

**PENGARUH PROGRAM MANAJEMEN DIRI BERBASIS KELOMPOK TERHADAP PERILAKU DIET HIPERTENSI DI ACEH**

**EFFECTS OF GROUP-BASED DIETARY SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON DIETARY BEHAVIORS OF HYPERTENSION IN ACEH**

**Arfiza Ridwan<sup>1</sup>, Umaporn Boonyasopun<sup>2</sup>, Piyanuch Jittanoon<sup>3</sup>, Farah Dineva R<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Keperawatan Komunitas, Fakultas Keperawatan, Universitas Syiah Kuala, Indonesia

<sup>2</sup>Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Thailand

<sup>3</sup>Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Thailand

<sup>4</sup>Keperawatan Jiwa, Fakultas Keperawatan, Universitas Syiah Kuala, Indonesia

Corresponding author: arfizaridwan@unsyiah.ac.id

**ABSTRAK**

Hipertensi merupakan tantangan di semua negara karena prevalensinya yang tinggi. Perawatan hipertensi dalam keperawatan komunitas melibatkan perawatan non-farmakologis terstruktur termasuk konseling tentang perubahan gaya hidup. Tujuan dari studi kuasi-eksperimental ini adalah untuk menguji efek dari program manajemen diri diet berbasis kelompok pada perilaku diet masyarakat dengan hipertensi. Delapan puluh delapan sampel dipilih dan dibagi menjadi kelompok eksperimen dan kontrol. Kelompok eksperimen mendapatkan program pengelolaan pola makan berbasis kelompok, sedangkan kelompok kontrol hanya mendapat buku pedoman perilaku diet hipertensi ketika penelitian selesai. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan dari perilaku diet kelompok eksperimen sebelum dan sesudah mengikuti program ( $t = -11,315$ ,  $df = 43$ ,  $p < 0,05$ ). Terdapat juga perbedaan yang signifikan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol ( $t = 9.231$ ,  $df = 86$ ,  $p < 0.05$ ). Hal tersebut mengindikasikan bahwa program manajemen diri diet berbasis kelompok meningkatkan perilaku diet masyarakat penderita hipertensi secara efektif di Indonesia.

**Kata kunci:** Hipertensi, manajemen diri, diet, kelompok

**ABSTRACT**

Hypertension is a challenge in all countries due to its high prevalence. Hypertensive care in community nursing involves having a structured non-pharmacological treatment plan including counseling about lifestyle changes. The objective of this quasi-experimental study was to examine the effects of a group-based dietary self-management program on the dietary behaviors of community dwellers with hypertension. Eighty-eight samples were recruited from the selected setting and divided into the experimental and the control group. The experimental group received a group-based dietary self-management program, while the control group only received the handbook of dietary behaviors of hypertension when the study was completed. The results showed there was a statistically significant difference in dietary behaviors of the experimental group before and after attending the group-based dietary self-management program ( $t = -11.315$ ,  $df = 43$ ,  $p < 0.05$ ). There was also a statistically significant difference between the experimental group and the control group ( $t = 9.231$ ,  $df = 86$ ,  $p < 0.05$ ). These findings indicated this group-based dietary self-management program effectively improves the dietary behaviors of community dwellers with hypertension in Indonesia.

**Keywords:** hypertension, self-management, diet, group

## PENDAHULUAN

Sekitar jutaan kematian setiap tahun di seluruh dunia terkait dengan tekanan darah, salah satunya adalah hipertensi. Hipertensi memiliki hubungan yang kuat dengan penyakit lain yang lebih serius seperti gagal ginjal, stroke, serangan jantung, dan infark miokardiak.<sup>1</sup> Menurut Riset Kesehatan Dasar Aceh, prevalensi hipertensi di Aceh pada usia diatas 18 tahun sebesar 9,32 persen pada tahun 2018 atau berjumlah 26.119.<sup>2</sup> Nilai statistik ini menjadi alasan mengapa hipertensi menjadi salah satu masalah kesehatan yang perlu mendapat prioritas dalam program pemerintah di Indonesia.

