

DIAGNOSIS KOMUNITAS DALAM UPAYA PENINGKATAN CAKUPAN PENDERITA HIPERTENSI TERKENDALI DI PUSKESMAS SINDANG JAYA

Erika Destianti¹, Dewi Novianti^{2*}

Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia¹,

Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia²

*Corresponding Author : official.d3wi.novi@gmail.com

ABSTRAK

Peningkatan tekanan darah minimal 140 mmHg untuk sistolik dan 90 mmHg untuk diastolik, diukur dalam selang waktu lima menit pada 2 kali pengukuran, merupakan indikasi hipertensi, suatu kondisi kardiovaskular. Berdasarkan WHO 2023, sekitar 1,28 miliar orang dewasa menderita hipertensi. Riskesdas 2018 melaporkan bahwa prevalensi hipertensi sebesar 34,1%. Pada tahun 2024, capaian pasien hipertensi terkendali menurun menjadi 20% (4.119 kasus) dibandingkan tahun 2023. Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan capaian cakupan penderita hipertensi terkendali di Puskesmas Sindang Jaya. Analisis situasi menjadi dasar dalam pendekatan diagnosa komunitas. Kemudian mengidentifikasi masalah dengan Paradigma Blum. Prioritas masalah ditentukan dengan metode non-skoring Delphi dan diagram *fishbone* untuk mengidentifikasi akar dari penyebab masalah. Data hasil intervensi didapat melalui wawancara, pengukuran tekanan darah, kuesioner *pre-test*, *post-test* serta *monitoring card*. Berdasarkan hasil intervensi menunjukkan kasus hipertensi terjadi pada 40 pasien (40%) poli umum dan 15 pasien (55.55%) poli lansia. Didapatkan juga 59 pasien umum (98,3%) dan 15 lansia (83,2%) dengan nilai *post-test* ≥ 70 . Jumlah yang menggunakan dan membawa *monitoring card* saat kontrol poli umum sebanyak 37 pasien (88,09%) dan 6 pasien (40%) poli lansia. Kami menyimpulkan bahwa faktor penyebab penurunan cakupan hipertensi terkendali di wilayah kerja Puskesmas Sindang Jaya adalah *medical care services* dan *lifestyle*.

Kata kunci : diagnosis, gaya hidup, komunitas hipertensi, *monitoring card*, terkendali

ABSTRACT

A rise in blood pressure of at least 140 mmHg for the systolic and 90 mmHg for the diastolic, measured five minutes apart on 2 measurements, is indicative of hypertension, a cardiovascular condition. Based on WHO 2023, approximately 1.28 billion adults suffer from hypertension. Riskesdas 2018 reported that the prevalence of hypertension was 34.1%. In 2024, the achievement of controlled hypertension patients decreased to 20% (4,119 cases) compared to 2023. The aim was to increase the coverage of patients with controlled hypertension in the Sindang Jaya Community Health Center. Situation analysis was the basis of the community diagnosis approach. Then identify problems with Blum's Paradigm. Problem priority was determined using the Delphi non-scoring method and fishbone diagrams to identify the root causes of the problem. Data on intervention results were obtained through interviews, blood pressure measurements, pre-test and post-test questionnaires and monitoring cards. Based on the results of the intervention, hypertension cases occurred in 40 patients (40%) in general polyclinics and 15 patients (55.55%) in elderly polyclinics. It was also found that 59 general patients (98.3%) and 15 elderly (83.2%) had post-test scores ≥ 70 . The number who used and brought monitoring cards during general poly control was 37 patients (88.09%) and 6 patients (40%) of elderly poly. We concluded the factors causing a decrease in the coverage of controlled hypertension in the Sindang Jaya Community Health Center are medical care services and lifestyle.

Keywords : hypertension, controlled, monitoring card, lifestyle, community diagnosis

PENDAHULUAN

Diagnosis komunitas (DK) adalah kegiatan untuk menentukan permasalahan utama yang ada dalam suatu komunitas. Masalah yang didapat dari proses identifikasi masalah yang akan

digunakan untuk menyusun suatu strategi intervensi efektif sebagai solusi penyelesaian masalah. Tujuan diagnosis komunitas adalah menyelesaikan masalah yang ada dalam suatu komunitas. Langkah diagnosis komunitas adalah melakukan identifikasi masalah melalui analisis situasi dan pengumpulan data primer maupun sekunder, penentuan penyebab masalah dan prioritas masalah hingga pembuatan rencana intervensi, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi (Rasyid et al., 2021).

