

## PENGARUH KONSELING GIZI MENGGUNAKAN LEAFLET TERHADAP PENGETAHUAN DAN SISA MAKAN PADA PASIEN HIPERTENSI RAWAT INAP DI RSUD dr. DARSONO KABUPATEN PACITAN

*The Effect of Nutrition Counseling using Leaflets on Knowledge and Food Waste of Hypertension Patients in RSUD Dr. Darsono, Pacitan District*

Esti Setianingsih, Vita Eka Kusumawati

Instalasi Gizi RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan

E-mail : estisetianingsih081014@gmail.com

### ABSTRACT

Nutrition counseling is a way to increase the knowledge and abilities of individuals or families through a form of approach. Nutrition counseling using leaflets is a good strategy to improve the knowledge as well as to encourage client behaviour changes. Patients need knowledge and motivation through nutritional counseling because understanding the proper diet and eating patterns and the reason to want to recover has been proven to reduce food waste. This study aims to determine the effect of nutritional counseling on knowledge and food waste in patients with hypertension at RSUD dr. Darsono, Pacitan Regency. The research method uses Quasi-experimental design with pretest-posttest control group design. The number of samples were 40 samples, namely 20 samples each for the control and treatment groups. The treatment group was given nutritional counseling using leaflets, while the control group was given counseling without leaflets. Nutritional knowledge was measured using a questionnaire, while food waste was obtained using the food weighing method. Data analysis used the Wilcoxon and Mann-Whitney tests. The results of the analysis showed a significant difference in the mean knowledge and food waste of the patients between before (pre) and after (post) treatment in both groups ( $p < 0.05$ ). The increment of knowledge after counseling was higher in the treatment group ( $88.50 \pm 9.05$ ) than in the control group ( $87.25 \pm 8.025$ ). The mean remaining staple food in the treatment group ( $22.36 \pm 22.36$ ) compared to the control group ( $25.08 \pm 26.35$ ), animal side dishes in the treatment group ( $30.52 \pm 30.52$ ) compared to the control group ( $44, 53 \pm 30.09$ ), vegetable side dishes in the treatment group ( $29.03 \pm 29.03$ ) compared to the control group ( $38.20 \pm 30.15$ ), and the group in the treatment group ( $41.53 \pm 41.53$ ) compared to the control group control ( $37.15 \pm 20.57$ ). However, the results of the Mann-Whitney test showed that there was no effect of nutrition counseling on the patient's knowledge and food waste ( $p > 0.05$ ) except for staple food ( $p = 0.038$ ). Conclusion of this research there is a significant difference in the mean knowledge and food waste of patients between before (pre) and after (post) treatment in the two groups, but nutrition counseling only significantly affected staple food waste. Intensive nutritional counseling using leaflet media should be carried out for hypertensive patients to increase knowledge and increase patient food intake.

**Keywords:** *nutrition counseling, leaflet, knowledge, food waste*

### ABSTRAK

Konseling gizi adalah suatu cara untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan individu atau keluarga melalui bentuk pendekatan. Konseling gizi menggunakan leaflet merupakan strategi yang baik untuk meningkatkan pengetahuan serta mendorong perilaku pasien. Pasien membutuhkan pengetahuan dan motivasi melalui konseling gizi karena pemahaman diet dan pola makan yang benar disertai motivasi ingin sembuh terbukti dapat menurunkan sisa makanan pasien. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh konseling gizi terhadap pengetahuan dan sisa makan pada pasien hipertensi rawat inap di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan. Metode Penelitian menggunakan desain penelitian *quasi-experimental* dengan rancangan *pretest posttest control group design*. Jumlah sampel 40 sampel yaitu masing-masing 20 sampel untuk kelompok kontrol dan perlakuan. Kelompok perlakuan diberikan konseling gizi dengan menggunakan media leaflet sedangkan kelompok kontrol diberi konseling tanpa leaflet. Pengetahuan gizi diukur dengan kuesioner sedangkan sisa makan diperoleh dengan metode *food weighing*. Analisis data menggunakan uji *Wilcoxon* dan *Mann-Whitney*. Hasil penelitian menunjukkan perbedaan yang signifikan rerata pengetahuan dan sisa makan pasien antara sebelum (*pre*) dan setelah (*post*) perlakuan pada kedua kelompok ( $p < 0,05$ ). Peningkatan rerata pengetahuan setelah pemberian konseling ditemukan lebih tinggi pada kelompok perlakuan ( $88,50 \pm 9,05$ ) dibandingkan kelompok kontrol ( $87,25 \pm 8,025$ ). Rerata sisa makan makanan pokok pada kelompok perlakuan ( $22,36 \pm 22,36$ ) dibandingkan kelompok kontrol ( $25,08 \pm 26,35$ ), lauk hewani pada kelompok perlakuan ( $30,52 \pm 30,52$ ) dibandingkan kelompok kontrol ( $44,53 \pm 30,09$ ), lauk nabati pada kelompok perlakuan ( $29,03 \pm 29,03$ ) dibandingkan kelompok kontrol ( $38,20 \pm 30,15$ ), dan sayur pada kelompok perlakuan ( $41,53 \pm 41,53$ ) dibandingkan kelompok kontrol ( $37,15 \pm 20,57$ ). Namun, Hasil uji *Mann-Whitney* menunjukkan

bahwa tidak ada pengaruh konseling gizi terhadap pengetahuan dan sisa makan pasien ( $p>0,05$ ) kecuali sisa makan makanan pokok ( $p=0,038$ ). Kesimpulan Ada perbedaan yang signifikan rerata pengetahuan dan sisa makan pasien antara sebelum (*pre*) dan setelah (*post*) perlakuan pada kedua kelompok, tetapi konseling gizi hanya berpengaruh signifikan pada sisa makanan pokok. Konseling gizi secara intensif dengan menggunakan media leaflet sebaiknya dilakukan kepada pasien hipertensi untuk meningkatkan pengetahuan serta meningkatkan asupan makan pasien.

**Kata Kunci:** konseling gizi, leaflet, pengetahuan, sisa makan

## PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik lebih dari 140/90 mmHg.<sup>1</sup> Hipertensi di Indonesia merupakan masalah yang besar dan serius disamping karena prevalensinya yang tinggi dan cenderung meningkat di masa yang akan datang karena tingkat keganasannya yang tinggi berupa kecacatan permanen dan kematian mendadak.<sup>2</sup>

Data WHO<sup>3</sup> menunjukkan sekitar 1,13 miliar orang di dunia menderita hipertensi. Artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis menderita hipertensi, hanya 36,8 persen diantaranya 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 9,4 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasi.