Beberapa studi tentang program berbasis kelompok telah ditinjau.<sup>3</sup> Meskipun hanya ada sedikit penelitian yang spesifik untuk hipertensi, program berbasis kelompok telah menunjukkan keefektifannya pada beberapa kondisi seperti stroke kronis, gagal jantung kronis,<sup>4,5</sup> diabetes,<sup>6</sup> sindrom metabolik,<sup>7</sup> dan pada orang tua.<sup>8</sup>

Tujuan dari manajemen hipertensi adalah untuk mencegah morbiditas dan mortalitas yang disebabkan oleh hipertensi dengan cara menjaga tekanan darah dalam kisaran normal (di bawah 140/90 mmHg), *Seventh Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC 7) juga menyatakan tujuan yang sama, namun ditambahkan informasi lebih lanjut bagi penderita diabetes atau penyakit ginjal kronis, tujuannya adalah untuk menjaga tekanan darah di bawah 130/80 mmHg). JNC 8 merekomendasikan “Pada populasi umum berusia  $\geq 60$  tahun, mulai pengobatan farmakologis untuk menurunkan tekanan darah pada TD sistolik (SBP)  $\geq 150$  mm Hg atau TD diastolik (DBP)  $\geq 90$  mm Hg dan obati hingga target SBP  $< 150$  mm Hg dan target DBP  $< 90$  mm Hg”.<sup>1</sup>

Pengobatan hipertensi non-farmakologis kini telah menjadi isu populer karena peningkatan kesadaran bahwa pengobatan hanya mengurangi, daripada menghilangkan risiko untuk masalah masa depan.<sup>9</sup> Dari beberapa penelitian, pengobatan non-farmakologis telah menunjukkan bahwa penurunan tekanan darah yang berkelanjutan dapat dicapai dengan modifikasi gaya hidup. Hal ini berakibat pada penurunan prevalensi hipertensi serta penurunan risiko komplikasi.

Namun, tidak mudah untuk mengubah perilaku tersebut.

Berdasarkan hasil studi empiris, perilaku yang sering dikaitkan dengan hipertensi adalah modifikasi diet, pengendalian berat badan, penggunaan alkohol, merokok, dan aktivitas fisik. Sedangkan menurut Laporan JNC, perilaku tersebut terdiri dari penurunan berat badan, pola makan *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH), pengurangan diet sodium, aktivitas fisik, dan konsumsi alkohol secukupnya. Selain itu, pengidap hipertensi juga dianjurkan untuk berhenti merokok. Orang dengan hipertensi harus didorong untuk mengadopsi perilaku ini, terutama bagi mereka yang memiliki faktor risiko tambahan untuk penyakit kardiovaskular dan diabetes melitus.<sup>1</sup>

Kebanyakan penderita hipertensi adalah orang dewasa yang lebih tua. Kelompok ini dianggap memiliki masalah mulut, karena status gigi berhubungan langsung dengan status gizi.<sup>10</sup> Apalagi indera perasa lansia juga telah berkurang. Oleh karena itu, hal itu dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk mengadopsi pola makan yang telah direkomendasikan. Status gizi dan asupan dari banyak zat gizi mempengaruhi kejadian dan keparahan hipertensi. Itu sebabnya perilaku diet diperlukan untuk mempromosikan, mencegah, dan mengelola hipertensi. Asupan tinggi natrium klorida mempengaruhi konsumen untuk hipertensi, seperti halnya asupan alkohol di atas sedang. Sementara asupan tinggi kalium, asam lemak tak jenuh ganda, dan protein, bersama dengan olahraga dan kemungkinan vitamin D dapat menurunkan tekanan darah. Selain itu, penelitian terbaru mencatat bahwa diet DASH adalah salah satu cara yang baik untuk mencegah atau memperbaiki hipertensi ringan, karena diet tersebut menyediakan informasi tentang pola makan yang tinggi buah-buahan, sayuran, dan produk susu rendah lemak. Kunci dari DASH adalah memasukkan makanan kaya nutrisi yang mengandung kalium, magnesium, protein, serat, dan kalsium yang berhubungan dengan penurunan tekanan darah. Pola makan ini rendah lemak jenuh, kolesterol, dan lemak total dan menekankan pada buah-buahan, sayuran, serta susu dan produk susu yang bebas lemak atau rendah lemak. Ini juga

termasuk produk biji-bijian, ikan, unggas, dan kacang-kacangan. Daging, manisan, pemanis tambahan, dan minuman yang mengandung gula. Pola makan DASH juga merekomendasikan orang dengan hipertensi untuk mengonsumsi natrium/garam tidak lebih dari 2.300 miligram atau 6 gram atau 1 sendok teh garam meja per hari. Bagaimanapun, 1.500 miligram atau 4 gram atau dua pertiga dari satu sendok teh garam meja kebanyakan direkomendasikan.<sup>11</sup>