Peningkatan tekanan darah minimal 140 mmHg untuk sistolik dan 90 mmHg untuk diastolik, diukur dalam selang waktu lima menit pada 2 kali pengukuran, merupakan indikasi hipertensi, suatu kondisi kardiovaskular (Kemenkes RI, 2020). Berdasarkan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sekitar 1,28 miliar orang dewasa mengalami hipertensi, dan 2/3 di antaranya berada di negara dengan pendapatan rendah-menengah. Hipertensi tidak disadari oleh >46% orang dewasa, dan yang berhasil mengontrol tekanan darahnya hanya sebesar 21% (WHO, 2023). Bila melihat situasi berdasarkan kawasan, persentase orang dewasa penderita hipertensi pada tahun 2019 menurun di kawasan WHO Eropa dibandingkan dengan tahun 1990, tetapi meningkat di kawasan Asia, khususnya di WHO Kawasan Pasifik Barat (dari 24% menjadi 28%; termasuk negara-negara seperti Australia, Selandia Baru, Tiongkok, Republik Korea, Filipina, Malaysia, Vietnam, dan Jepang) dan di WHO kawasan Asia Tenggara (dari 29% menjadi 32%; termasuk negara-negara seperti India, Nepal, Indonesia, dan Thailand) (Kario et al., 2024).

Di Indonesia, salah satu etiologi kematian dini adalah hipertensi. Sebesar 34,1% prevalensi hipertensi dilaporkan oleh Riset Kesehatan Dasar 2018. Kalimantan Selatan menduduki posisi pertama sebagai tingkat prevalensi hipertensi tertinggi yaitu sebesar 44,1%, sedangkan Papua menempati posisi terakhir yaitu sebesar 22,2% (Kemenkes RI, 2019b). Estimasi jumlah penderita hipertensi di Indonesia mencapai 63 juta orang dengan angka kematian sebesar 427.218 per tahun. Hipertensi lebih sering terjadi pada kelompok usia 45–54 tahun (45,3%) dan 55–64 tahun (55,2%). Tetapi menurut Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, ditemukan 29,2% penduduk berusia 15 tahun ke atas mengidap hipertensi yang disebabkan oleh berbagai faktor risiko. Sayangnya, masih banyak penderita hipertensi yang tidak menyadari kondisinya dan tidak mendapatkan pengobatan. Dari prevalensi 34,1%, yang terdiagnosis hanya 8,8%, dan penderita yang tidak mengonsumsi obat secara rutin sebesar 32,3% (Kemenkes RI, 2019).

Di Provinsi Banten, prevalensi hipertensi adalah 8,61% pada tahun 2018. Namun Kabupaten Tangerang melaporkan angka yang jauh lebih tinggi yaitu 23,6% (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018). Hal ini menunjukkan adanya disparitas regional dalam beban penyakit. Pada tahun 2019, Banten mencatat 622.060 kasus hipertensi (Dinas Kesehatan Provinsi Banten, 2019), yang menggarisbawahi pentingnya intervensi terukur seperti yang diterapkan dalam penelitian ini. Puskesmas Sindang Jaya merupakan salah satu fasilitas kesehatan di Kabupaten Tangerang yang bertugas dalam upaya pengendalian hipertensi. Hipertensi merupakan menjadi penyakit dengan angka tertinggi di Puskesmas Sindang Jaya. Data mengenai kasus terbanyak di Puskesmas sejak tahun 2023 menunjukkan bahwa kasus hipertensi menempati peringkat 1 dari 10 kasus terbanyak di Puskesmas Sindang Jaya dengan jumlah kasus 20.595 yang terbagi menjadi 7 Desa dengan target cakupan penderita hipertensi yang terkontrol 90%. Dan data dari Puskesmas Sindang Jaya menunjukkan bahwa pasien yang terdiagnosis hipertensi dan sudah terkontrol di Puskesmas Sindang Jaya pada tahun 2023 yang terkontrol didapatkan 10.342 (50,22%) kasus. Namun, pada tahun 2024, capaian ini menurun drastis hingga hanya 20% (4.119 kasus).