Data Kemenkes RI<sup>4</sup> menunjukkan prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 34,1 persen. Data tersebut mengalami kenaikan yang cukup signifikan dibandingkan dengan data hasil Riskesdas tahun 2013 yaitu sebesar 25,8 persen. Berdasarkan data dari Profil Kesehatan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2020 terdapat kasus Hipertensi sebanyak 3.919.489 kasus. Sedangkan di Kabupaten Pacitan menunjukkan peningkatan signifikan pada tahun 2019 sebanyak 22.050 kasus menjadi 40.851 kasus pada tahun 2020. Data Rekam Medis tahun 2021 di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan terdapat 1478 pasien rawat jalan dan 253 pasien rawat inap yang menderita penyakit hipertensi. Berdasarkan survei awal data Rekam Medis bulan Januari-Mei 2022 tercatat 127 pasien rawat inap yang menderita hipertensi.

Penyakit Hipertensi menempati rangking pertama sebagai penyebab stroke dan serangan jantung serta merupakan faktor utama dalam gagal jantung kongestif. Hipertensi dapat diobati dengan dua cara yaitu yang pertama dengan cara medis (mendapat pengobatan) dan yang kedua dengan mengubah gaya hidup yaitu melakukan diet atau pengaturan pola makan dengan cara konseling gizi.<sup>1</sup>

Konsultasi gizi termasuk suatu bentuk pendekatan yang digunakan dalam asuhan gizi menolong individu dan keluarga memperoleh pengertian yang lebih baik tentang dirinya dan permasalahan yang dihadapi.<sup>5</sup> Konseling gizi di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan telah dilakukan saat pasien akan pulang atau sesuai dengan rujukan dari dokter untuk konsultasi diet dari penyakit yang diderita. Konseling yang dilakukan di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan menggunakan media *leaflet* yang materinya telah disesuaikan dengan penyakit atau keadaan pasien.

Menurut Chusniah<sup>6</sup> untuk mencapai perubahan perilaku dari suatu pendidikan kesehatan, dipengaruhi oleh banyak faktor, yang meliputi faktor materi atau pesannya, pendidik atau petugas yang melakukannya, dan alat-alat bantu yang dipakai untuk mendukung proses promosi kesehatan. Selain konseling gizi, ada beberapa macam media alat bantu yang mendukung proses pendidikan kesehatan antara lain TV, video, poster, *booklet*, *leaflet*, dan lain-lain.

Konseling gizi dengan media *leaflet* adalah suatu strategi bagi ahli gizi untuk memberikan pengetahuan kepada pasien. Pasien mendapatkan tambahan ilmu pengetahuan tentang penyakit hipertensi dan diet yang sesuai untuk penderita hipertensi. Dengan bertambahnya pengetahuan pasien, nantinya mampu merubah sikap dan perilaku pasien untuk menjadi lebih baik dalam kehidupan sehari-harinya. Setelah terwujudnya sikap dan perilaku yang baik, tentunya ini berpengaruh kepada aplikasi penerapan pola makan pasien sehari-harinya.<sup>7</sup>

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Aprilia<sup>8</sup> tentang pengaruh konseling gizi menggunakan media *leaflet* modifikasi terhadap pengetahuan, asupan natrium dan kalium pada penderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas basuki rahmad kota Bengkulu menunjukkan hasil bahwa ada pengaruh konseling gizi menggunakan media *leaflet* modifikasi terhadap tingkat pengetahuan dan ada pengaruh konseling gizi menggunakan media *leaflet* modifikasi terhadap asupan natrium dan asupan kalium. Penelitian Soedewo<sup>9</sup> menunjukkan bahwa konseling gizi mempengaruhi pengetahuan tentang hipertensi dan memberikan pengaruh positif terhadap perubahan tingkah laku pasien dari yang tidak patuh menjadi patuh.

Sisa makanan dapat dilihat dari jumlah makanan yang masih ada di piring masing-masing pasien. Makanan yang tersisa di piring adalah suatu data kuantitatif yang bisa digunakan untuk evaluasi apakah program konseling gizi sudah efektif dan diet yang diterima pasien sudah memadai atau belum.<sup>10</sup> Sisa makanan pasien di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan pada tahun 2021 sebesar 21,69 persen, yang berarti diatas standar pelayanan minimal pelayanan gizi yang ditentukan (<20%).

Hasil penelitian pendahuluan yang dilakukan di Instalasi Gizi RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan, menunjukkan masih adanya sisa makanan pada pasien hipertensi. Data pengukuran sisa makanan yang dilakukan pada bulan Juni tahun 2022 menunjukkan bahwa rata-rata sisa makanan pada pasien hipertensi di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan sebesar 25,88 persen masih di atas standar yang ditetapkan oleh Kemenkes RI.<sup>11</sup> ( $\leq 20\%$ ). Tingginya sisa makanan bisa disebabkan oleh pengetahuan yang kurang, karena menurut hasil observasi pasien, makanan yang disajikan tidak sesuai dengan selera pasien. Pasien tidak mengetahui bahwa dalam perawatan, asupan gizi yang diperlukan dalam proses penyembuhan tidak selamanya sesuai dengan selera pasien. Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh konseling gizi terhadap pengetahuan dan perubahan sisa makan pasien pada pasien rawat inap sebelum dan sesudah dilakukan konseling gizi pada pasien. Rumusan masalah penelitian ini, "Apakah ada pengaruh konseling gizi terhadap pengetahuan dan sisa makan pada pasien hipertensi rawat inap di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan?"

Berdasarkan pemaparan diatas maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh konseling gizi terhadap pengetahuan dan sisa makan pada pasien hipertensi rawat inap di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan.

Manfaat penelitian ini adalah untuk menambah referensi bidang ilmu gizi mengenai pengaruh konseling gizi terhadap pengetahuan dan sisa makan pada pasien hipertensi rawat inap. Bagi penderita hipertensi penelitian ini diharapkan dapat mendorong penderita hipertensi agar dapat menambah pengetahuan gizi melalui konseling gizi supaya dapat meminimalisasi munculnya komplikasi dan lebih memperhatikan asupan zat gizi untuk menunjang status gizi. Bagi RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan, penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan tentang manfaat konseling gizi dan meningkatkan kualitas materi konseling dan pelayanan konseling gizi untuk memperbaiki kualitas kesehatan serta masukan untuk perencanaan kebijakan dan penyusunan materi konseling gizi dikemudian hari. Bagi Peneliti penelitian ini menambah pengetahuan dan dapat menjadi acuan untuk melakukan penelitian dalam bidang tersebut secara terencana dan sistematis dalam melakukan penelitian serta sebagai sarana untuk menerapkan ilmu yang di dapat.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasi-experimental* dengan rancangan *pretest posttest control group design*. Instrumen yang digunakan adalah formulir *food weighing* dan kuisioner/angket. *Pre-Test* diberikan sebelum pemberian konsultasi gizi dan *Post-Test* setelah ada perlakuan pemberian konsultasi gizi yang akan dilakukan seminggu setelah konsultasi gizi.<sup>12</sup> Dengan demikian hasil perlakuan dapat lebih akurat karena dapat membandingkan dengan keadaan sebelum diberi perlakuan.

