimana makanan dapat membantu menurunkan tekanan darah sebagai pengganti penggunaan obat. Jenis sayuran dan buah-buahan yang dipilih adalah jenis sayuran dan buah-buahan yang mengandung senyawa fungsional sehingga sekaligus berfungsi sebagai obat penurunan tekanan darah. Bahan makanan seperti kentang, ubi jalar, berbagai sayuran hijau, dan kacang-kacangan karena mengandung

unsur kalium yang tinggi berpotensi menurunkan tekanan darah karena akan mendorong pembuangan unsur natrium keluar tubuh (Apriana, 2017).

Makanan yang dianjurkan dalam DASH adalah makanan yang segar atau makanan yang diolah tanpa garam natrium, vetsin dan kaldu bubuk. Rasa tawar pada makanan dapat memperbaiki dengan menambah bawang merah, bawang putih, jahe, dan bumbu yang lain tidak mengandung garam. Penggunaan manisan atau gula juga harus kurang dari 5 sendok makan per minggu sedangkan makanan yang tidak boleh dikonsumsi adalah makanan yang sudah dimasak dan diawetkan menggunakan garam.

Adanya perbedaan bermakna pola konsumsi pemicu dan pencegah disebabkan konten dari media *booklet* cukup efektif digunakan dalam memengaruhi perilaku membaca responden. Media *booklet* yang digunakan cukup menarik baik dari segi gambar maupun tulisan sehingga responden tertarik membaca isi *booklet*. Meskipun hasil cetak *booklet* yang sedikit pudar dari segi warna sehingga terlihat masih kurang baik tetapi tidak mengurangi minat baca responden. Adanya pemberitahuan kepada responden akan dilakukan *posttest* setelah 14 hari sejak diberikan *pretest* dan *booklet* serta dilakukan observasi sebelum dilakukan *posttest* dapat memotivasi responden membaca isi *booklet*.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Sulastri (2017), menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara pola konsumsi makanan pemicu ($p\ value = 0,662 > 0,05$) dan pencegah ($p\ value = 0,564 > 0,05$) hipertensi sebelum dan sesudah diberikan perlakuan

menggunakan media *booklet*. Tidak ada perbedaan bermakna pola konsumsi pemicu dan pencegah disebabkan karena konten dari media *booklet* kurang efektif digunakan dalam memengaruhi perilaku membaca pasien hipertensi. Selain itu, kurang menariknya *booklet* dari segi gambar dan tulisan juga menjadi alasan pasien hipertensi kurang tertarik membaca konten *booklet*.

Rerata perbedaan pola konsumsi (pemicu dan pencegah hipertensi) yang signifikan sebelum dan sesudah diberikan *booklet* informasi DASH mengindikasikan bahwa pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* informasi DASH dapat membantu pasien hipertensi mengatur pola makan untuk mengatasi dan mencegah hipertensi. Pengetahuan pasien hipertensi yang meningkat tentang informasi DASH sesudah diberikan pendidikan kesehatan menggunakan media *booklet* informasi DASH dapat membantu meningkatkan pemahaman pasien hipertensi tentang DASH, sehingga dapat mengatur pola makannya sesuai yang dianjurkan dalam DASH.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa media *booklet* informasi DASH sangat efektif dalam membantu pasien hipertensi mengatur pola makan agar terhindar dari penyakit hipertensi di Desa Muara Jekak Ketapang. Diharapkan pasien hipertensi dapat mengonsumsi makanan lain yang dianjurkan dalam informasi DASH, seperti mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung kalium, mengonsumsi makanan yang banyak mengandung protein hewani (ikan dan ayam), dan nabati (kacang-kacangan).

V.3 Keterbatasan Penelitian

1. Terjadinya bias *recall* karena keterbatasan daya ingat responden.
2. Bisa terjadi bias informasi karena responden bisa saja meningkatkan pengetahuannya melalui promosi kesehatan dari luar, seperti informasi dari internet atau penyuluhan kesehatan menggunakan media lain selain media *booklet*.
3. Peneliti tidak melakukan evaluasi dalam bentuk angket yang berisi pendapat responden terhadap konten *booklet* diet DASH untuk penderita hipertensi.
4. Tidak memiliki instrumen yang dibaca tuntas dan dipahami.
5. Tidak mengontrol atau tidak mendampingi responden untuk membaca *booklet*.
6. Tidak bisa mengontrol responden mengkonsumsi obat anti hipertensi selama intervensi.
7. Bahasa yang digunakan dalam *booklet* (terlalu tinggi), sehingga masyarakat awam sulit memahami informasi yang ada dalam *booklet* karena tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah sekolah dasar (SD).