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *quasi-experimental* dengan desain *two-group pre-post-test*. Kelompok eksperimen dan kelompok kontrol diperoleh dari lima desa di wilayah yang sama. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menguji efek dari program manajemen diri diet berbasis kelompok terhadap perilaku diet. Oleh karena itu, perilaku makan sampel diperiksa sebelum dan sesudah peneliti melakukan intervensi, kemudian skor tersebut dibandingkan untuk mengetahui apakah ada perubahan yang signifikan atau tidak. Populasi sasaran untuk penelitian ini adalah perempuan penghuni komunitas dengan hipertensi yang tinggal di desa terpilih di Provinsi Aceh, Indonesia.

Estimasi ukuran sampel untuk penelitian ini didasarkan pada *power analysis* dengan menggunakan *effect size* (d) dari penelitian sebelumnya yang paling mirip dengan penelitian ini. Setelah meninjau beberapa penelitian, peneliti menggunakan *effect size* dari penelitian Park et al.<sup>12</sup> *Effect size* dihitung dengan menggunakan efek program pada perilaku manajemen diri dan menghasilkan efek sedang hingga tinggi dengan  $d = 0,65$ . Menurut Polit dan Beck<sup>13</sup>, untuk mencapai  $\alpha = 0,05$ ,  $p = 0,80$ , dan  $d = 0,65$ , setidaknya diperlukan 44 sampel untuk setiap kelompok; kelompok eksperimen dan kontrol. Kriteria inklusi untuk memilih sampel penelitian ini adalah orang dewasa dan lansia, didiagnosis hipertensi oleh dokter atau perawat, tidak lumpuh, tidak ada gangguan kognitif, mampu berkomunikasi dengan peneliti, mampu membaca dan menulis, serta bersedia dan setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dari awal hingga akhir.

Sebuah studi percontohan dilakukan untuk memeriksa kelayakan prosedur intervensi yang direncanakan. Tujuh orang

yang terlibat dalam uji reliabilitas diundang untuk membentuk sebuah kelompok untuk menerima intervensi yang direncanakan.<sup>3</sup> Hasil studi percontohan menunjukkan bahwa secara umum program manajemen diri diet berbasis kelompok yang direncanakan layak untuk diterapkan pada sampel sasaran.

### a. Prosedur Kerja

Intervensi dikembangkan berdasarkan konsep manajemen diri oleh Kanfer dan Guylick-Buys.<sup>14</sup> Langkah-langkah intervensi adalah; 1) berbagi dan merefleksikan perilaku diet individu saat ini, 2) sesi edukasi oleh peneliti tentang hipertensi dan perilaku diet, 3) perbandingan individu dari perilaku dan refleksi hambatan, 4) penetapan tujuan mingguan individu, dan 5) tindak lanjut. Selain itu, sampel juga diberikan buku pedoman perilaku diet untuk hipertensi dan formulir penetapan tujuan oleh peneliti dan formulir penetapan tujuan yang harus diisi oleh sampel setiap minggu secara mandiri.

*Minggu 1.* Semua sampel yang datang ke program diminta untuk menandatangani *informed consent* atau menyatakannya secara lisan. Kemudian, mereka diminta untuk mengisi instrumen pengumpulan data (*pre-test*). Setelah melengkapi instrumen data, intervensi program dimulai. Sebelum memulai intervensi, anggota kelompok diminta untuk memilih seorang pemimpin di antara mereka. Intervensi dalam pertemuan ini adalah; (1) berbagi dan merefleksikan perilaku diet individu saat ini, (2) sesi pendidikan yang dipimpin oleh peneliti tentang hipertensi dan perilaku diet, (3) perbandingan perilaku individu dan refleksi tentang hambatan, dan (4) penetapan tujuan individu secara mingguan.