Kelompok		<i>Pre-Test</i>		<i>Post-Test</i>
K. Perlakuan	R	O1	X	O2
K. Kontrol	R	O3		O4

Keterangan :

- R : Kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pasien hipertensi rawat inap yang diambil secara acak
- O1 : Kelompok perlakuan sebelum diberi konseling dengan media leaflet
- O3 : Kelompok kontrol sebelum diberi konseling tanpa leaflet
- X : Perlakuan yaitu pemberian konseling gizi dengan menggunakan media leaflet
- O2 : Kelompok perlakuan setelah diberi konseling dengan media leaflet
- O4 : Kelompok kontrol setelah diberi konseling tanpa leaflet

## Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan dari sampel penelitian.<sup>13</sup> Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap yang terdiagnosis Hipertensi di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan. Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti.<sup>13</sup> Sampel pada penelitian ini memiliki kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

- a) Kriteria Inklusi; 1) Pasien dengan diagnosa Hipertensi tanpa dan dengan komplikasi; 2) Usia > 30- 60 tahun; 3)

Pasien di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan; 4) Bersedia menjadi sampel penelitian dengan menandatangani formulir *informed consent*; 5) Mampu berkomunikasi dengan baik. Sedangkan Kriteria Eksklusi; 1) Mengalami gangguan jiwa; 2) Mengalami gangguan pendengaran; 3) Mengalami buta huruf.

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode *purposive sampling*, berdasarkan perhitungan didapatkan jumlah sampel sebanyak 20 orang dan untuk mengantisipasi sampel yang drop out maka jumlah sampel tersebut ditambah 10 persen menjadi 22 untuk masing-masing kelompok, 22 orang untuk kelompok perlakuan dan 22 orang untuk kelompok kontrol.

### Teknik pengumpulan data

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti.<sup>17</sup> Data primer yang didapat langsung dari sampel, meliputi data identitas sampel (nama, jenis kelamin, umur, alamat), data sisa makan dan data pengetahuan. Sedangkan, data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung.<sup>17</sup> Data sekunder meliputi tekanan darah dicatatkan rekam medik penderita hipertensi.

Cara pengumpulan data meliputi *Wawancara*, proses pengumpulan data dengan cara komunikasi yang dilakukan secara langsung yaitu wawancara. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan daftar pertanyaan untuk mengetahui identitas sampel dan data pengetahuan dengan kuesioner. *Pengukuran*, pengukuran sisa makanan dilakukan dengan metode *Food Weighing*. Dokumentasi adalah pengambilan data pemeriksaan tekanan darah dari rekam medik.

### Teknik Analisa Data

Pengolahan Data meliputi pertama *entry data*, data yang dimasukkan pada proses *entry data* sisa makan pasien sebelum dan sesudah konseling gizi dan data pengetahuan sebelum dan sesudah konseling gizi yang telah melalui proses *coding* ke dalam program *SPSS Versi 26.0*. Data-data yang terkumpul dianalisa secara univariat dan bivariat. Ke-dua *editing*, adalah memeriksa data yang telah dikumpulkan dari pertanyaan pada sampel. Data yang melalui proses *editing* adalah data identitas, data sisa makan dan data pengetahuan.

Ketiga *Coding*, adalah upaya mengklasifikasikan data dengan pemberian kode pada data untuk mempermudah proses selanjutnya. Data yang di *coding* meliputi sisa makan dengan klasifikasi sisa makan dengan kode 1 yaitu sesuai standar dengan skor <20 persen, dan kode 2 tidak sesuai standar  $\geq 20$  persen. Pada variabel sisa makan yang diukur adalah sisa makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati dan sayur yang disediakan oleh rumah sakit tetapi tidak dihabiskan oleh pasien pada hari pertama dan ketiga perawatan yang terdiri dari makan pagi, makan siang dan makan malam dengan menggunakan timbangan analitik dan formulir *food weighing* dinyatakan dengan persen sisa. Pada variabel Pengetahuan, diukur melalui jawaban *pretest* dan *posttest* dengan jumlah jawaban yang benar sesuai klasifikasi pengetahuan yaitu kode 1 yaitu rendah dengan skor  $\leq 55$ , kode 2 yaitu sedang dengan skor 56-75, kode 3 yaitu tinggi dengan skor 76-100.

Keempat *tabulating*, data yang disajikan dalam bentuk tabel adalah data sisa makan dan data pengetahuan. Kelima *cleaning data* adalah pengecekan data untuk konsistensi dan *treatment* yang hilang, pengecekan konsistensi meliputi pemeriksaan akan data yang *out of range*, tidak konsisten secara logika, ada nilai-nilai ekstrim, data dengan nilai-nilai tidak terdefinisi, sedangkan *treatment* yang hilang adalah nilai suatu variabel yang tidak diketahui dikarenakan jawaban sampel yang membingungkan.

Analisis Univariat, dilakukan untuk mendeskripsikan berbagai variabel yaitu usia, jenis kelamin, sisa makan dan pengetahuan. Analisis Bivariat, dilakukan untuk menguji hipotesis yang akan mengarahkan pada pengambilan kesimpulan yang benar dan tepat. Tingkat kepercayaan pada penelitian ini adalah 95 persen dan tingkat signifikansi ( $\alpha$ ) 0,5. Analisis pertama adalah uji normalitas data yang menggunakan uji *Saphiro Wilk* (sampel kurang dari 30). Uji beda masing-masing kelompok menggunakan uji *Wilcoxon* karena data tidak normal. Uji tersebut digunakan untuk menganalisis: 1) Perbedaan tingkat pengetahuan pasien hipertensi rawat inap sebelum dan sesudah konseling gizi pada kelompok kontrol. 2) Perbedaan tingkat pengetahuan pasien hipertensi rawat inap sebelum dan sesudah konseling gizi pada kelompok perlakuan. 3) Perbedaan sisa makan pasien hipertensi rawat inap sebelum dan sesudah konseling gizi pada kelompok kontrol. 4) Perbedaan sisa makan pasien hipertensi rawat inap sebelum dan sesudah konseling gizi pada kelompok perlakuan. Uji beda antar kelompok menggunakan uji *Mann-Whitney* karena data tidak normal. Uji tersebut digunakan untuk menganalisis: 1) Perbedaan tingkat pengetahuan pasien hipertensi rawat inap sesudah diberikan konseling gizi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. 2) Perbedaan sisa makanan pasien hipertensi rawat inap sesudah diberikan konseling gizi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

## HASIL

Hasil penelitian terhadap Pengetahuan dan Sisa Makan Pasien Hipertensi Rawat Inap di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan untuk karakteristik sampel pada tabel 1. Tabel tersebut menunjukkan karakteristik sampel yang mayoritas berjenis kelamin perempuan, baik pada kelompok perlakuan (60%) maupun pada kelompok kontrol (55%). Kelompok umur terbanyak adalah lanjut usia (>46 tahun) yang terdistribusi sebanyak 85 persen pada kelompok perlakuan dan 100 persen pada kelompok kontrol.