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

VI.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan sebagai berikut:

5. Sebagian besar responden (60,0%) memiliki pengetahuan kurang baik sebelum diberikan intervensi. Setelah diberikan intervensi dan dilakukan *posttest*, sebagian besar responden (56,7%) memiliki pengetahuan baik tentang informasi DASH untuk pasien hipertensi.
6. Sebagian besar responden memiliki pola konsumsi pemicu (53,3%) dan pencegah (53,3%) hipertensi kurang baik sebelum diberikan intervensi. Setelah diberikan intervensi dan dilakukan *posttest*, sebagian besar responden memiliki pola konsumsi pemicu (56,7%) dan pencegah (63,3%) hipertensi baik.
7. Media *booklet* tentang informasi DASH efektif dalam meningkatkan pengetahuan pasien hipertensi karena terdapat perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* tentang informasi DASH ($p\ value = 0,000 < 0,05$).
8. Media *booklet* tentang informasi DASH efektif dalam mengatur pola konsumsi pasien hipertensi karena terdapat perbedaan bermakna antara pola konsumsi pemicu ($p\ value = 0,000 < 0,05$) dan pencegah hipertensi ($p\ value = 0,000 < 0,05$) pada pasien hipertensi (usia 35-44 tahun) sebelum dan sesudah diberikan media *booklet* tentang informasi DASH.

VI.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan, maka dapat diberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi penderita hipertensi
 - a. Memperhatikan faktor penyebab dan tanda-tanda hipertensi yang masih banyak tidak diketahui oleh penderita hipertensi.
 - b. Mengatur pola konsumsi makanan penyebab hipertensi dengan menghindari makanan pemicu yang banyak mengandung kolesterol, tinggi natrium atau garam, minyak dan lemak jenuh, serta banyak mengonsumsi makanan pencegah hipertensi sayur-sayuran, buah-buahan, dan makanan yang banyak mengandung protein hewani dan nabati sesuai yang dianjurkan dalam DASH.
 - c. Perlu diimbangi dengan perilaku sehat dari pasien hipertensi antara lain tidak merokok, tidak melakukan diet rendah serat, konsumsi garam tidak berlebih, lebih banyak melakukan aktivitas fisik, tidak mengonsumsi alkohol, dan menghindari stres.
2. Bagi petugas kesehatan
 - a. Melakukan upaya peningkatan promosi kesehatan tentang DASH pada pasien hipertensi dengan memanfaatkan *booklet* sebagai media untuk menyampaikan informasi dan pesan kesehatan.
 - b. Membuat *booklet* dengan memperhatikan materi, ukuran, dan kesesuaian warna, sehingga memiliki daya tarik untuk memotivasi masyarakat membacanya.

- c. Upaya promosi yang dilakukan tidak hanya pada pasien hipertensi tetapi juga pada keluarga pasien.
 - d. Menambah referensi lain tentang hipertensi, sehingga *booklet* lebih padat informasi tentang penyakit hipertensi.
3. Bagi peneliti lain
- a. Membuat media *booklet* yang lebih menarik baik dari materi, tulisan, warna, gambar, dan sebagainya sehingga mudah dipahami dan pembaca termotivasi untuk membacanya.
 - b. Mengendalikan informasi yang masuk ke responden sehingga tidak ada informasi lain dari luar yang dapat mempengaruhi pengetahuan selain dari media *booklet*.