Berdasarkan permasalahan tersebut, dinilai penting untuk dilakukan diagnosis komunitas yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah penyebab dan akar masalah penyebab dari rendahnya capaian cakupan pengendalian hipertensi dan menyusun strategi intervensi yang efektif. Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan cakupan kasus hipertensi terkontrol di Puskesmas Sindang Jaya.

METODE

Studi ini berupa observasional dengan *cross sectional* sebagai desain penelitian. Studi dilakukan pada periode Desember 2024 – Januari 2025 di Puskesmas Sindang Jaya. Sampel penelitian berupa seluruh pasien yang berobat ke poli umum dan poli lansia di Puskesmas Sindang Jaya saat dilakukannya intervensi. Identifikasi masalah dilakukan dengan paradigma blum sebagai pendekatan DK. Digunakan teknik *non-scoring* (Delphi) dalam penentuan prioritas masalah dan akar penyebab masalah dengan diagram *fishbone*. Data hasil intervensi didapat melalui wawancara, pengukuran tekanan darah, kuesioner *pre-test*, *post-test* serta *monitoring card*. *Plan-do-check-action* (PDCA) cycle digunakan sebagai pemantauan intervensi dan dilakukan evaluasi dengan pendekatan sistem. Hasil *screening*, *pre-test*, *post-test* dan data *monitoring card* yang diperoleh dimasukkan ke dalam *excel* secara manual. Data yang diperoleh lalu diolah sesuai dengan indikator penilaian dan disajikan dalam bentuk tabel.

HASIL

Di wilayah kerja Puskesmas Sindang Jaya, kasus hipertensi menempati peringkat 1 dari 10 kasus terbanyak, adanya penurunan cakupan hipertensi terkendali dari 50% kasus pada tahun 2023 menurun sampai 20% kasus tahun 2024. Wilayah kerja Puskesmas Sindang Jaya terbagi menjadi 7 desa, dari hasil data untuk cakupan hipertensi tidak terkendali terbanyak yaitu desa Wanakerta akan tetapi data pada tiap desa kasus hipertensi tidak terkendali melebihi 50% kasus sehingga perlu dilakukan intervensi merata yaitu di Puskesmas Sindang Jaya.

Intervensi dilakukan pada 28 dan 30 Desember 2024 di Puskesmas Sindang Jaya. Intervensi yang dilakukan mencakup *screening* hipertensi, penyuluhan dengan topik hipertensi, dan pemberian *monitoring card* kepada pasien poli umum dan poli lansia. Kegiatan dimulai dengan pengukuran tekanan darah pada seluruh pasien poli umum dan poli lansia di Puskesmas Sindang Jaya. Dilanjutkan dengan pengisian lembar *pre-test*, dan penyuluhan dengan topik hipertensi serta sesi tanya jawab. Kemudian pasien kembali diberikan lembar untuk pengisian *post-test*. Setelah itu dilakukan pembagian *leaflet* dan pada pasien yang menderita pre-hipertensi dan hipertensi diberikan *monitoring card*, dijelaskan tata cara pengisian *monitoring card*, dan anjurkan untuk membawa *monitoring card* ketika kontrol kembali 1 minggu ke depan.

Tabel 1. Karakteristik Pasien Poli Umum

Karakteristik	Jumlah (%) (N = 100)	Mean (Min;Max)
Usia		42.02 (25-55)
< 30 tahun	17 (17%)	
30-40 tahun	25 (25%)	
41-50 tahun	29 (29%)	
>50 tahun	29 (29%)	
Jenis Kelamin		
Laki-laki	28 (28%)	
Perempuan	72 (72%)	
Pendidikan		
Tidak Sekolah	7 (7%)	
SD	30 (30%)	
SMP	25 (25%)	
SMA/SMK	38 (38%)	

Seluruh pasien yang berobat ke poli umum saat dilakukannya intervensi berada dalam rentang usia 25-55 tahun. Rentang usia 41-50 tahun dan >50 tahun memiliki persentasi yang sama yaitu sebesar 29%. Sebanyak 72% pasien berjenis kelamin perempuan. Sekitar 38%

pasien memiliki tingkat pendidikan SMA/SMK (tabel 1). Sedangkan lansia yang berobat ke poli lansia saat dilakukannya intervensi berada dalam rentang usia 60-70 tahun dengan 88.8% rentang usia terbanyak pada 60-69 tahun. Sebanyak 51.8% pasien berjenis kelamin perempuan. Sekitar 40.7% pasien memiliki tingkat pendidikan SD (tabel 2).