Hasil analisis univariat seperti tercantum pada Tabel 2. menunjukkan tingkat pengetahuan sedang bila (55%) jawaban benar, tetapi setelah perlakuan (post test) mayoritas sampel memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi (75%). Berbeda dengan kelompok kontrol dengan mayoritas sampel memiliki tingkat pengetahuan pre test dan post test yang tergolong tinggi (55% dan 90%).

Lebih lanjut, hasil analisis data sisa makan pada kelompok kontrol dan perlakuan menunjukkan peningkatan persentase sisa makan yang sesuai standar setelah perlakuan (post test) konseling. Namun, ada kecenderungan peningkatan yang lebih tinggi persentase sisa makan sesuai standar pada kelompok perlakuan untuk semua kelompok makanan (65% makanan pokok, 50% lauk hewani, 45% lauk nabati, dan 20% sayur) daripada kelompok kontrol (50% makanan pokok, 15% lauk hewani, 30% lauk nabati, dan 15% sayur) (Tabel 2).

Hasil analisis bivariat dengan uji Wilcoxon pada Tabel 3 menunjukkan adanya perbedaan rerata pengetahuan dan sisa makan pasien antara sebelum (pre) dan setelah (post) perlakuan pada kedua kelompok ( $p < 0,05$ ). Peningkatan rerata pengetahuan setelah pemberian konseling didapatkan lebih tinggi pada kelompok perlakuan ( $88,50 \pm 9,05$ ) dibandingkan kelompok kontrol ( $87,25 \pm 8,025$ ). Demikian juga dengan rerata sisa makan makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, dan sayur yang menurun lebih besar pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol.

Tabel 1  
Karakteristik Sampel

Variabel	Perlakuan		Kontrol	
	n	%	n	%
Jenis Kelamin				
Laki-laki	8	40,0	9	45,0
Perempuan	12	60,0	11	55,0
Umur (tahun)				
30 – 35	2	10,0	0	0
35 – 45	1	5,0	0	0
46 – 55	3	15,0	12	60,0
56 – 60	14	70,0	8	40,0
Total	20	100	20	100

Sumber: Data Primer, diolah 2023

Tabel 2  
Deskripsi Analisis Univariat

Variabel	Perlakuan		Kontrol	
	n	%	n	%
Pengetahuan				
<i>Pre test</i>				
Rendah	2	10,0	3	15,0
Sedang	11	55,0	6	30,0
Tinggi	7	35,0	11	55,0
<i>Post test</i>				
Rendah	0	0	0	0
Sedang	5	25,0	2	10,0
Tinggi	15	75,0	18	90,0
Sisa Makan Makanan Pokok				
<i>Pre test</i>				
Sesuai standar	1	5,0	2	10,0
Tidak sesuai standar	19	95,0	18	90,0
<i>Post test</i>				
Sesuai standar	13	65,0	10	50,0
Tidak sesuai standar	7	35,0	10	50,0
Sisa Makan Lauk Hewani				
<i>Pre test</i>				
Sesuai standar	1	5,0	1	5,0
Tidak sesuai standar	19	95,0	19	95,0
<i>Post test</i>				
Sesuai standar	10	50,0	3	15,0
Tidak sesuai standar	10	50,0	17	85,0
Sisa Makan Lauk Nabati				
<i>Pre test</i>				
Sesuai standar	1	5,0	1	5,0
Tidak sesuai standar	19	95,0	19	95,0
<i>Post test</i>				
Sesuai standar	9	45,0	6	30,0
Tidak sesuai standar	11	55,0	14	70,0
Sisa Makan Sayur				
<i>Pre test</i>				
Sesuai standar	1	5,0	1	5,0
Tidak sesuai standar	19	95,0	19	95,0
<i>Post test</i>				
Sesuai standar	4	20,0	3	15,0
Tidak sesuai standar	16	80,0	17	85,0

Sumber: Data Primer, diolah 2023

Tabel 3  
Perbedaan pengetahuan dan sisa makan pasien hipertensi sebelum (*re*) dan setelah (*post*) perlakuan pada kedua kelompok

Variabel	Min	Maks	X <sub>±</sub> SD	P-Value
Perlakuan				
Pengetahuan Pre	55.00	90.00	73.50 ± 10,72	0,000*
Pengetahuan Post	75.00	100	88.50 ± 9,05	
Kontrol				
Pengetahuan Pre	45.00	100	76.00 ± 15,69	0,001*
Pengetahuan Post	70.00	100	87.25 ± 8,025	
Perlakuan				
Sisa Makan MP Pre	17.90	88.80	64.90 ± 20,23	0,000*
Sisa Makan MP Post	0	79.20	22.36 ± 22,36	
Kontrol				
Sisa Makan MP Pre	0	80.90	50.64 ± 22,30	0,000*
Sisa Makan MP Post	0	77.50	25.08 ± 26,35	
Perlakuan				
Sisa Makan LH Pre	15.20	100	65.41 ± 21,27	0,000*
Sisa Makan LH Post	0	100	30.52 ± 30,52	
Kontrol				
Sisa Makan LH Pre	13.10	108.30	68.29 ± 29,57	0,000*
Sisa Makan LH Post	0	100	44.53 ± 30,09	
Perlakuan				
Sisa Makan LN Pre	9.80	100	70.23 ± 26,27	0,000*
Sisa Makan LN Post	0	100	29.03 ± 29,03	
Kontrol				
Sisa Makan LN Pre	0	100	64.68 ± 28,55	0,001*
Sisa Makan LN Post	0	100.00	38.20 ± 30,15	
Perlakuan				
Sisa Makan Sayur Pre	13.20	95.40	69.16 ± 22,85	0,001*
Sisa Makan Sayur Post	0	98.30	41.53 ± 41,53	
Kontrol				
Sisa Makan Sayur Pre	6.50	88.90	56.41 ± 19,63	0,000*
Sisa Makan Sayur Post	0	78.20	37.15 ± 20,57	