DAFTAR PUSTAKA

- Aarosan, P. I. 2008. *At a Glance System Cardiovascular*. Jakarta: Erlangga.
- Agoes, H. A. 2009. *Lecture Note Kardiologi*. Jakarta: Erlangga.
- Aini, 2011. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja Melalui Media Booklet Terhadap Perubahan Pengetahuan dan Sikap Santri tentang Kesehatan Reproduksi di Pesantren Darul Hikmah dan Pesantren Ta'dib Al-Syakirin di Kota Medan Tahun 2010. *Skripsi*. Medan: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sumatera Utara.
- Andrea, G. Y. 2013. *Korelasi Derajat Hipertensi dengan Stadium Penyakit Ginjal di RSUP Dr. Kariadi Semarang Periode 2008-2012*. [serial online] [disitasi pada Januari 2018]. Diakses dari URL : <http://eprints.undip.ac.id/43896/>
- Apriana, R. 2017. *Hubungan Penerapan Metode DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) dengan Tingkat Hipertensi*. *Medisains: Jurnal Ilmiah Ilmu-ilmu Kesehatan*, Vol. 15 (3) : 179-184.
- Bolivar, J. J. 2013. *Essential Hypertension: An Approach to Its Etiology and Neurogenic Pathophysiology*. *International Journal of Hypertension*, 1-11. [serial online] [disitasi pada April 2018]. Diakses dari URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3872229/pdf/IJHT2013-547809.pdf>.
- Dewifianita, R. 2017. *Pengaruh Pemberian Konseling Diet DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) terhadap Perubahan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi Peserta Prolanis di Puskesmas Sentolo Kabupaten Kulonprogo*. [serial online] [disitasi pada April 2018]. Diakses dari URL : <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/240/1/31RIZKY%20DEWIFIANITA.pdf>.
- Depkes RI. 2006. *Pharmaceutical Care untuk Penyakit Hipertensi*. Jakarta: Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan.
- Dinkes Kalbar, 2018. *Profil Kesehatan Kalimantan Barat 2017*. Pontianak: Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat.

- Dirhan. 2012. *Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Ketaatan Berobat dengan Derajat Sistole dan Diastole Pasien Hipertensi di Puskesmas Sukamerindu Kota Bengkulu*. Jurnal Ilmiah Farmasi, Vol. 9 (1) : 1-10.
- Donsu, J. D. T. 2016. *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Fatmawati, S. 2017. *Hubungan Life Style dengan Kejadian Hipertensi pada Usia Dewasa (20-44 Tahun) di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kendari Tahun 2017*. JIMKESMAS (Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat), Vol. 2 (6) : 1-10.
- Hadi, S., & Widajati, E. 2015. *Pendekatan DASH Diet (Dietary Approaches to Stop Hypertension) Hubungannya dengan Tekanan Darah Pasien Hipertensi*. [serial online] [disitasi pada April 2018]. Diakses dari URL : <https://fkm.unair.ac.id/pendekatan-dash-diet-dietary-approaches-stop-hypertension-hubungannya-dengan-tekanan-darah-pada-pasien-hipertensi/>
- Haryono, R., & Setianingsih, S. 2014. *Manfaat ASI Eksklusif untuk Buah Hati Anda*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Hernawan, & Arafah, S. 2012. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien tentang Hipertensi dengan Sikap Kepatuhan Dalam Menjalankan Diit Hipertensi di Wilayah Puskesmas Andong Kabupaten Boyolali*. [serial online] [disitasi pada Maret 2019]. Diakses dari URL : <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/3674/HERNAWAN%20-%20SITI%20ARIFAH%20Fix%20bgt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Indriani, S. 2018. *Pengembangan Booklet Gizi sebagai Media Edukasi bagi Penderita Hipertensi di Puskesmas Poasia Kelurahan Andunouhu Kota Kendari*. *Skripsi*. Kendari: Politeknik Kesehatan Kendari Program Diploma IV Gizi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Junaidi, E., Yulianti, S., & Rinata, M. G. 2013. *Hipertensi Kandas Berkat Herbal*. [serial online] [disitasi pada April 2018]. Diakses dari URL : https://books.google.co.id/books?id=J-TIAwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=hipertensi&hl=id&sa=X&ei=KvH2VIHyMJGWuASDu4DwDg&redir_esc=y#v=onepage&q=hipertensi&f=false.
- Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI.

