



Community Diagnosis dalam Penentuan Prioritas Hipertensi dan Diabetes di Desa Molopatodu Kecamatan Bongomeme Kabupaten Gorontalo

Franning Deisi Badu

Departemen Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Gorontalo, Indonesia

ABSTRAK

Penelitian ini menitikberatkan pada peningkatan kasus hipertensi dan diabetes melitus di wilayah pedesaan melalui pendekatan Community Diagnosis yang bersifat partisipatif. Dengan melibatkan masyarakat secara aktif, penelitian ini bertujuan memperoleh gambaran nyata kondisi kesehatan lokal serta menetapkan prioritas masalah kesehatan berdasarkan data dan kebutuhan masyarakat Desa Molopatodu. Pendekatan ini diharapkan dapat menjadi dasar perencanaan intervensi kesehatan yang lebih tepat sasaran dan berkelanjutan di Desa Molopatodu, Kecamatan Bongomeme, Kabupaten Gorontalo. Penelitian menggunakan pendekatan deskriptif partisipatif dengan melibatkan masyarakat, kader kesehatan, dan tenaga kesehatan desa. Sampel sebanyak 210 responden diperoleh menggunakan teknik *accidental sampling*. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi lapangan, *focus group discussion* (FGD), serta analisis data sekunder dari Puskesmas Bongomeme dan pemerintah desa. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 43 responden (20.5%) menderita hipertensi, 144 responden (68.6%) memiliki tekanan darah normal, 23 responden (11%) mengalami hipotensi, dan 9 responden (4.3%) teridentifikasi menderita diabetes melitus. Temuan ini menunjukkan bahwa hipertensi masih menjadi masalah kesehatan yang paling dominan di tingkat desa dibandingkan dengan diabetes melitus. Pendekatan *Community Diagnosis* terbukti efektif dalam mengidentifikasi dan menetapkan prioritas masalah kesehatan masyarakat secara partisipatif, serta dapat menjadi dasar bagi perencanaan program promotif dan preventif yang kontekstual, berkelanjutan, dan memberdayakan masyarakat.

Kata Kunci : Community Diagnosis, Diabetes Mellitus, Hipertensi

ABSTRACT

A community-based approach is needed to comprehensively and participatorily understand local health conditions. The Community Diagnosis method systematically involves communities in identifying and prioritizing key health problems based on local data and needs. This study aimed to identify and prioritize public health problems related to hypertension and diabetes mellitus using a participatory Community Diagnosis approach in Molopatodu Village, Bongomeme District, Gorontalo Regency. A descriptive participatory design was applied involving community members, health cadres, and local health workers. A total of 210 respondents were selected using accidental sampling. Data were collected through interviews, field observations, focus group discussions (FGDs), and secondary data from the Bongomeme Health Center. Results showed that 43 respondents (20.5%) had hypertension, 144 (68.6%) had normal blood pressure, and 23 (11%) had hypotension. 9 respondents (4.3%) were identified with diabetes mellitus. These findings indicate that hypertension remains the most dominant NCD at the village level compared to diabetes. The Community Diagnosis approach effectively identified and prioritized health problems related to hypertension and diabetes mellitus through community participation. The results provide a foundation for developing more contextual, sustainable, and empowering promotive-preventive programs for NCD control in rural communities.

Keywords: Community Diagnosis, Hypertension, Diabetes Mellitus

Koresponden:

Nama : Franning Deisi Badu
Alamat : FKM Universitas Gorontalo
No. Hp : 085219828174
e-mail : bfranning@gmail.com