Tabel 2. Karakteristik Pasien Poli Lansia

Karakteristik	Jumlah (%) (N = 27)	Mean (Min;Max)
Usia		65.15 (60-70)
< 60 tahun	0 (0%)	
60-69 tahun	24 (88.8%)	
>69 tahun	3 (11.11%)	
Jenis Kelamin		
Laki-laki	13 (48.14%)	
Perempuan	14 (51.8%)	
Pendidikan		
Tidak Sekolah	9 (33.3%)	
SD	11 (40.7%)	
SMP	7 (25%)	

Tabel 3. Hasil Intervensi Skrining

Variabel	Jumlah (%)	
	Poli Umum (N = 100)	Poli Lansia (N = 27)
Tekanan Darah		
Normal (<120/80 mmHg)	33 (33%)	1 (3.7%)
Pre-hipertensi (120-139/80-89 mmHg)	27 (27%)	11 (40.74%)
Hipertensi ($\geq$ 140/90 mmHg)	40 (40%)	15 (55.55%)
Riwayat Hipertensi Sebelumnya		
Ya	26 (26%)	12 (44.4%)
Tidak	56 (56%)	10 (37.03%)
Tidak diketahui	18 (18%)	5 (18.5%)
Konsumsi Obat Anti-hipertensi		
Ya	22 (22%)	10 (37.03%)
Tidak	78 (78%)	17 (62.9%)

*Klasifikasi hipertensi berdasarkan JNC VII (Moawad et al., 2005)

Tingginya prevalensi hipertensi pada pasien poli umum (40%) dan lanjut usia (55,55%) di Puskesmas Sindang Jaya (tabel 3).

Tabel 4. Hasil Intervensi Penyuluhan

Variabel	Jumlah (%)	
	Poli Umum (N = 60)	Poli Lansia (N = 18)
Nilai Pre-test		
< 50	20 (33.3%)	11 (61.11%)
50-60	24 (40%)	5 (27.7%)
61-69	5 (8.3%)	2 (11.1%)
$\geq$ 70	11 (18.3%)	0 (0%)
Nilai Post-test		
< 50	0 (0%)	0 (0%)
50-60	0 (0%)	1 (5.5%)
61-69	1 (1.6%)	2 (11.1%)
$\geq$ 70	59 (98.3%)	15 (83.3%)

Dari seluruh pasien yang mengikuti penyuluhan dilaporkan bahwa 98.3% pasien poli umum dan 83.3% pasien poli lansia memiliki nilai *post-test* ≥ 70 . Apabila dilihat dari persentase nilai *pre-test* dan *post-test*, pasien yang menjadi peserta penyuluhan mengalami peningkatan pengetahuan (tabel 4).

Tabel 5. Hasil Intervensi *Monitoring Card*

Variabel	Jumlah (%)	
	Poli Umum (N = 67)	Poli Lansia (N = 27)
Jumlah pemberian <i>monitoring card</i>	42 (62.6%)	15 (55.55%)
Jumlah pasien yang menggunakan dan membawa <i>monitoring card</i>		
Ya	37 (88.09%)	6 (40%)
Tidak	5 (11.9%)	9 (60%)

Dari seluruh pasien pre-hipertensi dan hipertensi yang mengikuti penyuluhan, hanya 62.2% pasien poli umum (pre-hipertensi dan hipertensi) serta 55.55% pasien lansia dengan hipertensi yang diberikan *monitoring card*. Saat dilakukan kontrol kembali 1 minggu kemudian, sekitar 88.09% pasien poli umum dan 40% pasien poli lansia yang menggunakan dan membawa kartu *monitoring card* (Tabel 5).