*Minggu 2, Minggu 3, dan Minggu 4.* Dari minggu ke-2 hingga minggu ke-4, sampel memantau perilaku diet mereka dengan melanjutkan dan melengkapi sendiri formulir penetapan tujuan selama total tiga minggu. Itu dilakukan setiap minggu tanpa ada intervensi dari peneliti. Tujuan dapat dipertahankan, dimodifikasi, dan ditambahkan sendiri. Selain itu, anggota kelompok dapat memanggil ketua kelompok mereka selama periode ini jika mereka menemui kesulitan dan masalah dalam mengisi formulir penetapan tujuan. Ketua kelompok juga memberikan motivasi kepada semua anggota

kelompok dalam meningkatkan tujuan dan tindakan mereka. Jika ketua tidak bisa menyelesaikan masalah yang dihadapi anggota kelompok, ketua menghubungi peneliti untuk membantu mereka.

*Minggu 4.* Untuk pertemuan terakhir ini, peneliti berdiskusi dengan sampel tentang kemajuan mereka dalam melakukan perilaku yang diinginkan yang telah mereka tetapkan selama minggu-minggu sebelumnya. Mereka didampingi untuk merefleksikan dan mengevaluasi pencapaian mereka dengan menggunakan formulir penetapan tujuan. Selain itu, peneliti menguatkan dan mendorong mereka untuk melanjutkan apa yang telah mereka lakukan selama program berlangsung. Terakhir, sampel diminta untuk mengisi instrumen pengumpulan data dari peneliti.

#### **b. Alat dan Bahan**

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah *Dietary Behavior for Hypertension Questionnaire* (DBHQ) yang telah dikembangkan oleh peneliti sebelum intervensi. Instrumen ini terdiri dari 32 pernyataan yang mencakup tujuh domain; 1) mengkonsumsi produk biji-bijian, 2) mengkonsumsi sumber protein, 3) memperbanyak konsumsi sayur dan buah, 4) mengkonsumsi sumber kalsium, 5) mengurangi lemak dan minyak, 6) mengurangi garam dan natrium, dan 7) membatasi makanan manis dan gula tambahan. Instrumen yang digunakan dalam bahasa Indonesia. Tiga ahli diminta untuk memvalidasi isi instrumen, baik program maupun instrumen pengumpulan data. Instrumen ini diuji dengan 20 orang yang memenuhi kriteria inklusi yang sama dari penelitian ini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa koefisien DBHQ sebesar 0,74, yang dianggap reliabel untuk instrumen yang baru

dikembangkan. Tujuh dari dua puluh orang juga dilibatkan dalam studi percontohan untuk memeriksa kelayakan program.

#### **c. Etik**

Penelitian ini telah disetujui oleh *Committee of Ethical Clearance*, Fakultas Keperawatan Prince of Songkla University, Thailand.

#### **d. Statistik**

Statistik deskriptif digunakan untuk menganalisis dan mendeskripsikan karakteristik demografis dan karakteristik yang terkait dengan kesehatan dari sampel. Frekuensi, persentase, rata-rata, kisaran, dan *standard deviation* digunakan. Untuk menguji kesetaraan proporsi demografi dan karakteristik yang berhubungan dengan kesehatan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, digunakan *Chi-square*, uji Fisher, koreksi Kontinuitas, dan *independent t-test*.

Statistik inferensial digunakan untuk menguji hipotesis untuk membandingkan perilaku diet di dalam dan di antara kelompok. Asumsi normalitas dan homogenitas varians untuk variabel kontinu diperiksa sebelum pengujian hipotesis. Ditemukan bahwa total skor rata-rata perilaku diet kedua kelompok memenuhi asumsi. Oleh karena itu, statistik *independent t-test* digunakan untuk perbandingan antara kelompok dan *paired t-test* untuk perbandingan dalam kelompok. Tingkat signifikansi ditetapkan pada  $p < 0,05$ . Karena ada perbedaan yang signifikan dari skor *pre-test* antara dua kelompok, ANCOVA satu arah digunakan untuk mengontrol kontribusi yang memungkinkan dari skor *pre-test* yang dapat mempengaruhi hasil penelitian (skor *post-test*). Skor *pre-test* diperlakukan sebagai kovariat, sedangkan skor *post-test* adalah variabel dependen.