\* bermakna (p<0,05) dengan *Wilcoxon*

Sumber: Data Primer, diolah 2023

Tabel 6  
Perbedaan pengetahuan dan sisa makan pasien hipertensi pada kedua kelompok

Variabel	Min	Maks	X $\pm$ SD	P-Value
Pengetahuan				
Perlakuan	0	25.00	15.00 $\pm$ 7,25	0,098
Kontrol	0	35.00	11.25 $\pm$ 12,01	
Sisa Makan MP				
Perlakuan	-86,70	3.50	-42.52 $\pm$ 25,97	0,038*
Kontrol	-60,00	0	-25.55 $\pm$ 20,55	
Sisa Makan LH				
Perlakuan	-67,20	8.50	-34.87 $\pm$ 24,33	0,093
Kontrol	-100	11.30	-23.77 $\pm$ 25,52	
Sisa Makan LN				
Perlakuan	-85,30	18.80	-41.18 $\pm$ 30,06	0,058
Kontrol	-71,80	21.60	-26.47 $\pm$ 21,30	
Sisa Makan Sayur				
Perlakuan	-77.20	18.10	-27.61 $\pm$ 26,41	0,285
Kontrol	-69.80	9.70	-19.25 $\pm$ 20,62	

\* bermakna ( $p < 0,05$ ) dengan *Mann Whitney*

Sumber: Data Primer, diolah 2023

Selanjutnya, Tabel 6. menunjukkan hasil uji bivariat dengan *Mann Whitney* yang menemukan rerata delta peningkatan pengetahuan yang lebih besar pada kelompok perlakuan ( $15,00 \pm 7,25$ ) dibandingkan kelompok kontrol ( $11,25 \pm 12,01$ ) meskipun tidak signifikan secara statistik ( $p = 0,098$ ). Perubahan atau delta rerata sisa makan yang signifikan hanya pada makanan pokok ( $p = 0,038$ ) setelah diberikan perlakuan konseling gizi dengan leaflet. Namun demikian, secara keseluruhan rerata delta sisa makan pada kelompok perlakuan cenderung lebih besar daripada kelompok kontrol. Artinya, rerata sisa makan makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, dan sayur menjadi semakin kecil setelah pemberian perlakuan konseling gizi dengan leaflet.

## BAHASAN

### Analisis univariat

Mayoritas sampel penelitian ini berjenis kelamin perempuan dan tergolong lanjut usia ( $>46$  tahun). Hasil ini sejalan dengan studi lain yang juga menemukan bahwa sebagian besar pasien hipertensi berjenis kelamin perempuan dan berusia di atas 50 tahun.<sup>14</sup> Demikian juga dengan studi di Semarang yang melaporkan bahwa hipertensi paling banyak terjadi pada wanita yang berusia 46-55 tahun.<sup>18</sup> Prevalensi dan keparahan hipertensi meningkat tajam seiring bertambahnya usia, dan kontrol tekanan darah menjadi lebih sulit seiring bertambahnya usia pada kedua jenis kelamin, terutama pada wanita. Selain itu, ada bentuk-bentuk hipertensi yang hanya terjadi pada wanita, misalnya hipertensi yang berhubungan dengan menopause, penggunaan kontrasepsi oral, atau kehamilan (misalnya hipertensi kronis, hipertensi gestasional, pre-eklampsia atau eklampsia).<sup>19</sup>

Hasil penelitian ini menemukan sebagian besar sampel pada kelompok perlakuan memiliki tingkat pengetahuan awal (*pre test*) yang tergolong sedang (55%), tetapi setelah perlakuan konseling gizi (*post test*) mayoritas sampel memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi (75%). Berbeda dengan kelompok kontrol yang mayoritas sampel memiliki tingkat pengetahuan *pre test* dan *post test* yang tergolong tinggi (55% dan 90%). Konsisten dengan hasil studi sebelumnya yang melaporkan peningkatan persentase pasien hipertensi yang memiliki pengetahuan tinggi (dari 69,7% menjadi 93,4%) setelah pemberian konsultasi gizi.<sup>20</sup>

Lebih lanjut, hasil analisis data sisa makan pada kelompok kontrol dan perlakuan menunjukkan peningkatan persentase sisa makan yang lebih dari standar setelah intervensi (*post test*) konseling gizi. Namun, ada kecenderungan peningkatan yang lebih tinggi persentase sisa makan pada kelompok perlakuan untuk semua kelompok makanan dibandingkan kelompok kontrol. Hal ini serupa dengan hasil penelitian di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dimana terjadi penurunan sisa makanan diet rendah garam setelah pemberian konseling gizi.<sup>16</sup> Pengetahuan yang kurang sebelum pasien diberikan konseling gizi menyebabkan sisa makanan tidak sesuai dengan standar pelayanan minimal yaitu kurang dari 20 persen. Pasien membutuhkan pengetahuan dan motivasi melalui konseling gizi karena pemahaman diet dan pola makan yang benar disertai motivasi ingin sembuh terbukti dapat menurunkan sisa makanan pasien.<sup>21</sup>

Konseling gizi merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan pasien hipertensi mengenai diet rendah garam karena selama proses konseling terjadi interaksi dua arah antara ahli gizi dan pasien untuk menjelaskan informasi, dilanjutkan dengan tanya jawab untuk memperjelas pemahaman, sikap, dan perilaku yang membantu pasien menemukan solusi dari masalah gizi. Namun, studi lain melaporkan bahwa ternyata hanya sedikit pasien dengan hipertensi yang menerima konseling gizi intensif. Bahkan, berdasarkan data kunjungan pelayanan kesehatan primer, konseling gizi hanya dilakukan pada 31 persen pasien hipertensi dan berlangsung selama rata-rata 1 menit.<sup>22</sup> Dengan demikian, konseling gizi pada pasien hipertensi di rumah sakit ini menjadi penting sebagai upaya memperbaiki perilaku diet pasien selanjutnya. Studi yang menggunakan tiga atau lebih elemen konseling terbukti lebih efektif daripada studi yang menggunakan lebih sedikit elemen.<sup>23</sup> Hasil ini mendukung temuan studi ini bahwa konseling gizi dengan elemen media leaflet lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan mengurangi sisa makan pasien hipertensi di rumah sakit.