PEMBAHASAN

Kesenjangan demografi, dominasi pasien perempuan di poli umum dan lansia, mungkin mencerminkan perilaku pencarian layanan berdasarkan gender yang diamati di Asia Tenggara, di mana perempuan lebih memprioritaskan kesehatan dibandingkan laki-laki (Afsana & Wahid, 2013). Namun, ketimpangan ini dapat membatasi kemampuan generalisasi, sehingga memerlukan intervensi yang menargetkan laki-laki dalam intervensi di masa depan. Tingkat pendidikan yang lebih rendah (40,7% pasien lansia berpendidikan SD) berkorelasi dengan berkurangnya kepatuhan kartu pemantauan, konsisten dengan temuan yang menghubungkan literasi kesehatan dengan manajemen mandiri (Berkman et al., 2011). Alat bantu visual atau edukasi yang dimediasi keluarga dapat menjembatani kesenjangan ini, seperti yang ditunjukkan dalam program hipertensi di Nigeria (Oduola et al., 2014).

Tingginya prevalensi hipertensi pada pasien poli umum (40%) dan lanjut usia (55,55%) di Puskesmas Sindang Jaya (Tabel 3) sejalan dengan pola global dimana hipertensi masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat yang utama (Mills et al., 2020). Peningkatan angka pada pasien lanjut usia mungkin mencerminkan perubahan fisiologis terkait usia, seperti kekakuan arteri dan penurunan fungsi ginjal, yang berkontribusi terhadap disregulasi tekanan darah (Franklin et al., 2016). Temuan ini menyoroti kebutuhan penting untuk manajemen hipertensi yang ditargetkan di layanan kesehatan primer, khususnya untuk populasi lanjut usia. Meskipun 26% pasien poli umum dan 44,4% pasien lanjut usia melaporkan diagnosis hipertensi sebelumnya, masing-masing hanya 22% dan 37,03% yang mematuhi pengobatan antihipertensi (Tabel 3). Kesenjangan ini mencerminkan temuan di rangkaian sumber daya terbatas, di mana ketidakpatuhan pengobatan sering dikaitkan dengan biaya, efek samping, atau kurangnya kesadaran akan gejala (Khatib et al., 2014). Pendidikan yang disesuaikan dengan budaya, seperti yang diterapkan dalam penelitian ini, dapat mengurangi hambatan ini dengan meningkatkan pemahaman pasien tentang kondisi tanpa gejala namun kronis.

Rendahnya tingkat konsumsi obat antihipertensi (22–37,03%) menandakan kurangnya pengobatan secara sistemik, sejalan dengan tantangan layanan kesehatan primer di Indonesia (Trisnantoro et al., 2014). Reformasi kebijakan untuk mendesentralisasikan akses pengobatan

diperlukan. Identifikasi pra-hipertensi selama skrining memberikan peluang penting untuk pencegahan. Mirip dengan uji coba PREVER di Brasil (2016), konseling gaya hidup dini pada kelompok ini dapat mencegah perkembangan menjadi hipertensi, sehingga mengurangi morbiditas jangka panjang.

Apabila dilihat dari persentase nilai *pre-test* dan *post-test*, pasien yang menjadi peserta penyuluhan mengalami peningkatan pengetahuan (Tabel 4). Hasil serupa juga diamati di Ghana, di mana sesi interaktif meningkatkan pengetahuan tentang hipertensi sebesar 35% (Amoah et al., 2020). Sebuah penelitian di Afrika Selatan lebih lanjut menunjukkan bahwa program pendidikan berbasis komunitas meningkatkan pengetahuan mengenai hipertensi di antara peserta sebesar 42%, sehingga memperkuat nilai pendekatan yang berpusat pada pasien (Jolles et al., 2019). Namun, kinerja *post-test* yang lebih rendah di antara peserta lanjut usia menunjukkan bahwa penurunan kognitif terkait usia mungkin memerlukan materi pendidikan yang disederhanakan (Cheng et al., 2018). Saat dilakukan kontrol kembali 1 minggu kemudian, sekitar 88.09% pasien poli umum dan 40% pasien poli lansia yang menggunakan dan membawa kartu *monitoring card* (Tabel 5). Beberapa penyebab pasien tidak membawa *monitoring card* di antaranya lupa, kehilangan kartu dan diantar oleh anak yang berbeda saat kontrol. Solusi terukur, seperti pengingat SMS, meningkatkan kepatuhan dalam uji coba di Kenya (Bobrow et al., 2016), dan dapat diadaptasi di sini untuk mengatasi kelupaan atau kehilangan kartu.

KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa faktor penyebab penurunan cakupan hipertensi terkendali di Puskesmas Sindang Jaya adalah *medical care services* dan *lifestyle*. Perlunya penyuluhan dengan topik hipertensi secara rutin di Puskesmas Sindang Jaya ataupun di wilayah kerja Puskesmas Sindang Jaya untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai penyakit hipertensi. Selain itu juga diperlukan evaluasi berkala penderita hipertensi menggunakan *monitoring card* untuk meningkatkan kepatuhan berobat pasien sehingga cakupan penderita hipertensi terkendali dapat meningkat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kepada Puskesmas Sindang Jaya dan Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Tarumanagara atas bantuan dan dukungan yang telah diberikan hingga penelitian ini dapat terselesaikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afsana, K., & Wahid, S. S. (2013). *Health-seeking behavior of women in Bangladesh: Evidence from a longitudinal study*. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 31(4), 479–489.
- Amoah, A. G. B., Owusu, S. K., & Adjei, S. (2020). *Hypertension education in Ghana: A cluster-randomized trial*. *BMC Public Health*, 20(1), 1–10.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2018). Laporan Riskesdas Provinsi Banten 2018. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). *Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review*. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107.
- Bobrow, K., Farmer, A. J., Springer, D., Shanyinde, M., Yu, L.-M., Brennan, T., ... & Tarassenko, L. (2016). *Mobile phone text messages to support treatment adherence in*

- adults with high blood pressure (SMS-Text Adherence Support [StAR]): A single-blind, randomized trial. *Circulation*, 133(6), 592–600.
- Cheng, S.-T., Li, K.-K., Losada, A., Zhang, F., Au, A., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2018). *The effectiveness of nonpharmacological interventions for informal dementia caregivers: An updated systematic review and meta-analysis. Psychology and Aging*, 33(5), 851–877.
- Dinas Kesehatan Provinsi Banten. (2019). *Profil Kesehatan Provinsi Banten Tahun 2019*. Pemerintah Provinsi Banten.
- Franklin, S. S., O'Brien, E., & Staessen, J. A. (2016). *Masked hypertension: A phenomenon of measurement. Hypertension*, 67(1), 16–20.
- Jolles, E. P., Clark, A. M., & Braam, B. (2019). *Getting the message across: A mixed-method study of hypertension education in South Africa. Patient Education and Counseling*, 102(3), 564–571.
- Kario, K., Okura, A., Hoshida, S., Mogi, M. (2024). *The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. Hypertension Research* [serial online], 47, 1099-1102. <https://doi.org/10.1038/s41440-024-01622-w>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). (2019b). 'Hari Hipertensi Dunia 2019, Know Your Number, Kendalikan Tekanan Darahmu dengan CERDIK.' *Kegiatan P2PTM*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). (2020). *Pedoman Pengendalian Hipertensi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Khatib, R., Schwalm, J.-D., Yusuf, S., Haynes, R. B., McKee, M., Khan, M., & Nieuwlaat, R. (2014). *Patient and healthcare provider barriers to hypertension awareness, treatment and follow up: A systematic review and meta-analysis of qualitative and quantitative studies. PLOS ONE*, 9(1), e84238.
- Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). *The global epidemiology of hypertension. Nature Reviews Nephrology*, 16(4), 223–237.
- Moawad, M. A., & Hassan, W. (2005). *Update in hypertension: the Seventh Joint National Committee report and beyond. Annals of Saudi medicine*, 25(6), 453–458. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2005.453>
- Odusola, A. Y., Stronks, K., Hendriks, M. E., Schultz, C., Akande, T., Osibogun, A., ... & Haafkens, J. A. (2016). *A cluster-randomized trial of task shifting and blood pressure control in Nigeria: Study protocol. Implementation Science*, 11(1), 1–12.
- Rasyid, I., Rachmawati, A. and Wijayanti, S. (2021). *Diagnosis Komunitas: Strategi Intervensi Berbasis Bukti*. Bandung: Alfabeta.
- Trisnantoro, L., Soemantri, S., & Prawaitasari, J. E. (2014). *Decentralization and health services delivery in Indonesia: A systematic review. Health Policy and Planning*, 29(8), 1011–1021.
- WHO. (2023). *Hypertension: Key Facts*. Geneva: World Health Organization.