## HASIL

Tabel 1. Karakteristik Demografis Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Karakteristik	Kelompok Eksperimen (n = 44)		Kelompok Kontrol (n = 44)	
	n	%	n	%
Usia (tahun)	M= 55.84 SD=11.59 (Min-Max= 37-90)		M=54.30 SD=13.16 (Min-Max = 25-87)	
Status Pernikahan				
Belum Menikah	1	2.3	0	0
Menikah	22	50.0	27	61.4
Janda/Duda	21	47.7	17	38.6
Suku				
Aceh	44	100	43	97.7
Lainnya	0	0	1	2.3
Latar Pendidikan				
Tidak Bersekolah	10	22.7	13	29.5
Sekolah	33	75.0	29	65.9
Perguruan Tinggi	1	2.3	2	4.5
Pekerjaan				
Pensiunan	35	79.5	32	72.7
Pegawai/lainnya	9	20.5	12	27.3
Pengalaman mengikuti program tentang diet untuk hipertensi				
Ya	3	6.8	1	2.3
Tidak	41	93.2	43	97.7

Table 2. Karakteristik yang Berhubungan dengan Kesehatan Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol (N=88)

Karakteristik	Kelompok Eksperimen (n = 44)		Kelompok Kontrol (n = 44)	
	n	%	n	%
Lama menderita hhipertensi				
0 -5 tahun	31	70.5	31	70.5
6-10 tahun	8	18.2	10	22.7
≥ 10 tahun	5	11.4	3	6.8
Tekanan darah saat ini				
Pre-hipertensi	16	36.4	17	38.6
Tahap 1	15	34.1	11	25.0
Tahap 2	13	29.5	16	36.4
Sedang dalam pengobatan				
Tidak	32	72.7	32	72.7
Ya	12	27.3	12	27.3
Memiliki penyakit penyerta				
Tidak	41	93.2	37	84.1
Ya	3	6.8	7	15.9

**Table 3. Perbandingan Perbedaan *Pre-test* dan *Post-test* Skor Perilaku Diet Menggunakan *Paired t-test* (n=44)**

	<i>Pre-test</i>		<i>Post-test</i>		<i>t</i>	<i>p</i>
	Mean	SD	Mean	SD		
Kelompok Eksperimen (n = 44)	2.51	.194	2.95	.170	-11.315	.000
Kelompok Kontrol (n = 44)	2.65	.168	2.61	.170	1.245	.220

$p < 0.05$ .

Tabel 1 dan 2 menunjukkan karakteristik yang berhubungan dengan kesehatan dari kelompok eksperimen dan kontrol. Sampel pada kedua kelompok menderita hipertensi dengan durasi 0-5 tahun (70,5%). Sekitar sepertiga berada di tahap pra-hipertensi. Pada kedua kelompok, sebagian besar sampel sedang tidak dalam pengobatan dan tidak memiliki penyakit penyerta.

Tabel 3 dan 4 menunjukkan bahwa skor rata-rata total *pre-test* kelompok kontrol secara signifikan lebih tinggi daripada kelompok eksperimen ( $t = -3,595$ ,  $df = 86$ ,  $p < 0,05$ ). Pada *post-test*, kelompok eksperimen memiliki skor rata-rata total yang lebih tinggi secara signifikan daripada kelompok kontrol ( $t = 9.231$ ,  $df = 86$ ,  $p < 0.05$ ). Namun, temuan ini harus diinterpretasikan dengan hati-hati karena perbedaan antara kelompok pada *pre-test*.

**Table 4. Perbandingan Perbedaan *Pre-test* dan *Post-test* Skor Perilaku Diet Menggunakan *Independent t-test* (n=44)**

Perilaku Diet	Kelompok Eksperimen (n= 44)		Kelompok Kontrol (n= 44)		<i>t</i>	<b>P</b>
	Mean	SD	Mean	SD		
Rata-rata <i>Pre-test</i>	2.51	.194	2.65	.168	-3.595	.001
Rata-rata <i>Post-test</i>	2.95	.170	2.61	.170	9.329	.000

$p < 0.05$

Untuk memperhitungkan pengaruh skor *pre-test* yang bertindak sebagai perancu (*confounder*), itu diperlakukan sebagai "kovariat" dalam analisis selanjutnya menggunakan ANCOVA. Asumsi yang mendasari homogenitas varians [ $F(1,86) = 0,04$ ,  $p = 0,83$ ], distribusi normal, hubungan linier, dan persamaan kemiringan untuk ANCOVA satu arah terpenuhi. Tabel 5

menunjukkan bahwa setelah mengontrol skor *pre-test*, pengaruh antar kelompok masih signifikan [ $F(1,85) = 83,17$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,49$ ]. Dengan kata lain, program manajemen diri diet berbasis kelompok memiliki kontribusi yang signifikan terhadap perubahan perilaku diet kelompok eksperimen dibandingkan dengan kelompok kontrol.