## Analisis Bivariat

### Perbedaan pengetahuan pasien sebelum (*pre*) dan setelah (*post*) perlakuan

Hasil analisis bivariat menunjukkan adanya perbedaan rerata pengetahuan pasien antara sebelum (*pre*) dan setelah (*post*) perlakuan pada kedua kelompok ( $p < 0,05$ ). Studi sejenis di Semarang juga melaporkan perbedaan rerata skor pengetahuan pasien hipertensi antara sebelum dan sesudah diberikan konseling gizi pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol ( $p < 0,001$ ).<sup>18</sup> Beberapa studi lain yang mendukung hasil ini juga melaporkan peningkatan pengetahuan pasien hipertensi setelah diberikan konseling gizi menggunakan leaflet.<sup>8,21</sup>

Berdasarkan hasil penelitian ini, rerata pengetahuan setelah perlakuan konseling gizi ditemukan lebih tinggi pada kelompok perlakuan ( $88,50 \pm 9,05$ ) dibandingkan kelompok kontrol ( $87,25 \pm 8,025$ ). Serupa dengan hasil studi Rachmasari dan Mardiana<sup>18</sup> bahwa peningkatan rerata pengetahuan pada kelompok perlakuan (konseling gizi dengan media booklet) lebih tinggi daripada kelompok kontrol (konseling gizi tanpa media). Dengan demikian, konseling gizi dengan media lebih baik dibandingkan konseling gizi tanpa media karena media yang diberikan dapat digunakan oleh responden untuk mempelajari ulang materi konseling yang sudah disampaikan oleh konselor.

Salah satu hambatan untuk konseling gizi adalah tidak tersedianya materi edukasi untuk pasien (selebaran tercetak seperti leaflet atau booklet, buku panduan online, aplikasi seluler, atau webinar). Dengan tidak adanya sumber materi edukasi tersebut, konseling gizi mungkin tidak optimal.<sup>24</sup> Di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan media edukasi pada pasien berupa leaflet. Sementara jika dilihat dari sisi tenaga kesehatan, hasil penelitian melaporkan bahwa sebagian besar tenaga kesehatan profesional yang memiliki panduan pendidikan gizi dapat meningkatkan kemampuan konseling gizi mereka.<sup>25</sup> Dengan demikian, pemberian konseling gizi dengan media leaflet dapat mendukung proses penyampaian informasi dari petugas kesehatan sekaligus mengoptimalkan proses penerimaan informasi kepada pasien.

### Perbedaan sisa makan pasien sebelum (*pre*) dan setelah (*post*) perlakuan

Lebih lanjut, hasil penelitian ini juga menunjukkan perbedaan rerata sisa makan pasien antara sebelum (*pre*) dan setelah (*post*) perlakuan pada kedua kelompok ( $p < 0,05$ ). Secara keseluruhan rerata sisa makan makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, dan sayur mengalami penurunan pada kedua kelompok. Artinya, pemberian perlakuan konseling gizi terutama dengan media leaflet dapat meningkatkan pengetahuan sekaligus memotivasi pasien untuk lebih banyak mengonsumsi makanan dari rumah sakit. Menurut studi Indrawati, dkk<sup>(26)</sup> pasien hipertensi dengan pengetahuan kurang tentang diet rendah garam dan motivasi yang lemah, lebih berisiko 17,4 kali dan 11,5 kali untuk memiliki sisa makan yang lebih banyak dibandingkan dengan pasien hipertensi berpengetahuan baik dan memiliki motivasi kuat.

Peningkatan asupan makan antara sebelum dan sesudah perlakuan lebih tinggi pada kelompok konseling yang menggunakan leaflet karena responden pada kelompok kontrol tidak mendapatkan visualisasi materi dan gambar yang ada di leaflet. Informasi akan lebih mudah diingat, dipahami, dan diinterpretasikan dengan visualisasi gambar. Pendidikan melalui indera pendengaran akan menghasilkan 15 persen keberhasilan sedangkan pendidikan melalui indera pendengaran dan penglihatan akan menghasilkan 35–55 persen keberhasilan.<sup>27</sup>

Konseling gizi adalah proses suportif untuk menetapkan prioritas, menetapkan tujuan, dan membuat rencana tindakan individual yang spesifik sesuai kondisi pasien. Ahli gizi terdaftar atau *registered dietitian* (RD) melakukan konseling gizi untuk memfasilitasi perubahan perilaku pasien.<sup>28</sup> Keberhasilan konseling gizi sangat didukung oleh metode dan penggunaan media yang baik. Media cetak adalah media statis yang mengutamakan pesan visual dan umumnya terdiri dari sejumlah kata, gambar, atau foto.<sup>27</sup> Salah satu contohnya adalah leaflet yang digunakan pada studi ini. Kelebihan leaflet menurut Notoatmodjo<sup>7</sup> yaitu tahan lama, menjangkau banyak

orang, dalam segi biaya terbilang rendah, mudah dibawa, menampilkan estetika keindahan, mempermudah pemahaman dengan bahasa yang singkat, sederhana, dan juga dapat meningkatkan minat.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa meskipun pengetahuan kedua kelompok mengalami peningkatan signifikan antara *pre-test* dan *post-test*, tetapi uji *Mann Whitney* menunjukkan tidak ada perbedaan pengetahuan pasien hipertensi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Namun demikian, delta atau selisih peningkatan pengetahuan pada kelompok perlakuan lebih besar ( $15,00 \pm 7,25$ ) dibandingkan kelompok kontrol ( $11,25 \pm 12,01$ ).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Latifani dkk<sup>27</sup> yang menyimpulkan bahwa kedua konseling dengan modul dan tanpa modul secara efektif meningkatkan skor pengetahuan, tetapi tidak ada perbedaan yang signifikan pada peningkatan skor pengetahuan antar kelompok yang dikonseling dengan modul dan tanpa modul. Konseling dengan media lebih efektif meningkatkan pengetahuan dan sikap karena informasi berupa tulisan dan gambar memungkinkan responden untuk mengekstrak informasi melalui media tersebut setelah konseling. Namun, konseling tanpa menggunakan media juga efektif karena konseling merupakan metode yang dapat menginisiasi pemikiran inovatif dan partisipasi aktif responden.<sup>29</sup>

Demikian juga dengan sisa makan pasien yang mengalami penurunan signifikan antara *pre-test* dan *post-test* pada kedua kelompok, tetapi uji *Mann Whitney* menunjukkan tidak ada perbedaan dalam penurunan sisa makan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, kecuali untuk makanan pokok. Namun, delta sisa makan pada kelompok perlakuan cenderung lebih besar daripada kelompok kontrol. Rerata sisa makan makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, dan sayur menjadi semakin sedikit setelah pemberian konseling gizi dengan leaflet, tetapi hanya makanan pokok yang signifikan secara statistik ( $p=0,038$ ). Hal ini kemungkinan karena proses perubahan perilaku (termasuk perilaku makan) atau praktik kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan, tetapi juga faktor sosial dan psikologis. Mengingat bahwa pengetahuan saja tidak cukup untuk mengubah perilaku makan, maka variabel lain seperti faktor pemungkin, faktor predisposisi, faktor penguat dan sebagainya perlu diperhatikan untuk meningkatkan efektivitas intervensi pendidikan gizi.<sup>30</sup>