PENDAHULUAN

Di Indonesia, termasuk di wilayah pedesaan, diabetes mellitus dan hipertensi menjadi masalah kesehatan masyarakat yang semakin meningkat. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan bahwa 34.1 persen penduduk usia lebih dari 18 tahun memiliki hipertensi, meningkat dari 25.8 persen pada tahun 2013. Dalam hal diabetes mellitus, prevalensinya meningkat dari 6.9 persen pada Riskesdas 2013 menjadi 8.5 persen pada Riskesdas 2018 [1]. Namun, diagnosis resmi (yang diberikan oleh dokter) masih relatif sedikit, dan prevalensi berbeda di kota dan pedesaan, menunjukkan perbedaan dalam deteksi dan pelayanan kesehatan [2]. Kenaikan prevalensi ini berkaitan erat dengan perubahan gaya hidup (pola makan tinggi gula/garam, konsumsi makanan olahan), rendahnya aktivitas fisik, serta faktor determinan sosial ekonomi dan lingkungan seperti tingkat pendidikan, pendapatan, akses layanan kesehatan dan pengetahuan masyarakat. Di banyak desa, identifikasi masalah PTM masih bersifat parsial, kurang sistematis dan kurang melibatkan masyarakat secara langsung. Permasalahan seperti hipertensi dan diabetes sering terabaikan ketika tidak menunjukkan gejala (hipertensi dikenal sebagai *silent killer*), atau ketika diagnosis dan pengobatan belum dilakukan karena keterbatasan fasilitas, ketidaktahuan, atau faktor budaya [3]. Dalam rangka merancang intervensi kesehatan yang efektif, relevan, dan berkelanjutan, diperlukan pendekatan berbasis masyarakat (*community-based*) yang mampu mengidentifikasi masalah kesehatan lokal, menggali determinan penyebabnya, dan menetapkan prioritas intervensi sesuai kebutuhan spesifik desa. Salah satu pendekatan yang menjawab kebutuhan tersebut ialah *Community Diagnosis*, yaitu proses sistematis untuk mengumpulkan data primer dan sekunder dari komunitas, analisis situasi, partisipasi masyarakat, dan penyusunan prioritas masalah kesehatan yang dianggap paling mendesak [4,5]. Pendekatan ini tidak hanya membantu memperoleh gambaran situasi PTM di tingkat lokal, tetapi juga meningkatkan *sense of ownership* masyarakat dan mendukung keberlanjutan program intervensi [6].

Beberapa kajian di Indonesia menunjukkan bahwa sebagian besar kasus hipertensi belum terdiagnosa, terutama di wilayah pedesaan dan pada kelompok berpendidikan rendah. Misalnya, studi menemukan bahwa 76.3% orang dengan hipertensi di Indonesia belum terdiagnosa. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun penyakit sudah ada dalam populasi, kesadaran dan deteksi dini masih sangat terbatas [7]. Selain itu, studi menyebutkan bahwa hanya sekitar 26.9% individu yang mengetahui bahwa mereka memiliki hipertensi, sementara jumlah mereka yang mengobati dan mengendalikan tekanan darahnya jauh lebih kecil [8].

Dalam kasus diabetes mellitus, tantangan juga besar. Review literatur *Challenges in diabetes management in Indonesia* menunjukkan bahwa kesadaran akan diabetes rendah terutama di daerah terpencil, dan diagnosis sering terlambat sehingga komplikasi mulai muncul sebelum intervensi yang memadai diterapkan. Di samping itu, akses terhadap fasilitas kesehatan, edukasi, dan sumber daya pengelolaan diabetes (seperti alat cek gula, asesor medis khusus, atau ketersediaan obat) seringkali terbatas di wilayah pedesaan [8]. Faktor sosial ekonomi juga memberikan kontribusi signifikan terhadap perbedaan dalam diagnosis dan pengelolaan hipertensi. Studi lintas distrik menunjukkan bahwa daerah dengan tingkat pendidikan dan pendapatan yang lebih rendah cenderung memiliki prevalensi hipertensi tidak terdiagnosa yang lebih tinggi. Lebih lanjut, perilaku kesehatan seperti aktivitas fisik rendah, pola makan tinggi garam dan gula, penggunaan alkohol, dan obesitas berperan sebagai faktor risiko utama PTM, termasuk hipertensi. Studi di daerah pedesaan seperti Mapanget, Minahasa, menunjukkan hubungan yang signifikan antara hipertensi dengan obesitas, konsumsi alkohol, merokok, aktivitas fisik, dan riwayat keluarga [9].

Kebijakan dan program nasional juga sudah ada untuk mengendalikan PTM, misalnya melalui program skrining PTM, Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS), dan strategi P2PTM oleh Kementerian Kesehatan. Namun, pelaksanaan di tingkat desa masih menghadapi kendala keterbatasan sumber daya dan kurangnya adaptasi intervensi berdasarkan konteks lokal. Pendekatan *Community Diagnosis* yang berbasis partisipatif dapat menjembatani gap ini dengan melibatkan masyarakat dalam proses identifikasi masalah,

analisis determinan lokal, dan penetapan prioritas, sehingga intervensi menjadi lebih relevan, diterima, dan berkelanjutan.