**Table 5. Perbandingan Skor *Post-test* Kelompok Eksperimen dan Kontrol Setelah Mengontrol Skor *Pre-test* Menggunakan ANCOVA (N= 88)**

Sumber varians	Sum of Squares	<i>df</i>	Mean of Square	F	<i>P</i>	$\eta^2$
Kelompok	2.417	1	2.417	83.716	.000	.496
Rata-rata total skor <i>pre-test</i>	.041	1	.041	1.416	.237	.016
Error	2.454	85	.029			
Total	686.948	88				

$df = (1,85)$

## PEMBAHASAN

Usia rata-rata kedua kelompok dalam penelitian ini adalah lebih dari 50 tahun. Hipertensi dianggap sebagai masalah umum pada orang dewasa yang tinggal di masyarakat. Ini juga dikenal sebagai kondisi kronis paling umum yang mempengaruhi sekitar 26% populasi orang dewasa di seluruh dunia.<sup>15</sup> Baik pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol, sebagian besar sampel pernah menderita hipertensi selama 0-5 tahun (70,5% pada masing-masing kelompok). Mereka homogen dalam hal durasi mengidap hipertensi. Kebanyakan dari mereka pernah mengalami hipertensi selama kurang lebih satu tahun. Periode ini disebut hipertensi baru didiagnosis dimana sampel melaporkan bahwa mereka telah mengetahui bahwa mereka mengidap penyakit ini selama enam bulan atau lebih.<sup>16</sup> Intervensi gaya hidup yang melibatkan diet telah terbukti efektif dalam menurunkan tekanan darah pada orang dengan hipertensi selama periode 6 bulan.<sup>17</sup> Sepertiganya berada pada tahap pra-hipertensi dimana tekanan darah sistolik (SBP) antara 120 hingga 139 mmHg atau tekanan darah diastolik (DBP) antara 80 hingga 89 mmHg. Tahap ini tidak dianggap sebagai penyakit, namun diketahui meningkatkan risiko perkembangan menjadi hipertensi. Orang-orang ini harus diperlakukan dengan modifikasi gaya hidup.<sup>11</sup> Artinya sampel penelitian ini layak untuk dimasukkan dalam penelitian guna merubah perilaku pola makannya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok eksperimen memiliki perilaku makan yang lebih baik setelah pelaksanaan program. Hal ini juga menunjukkan bahwa perilaku diet mereka yang mengikuti program manajemen diri diet berbasis kelompok lebih baik daripada mereka yang tidak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok eksperimen memiliki perilaku makan yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol setelah pelaksanaan program. Temuan ini konsisten dengan beberapa penelitian sebelumnya tentang program manajemen diri berbasis kelompok.<sup>17-20</sup> Meskipun setiap studi berbeda dalam hal strategi, durasi, dan isinya, program manajemen diri diet berbasis kelompok telah menunjukkan keefektifannya

dalam mengubah perilaku diet. Ada beberapa alasan yang menjelaskan hasil positif dari penelitian ini. Alasan yang mendasari temuan ini meliputi penerapan proses manajemen diri, penerapan proses kelompok, motivasi sampel, dan interaksi antara peneliti dan sampel.

## SIMPULAN

Manajemen diri diet berbasis kelompok secara efektif meningkatkan perilaku diet dari sampel yang ditargetkan. Hasilnya menunjukkan bahwa program ini layak dan cocok untuk diterapkan di lingkungan masyarakat. Itu bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab terhadap masyarakat. Semua sampel dalam kelompok eksperimen melaporkan kepuasan mereka terhadap pembelajaran selama program berlangsung, dan mereka juga merasa nyaman dengan tubuh mereka sendiri selama 4 minggu mengikuti pedoman perilaku diet.