- . 2013. *Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Hipertensi*. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular Subdit Pengendalian Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- . 2014. *Hipertensi*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- . 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- . 2017. *Sebagian Besar Penderita Hipertensi Tidak Menyadarinya*. [serial online] [disitasi pada April 2018]. Diakses dari URL : <http://www.depkes.go.id/article/print/17051800002/sebagian-besar-penderita-hipertensi-tidak-menyadarinya.html>.
- . 2018. *Hipertensi Membunuh Diam-diam, Ketahui Tekanan Darah Anda*. [serial online] [disitasi pada April 2018]. Diakses dari URL : <http://www.depkes.go.id/article/print/18051600004/hipertensi-membunuh-diam-diam-ketahui-tekanan-darah-anda.html>.
- Kumala, M. 2014. *Peran Diet dalam Pencegahan dan Terapi Hipertensi*. *Damianus (Journal of Medicine)*, Vol. 13 (1) : 50-61.
- Mahmudah, S. 2015. *Hubungan Gaya Hidup dan Pola Makan dengan Kejadian Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Sawangan Baru Kota Depok*. *Biomedika*, Vol. 7 (2) : 43-51.
- Muttaqin, A. 2009. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba.
- National Institutes of Health (NIH). 2006. *DASH Eating Plan*. [serial online] [disitasi pada April 2018]. Diakses dari URL : https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/new_dash.pdf.
- Noerhadi, M. 2008. *Hipertensi dan Pengaruhnya terhadap Organ-organ Tubuh*. *Jurnal MEDIKORA*, Vol. 4 (2) : 1-18.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- , 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuraeni, A. 2017. *Upaya Pencegahan dan Perawatan Hipertensi di Rumah Melalui Media Pembelajaran bagi Masyarakat di Kabupaten Pangandaran*. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, Vol. 1(3) : 174-178.
- Nurhumaira, N. S., & Rahayuningsih, H. M. 2014. *Pengaruh Penerapan Pola Diet DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) terhadap Tekanan Darah Sistolik dan Diastolik pada Kelompok Lansia di Kota Semarang*. *Journal of Nutrition College*, Vol. 3 (4) : 554-564.
- Palimbong, S. 2018. *Keefektifan Diet Rendah Garam I pada Makanan Biasa dan Lunak terhadap Lama Kesembuhan Pasien Hipertensi*. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, Vol. 3 (1) : 74-89.
- Pibriyanti, K. 2013. *DASH Diet*. [serial online] [disitasi pada April 2018]. Diakses dari URL : <https://kartikapibriyanti.wordpress.com/2013/08/30/dash-diet/>.
- Purwoastuti, T. E., & Walyani, W. S. 2015. *Perilaku dan Softskills Kesehatan*. Yogyakarta: Pustakabarupress.
- Rahadiyanti, A. 2015. *Asupan Makan DASH-Like Diet untuk Mencegah Risiko Hipertensi pada Wanita Prediabetes*. *Jurnal Klinik Gizi Indonesia*, Vol. 11 (3) : 115-125.
- Riwidikdo, H. (2013). *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Rohima Press.
- Sacks, F. M. 2001. *Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and The Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet*. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 344 (1) : 3-10 [serial online] [disitasi pada April 2018]. Diakses dari URL : <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200101043440101>.
- Saputri, K. A. 2016. *Perbedaan Efektivitas Jus Mentimun dan Jus Tomat terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi di Desa Sokawera Kecamatan Pantikraja Banyuwangi*. *Skripsi*. Purwokerto : Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfabeta.

- Sujarweni, V. W. 2015. *Statistik untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Gava Media.
- Sulastri, S. 2017. Pengaruh Media Booklet Diet DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) pada Pasien Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Khatulistiwa Kota Pontianak Tahun 2017. *Skripsi*. Pontianak: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak.
- Supariasa, I. D. N. 2012. *Media Pendidikan Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Tjiptaningrum, A., & Erhadestria, S. 2016. *Manfaat Jus Mentimun (Cucumis sativus L.) sebagai Terapi untuk Hipertensi*. Majority, Vol. 5 (1), 112-116.
- UPTD Puskesmas Sandai, 2018. *Profil Kesehatan Puskesmas Sandai Tahun 2017*. Ketapang : Puskesmas Sandai.
- Vollmer, W. M. 2001. *Effects of Diet and Sodium Intake on Blood Pressure: Subgroup Analysis of the DASH-Sodium Trial*. Annals of Internal Medicine, Vol. 135 (12) : 1019-28 [serial online] [disitasi pada Januari 2019]. Diakses dari URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11747380>.
- Wahyuni, S. 2016. *Pengaruh Edukasi Hipertensi dengan Media Booklet terhadap Perilaku Self Management pada Pasien Hipertensi di Wilayah Puskesmas Balowerti Kediri*. Jurnal Ilmu Kesehatan, Vol. 5 (1) : 133-138.
- Wahyuningsih, R. 2013. *Penatalaksanaan Diet pada Pasien*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Wijayanti, & Mulyadi, B. 2018. *Pendidikan Kesehatan Menggunakan Booklet terhadap Pemahaman Pasien Hipertensi di Puskesmas*. Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia, Vol. 8 (1) : 372-379.
- World Health Organization (WHO). 2012. *Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies*. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean [serial online] [disitasi pada Januari 2019]. Diakses dari URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119953/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

-----, 2013. *A Global Brief on Hypertension*. [serial online] [disitasi pada April 2018]. Diakses dari URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf;jsessionid=2FD7C92387905923E898697DE4AE9F5B?sequence=1.

Yasmine, E. 2007. *Simple Guide Tekanan Darah Tinggi*. Jakarta: Erlangga.