Menurut teori Green,<sup>31</sup> perilaku individu dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Faktor predisposisi adalah faktor yang mempermudah terbentuknya perilaku individu. Faktor-faktor ini meliputi pengetahuan dan sikap responden terhadap hipertensi yang meliputi pemahaman tentang hipertensi, faktor risiko hipertensi, pencegahan hipertensi, dan bahaya hipertensi. Faktor pemungkin adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi terbentuknya suatu perilaku, antara lain sarana dan prasarana untuk pembentukan suatu perilaku. Dalam penelitian ini, faktor pemungkin untuk pembentukan perilaku adalah adanya konseling gizi tentang hipertensi. Selain itu, ketersediaan sumber daya juga merupakan faktor penting untuk perubahan praktik asupan makan termasuk kemampuan ekonomi, tenaga, dan waktu untuk menyediakan makanan sesuai dengan anjuran diet. Faktor pembentuk perilaku yang ketiga adalah faktor penguat yang mendorong atau memperkuat terbentuknya tingkah laku atau tindakan, misalnya dukungan keluarga atau tokoh masyarakat.<sup>19,12</sup> Perubahan dalam perilaku responden akan terjadi lebih baik jika ada dukungan penuh dari lingkungan terutama keluarga responden.

Menurut teori Green, penelitian ini memberikan konseling sebagai faktor pemungkin untuk meningkatkan tingkat pengetahuan dan sikap. Setelah konseling, ditemukan bahwa pada kedua kelompok penelitian mengalami peningkatan pengetahuan dan penurunan sisa makan. Konseling gizi yang dipersonalisasi untuk pasien rawat inap dengan hipertensi kemungkinan merupakan strategi yang efektif untuk memberikan konseling gaya hidup yang biasanya tidak diberikan di pelayanan kesehatan primer (puskesmas, posyandu).<sup>22</sup> Hasil studi Lin *et al*<sup>32</sup> menunjukkan bahwa intervensi intensif oleh dietisien atau nutrisionis secara efektif dapat meningkatkan skor *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) pada enam bulan dengan dengan beberapa efek berkelanjutan hingga 18 bulan. Namun, sebagian besar perubahan berkurang dan berbalik kembali ke awal termasuk skor DASH pada tindak lanjut 18 bulan. Mempertahankan perubahan perilaku adalah hal yang sulit. Dengan demikian, penting untuk mengembangkan strategi yang dapat membantu pasien untuk tidak hanya melakukan perubahan perilaku tetapi juga mempertahankan perubahan tersebut dalam jangka panjang. Penelitian tersebut juga menekankan pentingnya kolaborasi antara dokter, dietisien atau nutrisionis, dan petugas di pelayanan kesehatan primer saat membantu pasien untuk melakukan perubahan perilaku sehat dalam jangka panjang.

### Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yaitu ukuran sampel yang relatif kecil dan waktu *post test* yang terlalu cepat terutama untuk perubahan asupan makan. Padahal, studi Lally *et al*<sup>33</sup> menyebutkan bahwa seseorang memerlukan waktu sekitar 66 hari untuk membentuk sebuah kebiasaan baru. Selain itu, adanya keterbatasan waktu penelitian sehingga pemberian konseling hanya diberikan dua kali untuk setiap pasien yang

kemungkinan menyebabkan hasil peningkatan pengetahuan dan perubahan sisa makan pasien setelah intervensi antar kelompok yang tidak signifikan.

## SIMPULAN

1. Sampel pada kelompok perlakuan memiliki tingkat pengetahuan awal (*pre test*) yang tergolong sedang (55%), tetapi setelah intervensi (*post test*) mayoritas sampel memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi (75%). Pada kelompok kontrol, sampel memiliki tingkat pengetahuan *pre test* dan *post test* yang tergolong tinggi (55% dan 90%).
2. Terjadi peningkatan persentase sisa makan sesuai standar untuk semua kelompok makanan pada kelompok perlakuan (65% makanan pokok, 50% lauk hewani, 45% lauk nabati, dan 20% sayur) dan kelompok kontrol (50% makanan pokok, 15% lauk hewani, 30% lauk nabati, dan 15% sayur)
3. Ada perbedaan rerata pengetahuan pasien hipertensi rawat inap sebelum dan sesudah konseling gizi pada kelompok kontrol ( $p = 0,001$ ).
4. Ada perbedaan rerata pengetahuan pasien hipertensi rawat inap sebelum dan sesudah konseling gizi pada kelompok perlakuan ( $p = 0,000$ ).
5. Ada perbedaan rerata sisa makan pasien hipertensi rawat inap sebelum dan sesudah konseling gizi pada kelompok kontrol (Makanan Pokok :  $p = 0,000$ , Lauk Hewani :  $p = 0,000$ , Lauk Nabati :  $p = 0,001$ , Sayur :  $p = 0,000$ ).
6. Ada perbedaan rerata sisa makan pasien hipertensi rawat inap sebelum dan sesudah konseling gizi pada kelompok perlakuan (Makanan Pokok :  $p = 0,000$ , Lauk Hewani :  $p = 0,000$ , Lauk Nabati :  $p = 0,000$ , Sayur :  $p = 0,001$ ).
7. Tidak ada perbedaan pengetahuan pasien hipertensi rawat inap pada kedua kelompok ( $p = 0,098$ ).
8. Tidak ada perbedaan terhadap sisa makan pasien hipertensi rawat inap kecuali sisa makanan pokok pada kedua kelompok (Makanan Pokok :  $p = 0,038$ , Lauk Hewani :  $p = 0,093$ , Lauk Nabati :  $p = 0,058$ , Sayur :  $p = 0,285$ ).