## SARAN

Hasil penelitian mengungkapkan bahwa perilaku diet dapat ditingkatkan dengan menerapkan konsep manajemen diri dimana pasien diperbolehkan untuk memantau perilakunya, mengevaluasi perilakunya sesuai standar, dan memperkuat diri mereka dengan menetapkan tujuan dan rencana tindakan. Perawat yang bekerja di komunitas dapat mengimplementasikan pedoman program ini sebagai protokol dalam menerapkan proses manajemen diri diet berbasis kelompok.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kovell L, Ahmed H, Misra S, Whelton S, Prokopowicz G, Blumenthal R, et al. US hypertension management guidelines: A review of the recent past and recommendations for the future. *J Am Hear Assoc.* 2015;4(12):1–11.
2. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Riset Kesehatan Dasar Provinsi Aceh. Jakarta; 2019.
3. Ridwan A, Kep S, Boonyasopun U, Jittanoon P. Development and pilot study of group-based dietary self-management program for community dwellers with hypertension. *Nurse Media J Nurs.* 2012;2(2):283–96.
4. Löfvenmark C, Karlsson M, Edner M, Billing E, Mattiasson A. A group-based

- multi-professional education programme for family members of patients with chronic heart failure: Effects on knowledge and patients' health care utilization. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2011;85(2):e162-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.09.026>
5. Nilsson B, Westheim A, Risberg M. Long-term effects of a group-based High-Intensity Aerobic Interval-Training Program in patients with chronic heart failure. *Am J Cardiol*. 2008;102(9):1220–4.
  6. Bastiaens H, Sunaert P, Wens J, Sabbe B, Jenkins L, Nobels F, et al. Supporting diabetes self-management in primary care: Pilot-study of a group-based programme focusing on diet and exercise. *Prim Care Diabetes*. 2009;3(2):103–9.
  7. Pettman T, Buckley J, Misan G, Coates A, Howe P. Health benefits of a 4-month group-based diet and lifestyle modification program for individuals with metabolic syndrome. *Obes Res Clin Pract*. 2009;3(4):221–35.
  8. Hajek P, Humphrey K, McRobbie H. Using group support to complement a task-based weight management programme in multi-ethnic localities of high deprivation. *Patient Educ Couns*. 2010;80(1):135–7.
  9. Bradbudy K, Morton K, Band R, van Woezik A, Grist R, McManus R, et al. Using the person-based approach to optimise a digital intervention for the management of hypertension. *PLoS One* [Internet]. 2018;13(5):1–19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0196868>
  10. McKenna G, Allen P, Flynn A, O'Mahony D, Damata C, Cronin M, et al. Impact of tooth replacement strategies on the nutritional status of partially-dentate elders. *Gerodontology* 2012. 29AD;2(883–90).
  11. Armstrong C, Senior A, Editor A. Practice Guidelines JNC 8: Guidelines for the management of hypertension [Internet]. American Academy of Family Physician; 2014. Available from: [www.aafp.org/afp](http://www.aafp.org/afp)
  12. Park Y, Song M, Cho B, Lim J, Song W, Kim S. The effects of an integrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2011;82(1):133–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.002>
  13. Polit D, Beck C. Essentials of nursing research Seventh Edition: Appraising evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
  14. Kanfer F, Gaelick-Buys L. Self-management methods. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1991.
  15. Iyer A, Ahmed M, Filippatos G, Ekundayo J, Aban I, Love T, et al. Uncontrolled hypertension and increased risk for incident heart failure in older adults with hypertension: Findings from a propensity-matched prospective population study. *J Am Soc Hypertens* [Internet]. 2010;4(1):22–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jash.2010.02.002>
  16. Neutel C, Campbell N. Changes in lifestyle after hypertension diagnosis in Canada. *Can J Cardiol* [Internet]. 2008;24(3):199–204. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0828-282X\(08\)70584-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0828-282X(08)70584-1)
  17. Fanaian M, Laws R, Passey M, McKenzie S, Wan Q, Davies G, et al. Health Improvement and Prevention Study (HIPS)-Evaluation of an intervention to prevent vascular disease in general practice. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2010;11:57. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-57>
  18. Bosworth H. Two self-management interventions to improve hypertension control. *Ann Intern Med*. 2009;151(10):687.
  19. Kendall E, Catalano T, Kuipers P, Posner N, Buys N, Charker J. Recovery following stroke: The role of self-management education. *Soc Sci Med*. 2007;64(3):735–46.

20. Xue F, Yao W, Lewin R. A randomised trial of a 5 week, manual based, self-management programme for hypertension delivered in a cardiac patient club in Shanghai. *BMC Cardiovasc Disord.* 2008;8:1–11.