## SARAN

Konseling gizi secara intensif dengan menggunakan media leaflet sebaiknya dilakukan kepada setiap pasien hipertensi sebagai upaya meningkatkan pengetahuan serta memotivasi pasien meningkatkan asupan makan rumah sakit untuk mendukung perubahan perilaku makan yang sehat dalam jangka panjang.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti menyadari bahwa penyusunan artikel ini mengalami banyak kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan, arahan, dorongan serta bimbingan dari berbagai pihak, maka kesulitan maupun hambatan dapat teratasi. Untuk itu dalam kesempatan ini, peneliti menyampaikan rasa terima kasih kepada:

1. dr. Iman Darmawan, M.Kes selaku Direktur RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan.
2. Kepala Ruang Rawat Inap yang telah menyediakan data pasien hipertensi rawat inap dan memberi izin melakukan penelitian.
3. Keluarga besar Instalasi Gizi RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan yang telah memberikan dukungan, semangat dan motivasi.
4. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan penelitian yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

## RUJUKAN

1. Kemenkes RI. Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Hipertensi. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular; 2013.
2. Nurul Astri N. Hubungan Faktor Internal dan Faktor Eksternal dengan Motivasi Konsultasi Gizi pada Pasien Hipertensi di Poliklinik Gizi RSUD dr. Moewardi. [Surakarta]: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2013.
3. Organization WH. World Health Statistics 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
4. Kemenkes RI. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI; 2018.

5. I Dewa Nyoman S. Pendidikan dan Konsultasi Gizi. Jakarta: EGC; 2014.
6. Chusniah Rachmawati W. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Wineka Media; 2019.
7. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Revisi 2012. Jakarta: PT. Rineka Cipta; 2012.
8. Dwi Aprilia D. Pengaruh Konseling Gizi Menggunakan Media Leaflet Modifikasi Terhadap Pengetahuan, Asupan Natrium dan Kalium Pada Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Basuki Rahmad Kota Bengkulu. [Bengkulu]: Poltekkes Kemenkes Bengkulu; 2020.
9. A Ade Puspa Sari S. Pengaruh Konseling Gizi Terhadap Pengetahuan Gizi dan Kepatuhan Diet Pada Penderita Hipertensi di RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar. Jurnal Ilmu Gizi Kesehatan. 2018;
10. Kemenkes RI. Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
11. Kemenkes RI. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2008.
12. Soekidjo N. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
13. Arikunto S. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: PT. Rineka Cipta; 2010.
14. Suwarni S, Asdie AH, Astuti H. Konseling gizi dan pengaruhnya terhadap asupan zat gizi dan tekanan darah pada pasien hipertensi rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara. J Gizi Klin Indones. 1 Juli 2009;6(1):21.
15. Iriantika KA, Margawati A. Studi kualitatif pengaruh pemberian konseling gizi terhadap perubahan sikap dan pemilihan makan pada remaja putri overweight. J Nutr Coll. 20 Juli 2017;6(1):19.
16. Lobo EY, Prihatin S. PENGARUH PEMBERIAN KONSELING GIZI TERHADAP SISAMAKANAN DIET RENDAH GARAM DI RUANG RAWAT INAP PENYAKIT DALAM RSUD PROF. DR. W.Z. JOHANES KUPANG.
17. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta; 2013.
18. Rachmasari SI, Mardiana M. PENGGUNAAN MEDIA BOOKLET DALAM KONSELING GIZI TERHADAP SKOR PENGETAHUAN, SIKAP, ASUPAN NATRIUM DAN KALIAM PADA PASIEN HIPERTENSI. J Nutr Coll. 28 April 2022;11(2):143–53.
19. Hage FG, Mansur SJ, Xing D, Oparil S. Hypertension in women. Kidney Int Suppl. Desember 2013;3(4):352-6.
20. Bahirah B, Rate S, Yusuf K. Efektivitas Konsultasi Gizi Terhadap Pengetahuan, Sikap, Pola Makan Dan Tekanan Darah Penderita Hipertensi Di Poli Gizi RSUD Provinsi Sulbar. J Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu. 27 April 2022;10(1):8–17.
21. Fatmawati DI, Nirbaya A, Setyaningrum YI. Peningkatan Pengetahuan, Kepuasan dan Penurunan Sisa Makanan Pasien Hipertensi Akibat Konseling Gizi. Pontianak Nutr J PNJ. 12 September 2020;3(2):50.
22. Watowicz RP, Wexler RK, Weiss R, Anderson SE, Darragh AR, Taylor CA. Nutrition Counseling for Hypertension Within a Grocery Store: An Example of the Patient-Centered Medical Neighborhood Model. J Nutr Educ Behav. Februari 2019;51(2):129-137.e1.
23. et al AA. Counseling to Promote a Healthy Diet. Agency Healthc Res Qual US [Internet]. April 2002; Tersedia pada: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK42768/>
24. Lenders CM, Deen DD, Bistran B, Edwards MS, Seidner DL, McMahon MM, dkk. Residency and specialties training in nutrition: a call for action. Am J Clin Nutr. Mei 2014;99(5):1174S-1183S.
25. Fitzgerald JD, Andrade JM, Curl SL, Smith EB, Torna E, Nelson DS. Development of nutrition counselling resources for family medicine using the knowledge to action framework. Fam Pract. 4 Februari 2021;38(1):32-7.
26. I I, W Ladepa, N Afrinis. Hubungan Pengetahuan dan Motivasi dengan Sisa Makanan Pada Pasien Hipertensi. Jurnal Kesehatan Tambusai. 2023;4(1):58–64.

27. Latifani D, Syaury A, Wijayanti HS, Nissa C. Nutrition Counseling with and without Modules towards Nutrition Knowledge, Attitude, and Macronutrient Intake among Prediabetic Women. *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo)*. 2020;66(Supplement):S167–72.
28. Spahn JM, Reeves RS, Keim KS, Laquatra I, Kellogg M, Jortberg B, dkk. State of the Evidence Regarding Behavior Change Theories and Strategies in Nutrition Counseling to Facilitate Health and Food Behavior Change. *J Am Diet Assoc*. Juni 2010;110(6):879–91.
29. Mostafa Vahedian, Roya Sadeghi, Rohollah Fardlu, Azamossadat Nazeri. Effect of educational booklet and lecture on nutritional knowledge, attitude and behavior of third-grade male guidance school students. *J Community Health Res*. 3(1).
30. Hatefnia E, Alizadeh K, Ghorbani M. Applying the theory of planned behavior to determine factors associated with physical activity by women with hypertension in rural areas of Iran. *Asian Biomed*. 30 April 2019;12(2):83–90.
31. Green LW. Modifying and Developing Health Behavior. *Annu Rev Public Health*. Mei 1984;5(1):215–36.
32. Lin PH, Yancy WS, Pollak KI, Dolor RJ, Marcello J, Samsa GP, dkk. The Influence of a Physician and Patient Intervention Program on Dietary Intake. *J Acad Nutr Diet*. November 2013;113(11):1465–75.
33. Lally P, Van Jaarsveld CHM, Potts HWW, Wardle J. How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *Eur J Soc Psychol*. Oktober 2010;40(6):998–1009.