Puskesmas Bongomeme pada tahun 2025, menunjukkan bahwa hipertensi menjadi masalah kesehatan terbanyak dengan 265 kasus. Penyakit lain yang cukup sering ditemukan antara lain sefalgia (105 kasus), dispepsia (102 kasus), myalgia (91 kasus), artritis (90 kasus), dan *common cold* (81 kasus). Penyakit kulit seperti dermatitis tercatat sebanyak 44 kasus, sedangkan pulpitis, febris, dan diabetes melitus masing-masing tercatat 20, 17, dan 57 kasus. Total keseluruhan kasus dari 10 penyakit terbanyak mencapai 872 kasus, mengindikasikan kebutuhan perhatian khusus pada penyakit kronis dan penyakit infeksi dalam pelayanan 25 kesehatan di daerah tersebut. Prioritas masalah kesehatan di Desa Molopatodu adalah hipertensi, yang menyerang 43 orang atau sekitar (20.5%) dari total penduduk. Kondisi ini perlu mendapat perhatian serius karena hipertensi sering tidak bergejala dan berpotensi menimbulkan komplikasi berat seperti stroke, penyakit jantung, dan gagal ginjal apabila tidak ditangani secara optimal. Komplikasi tersebut dapat menyebabkan kecacatan, menurunkan produktivitas, serta meningkatkan beban ekonomi keluarga dan sistem kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan upaya identifikasi dan penetapan prioritas masalah hipertensi secara tepat sebagai dasar perencanaan intervensi kesehatan berbasis masyarakat. Oleh karena itu, perlu dilakukan upaya pencegahan dan pengendalian hipertensi melalui edukasi masyarakat, peningkatan akses ke pelayanan kesehatan, peningkatan partisipasi masyarakat, promosi gaya hidup sehat, serta pemantauan dan pengobatan yang tepat untuk mengurangi risiko komplikasi kesehatan yang terkait dengan hipertensi di Desa Molopatodu. Tujuan penelitian ini yang telah dilakukan untuk menerapkan pendekatan Community Diagnosis secara partisipatif di desa untuk mengidentifikasi dan menetapkan prioritas masalah kesehatan yang berkaitan dengan hipertensi dan diabetes mellitus. Hasilnya diharapkan akan menyediakan data lokal yang valid dan kontekstual, sebagai dasar bagi perencanaan intervensi promotif-preventif yang tepat sasaran dan mampu meningkatkan pengendalian PTM di Desa.

METODE

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif, yang bertujuan untuk menggambarkan karakteristik masyarakat Desa Molopatodu meliputi karakteristik umum responden, jenis kelamin, perilaku merokok, serta kejadian hipertensi dan diabetes mellitus. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 210 responden yang diambil dari total 860 populasi. Sampel penelitian adalah masyarakat Desa Molopatodu yang ditemui dan bersedia menjadi responden. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah accidental sampling, yaitu responden dipilih berdasarkan siapa saja yang secara kebetulan ditemui pada saat penelitian dan memenuhi kriteria inklusi.

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan data sekunder, yang diperoleh dari Puskesmas Bongomeme dan Profil Desa Molopatodu, serta data primer yang dikumpulkan melalui instrumen kuesioner terstruktur. Data yang diperoleh selanjutnya dianalisis menggunakan analisis deskriptif, dan hasilnya disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi serta dinarasikan untuk memberikan gambaran kondisi responden secara komprehensif.

HASIL

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin

| Karakteristik | Klasifikasi | |
|---------------|-------------|------|
| | n | % |
| Usia (thn) | | |
| 20 - 40 | 75 | 35.7 |

| | | |
|------------------|-----|------|
| 41 - 60 | 90 | 42.8 |
| 61 - 80 | 45 | 21.4 |
| Jenis Kelamin | | |
| Laki-laki | 89 | 42.4 |
| Perempuan | 121 | 57.6 |
| Perilaku Merokok | | |
| Merokok | 55 | 26.2 |
| Tidak Merokok | 155 | 73.8 |

Tabel 1. Menunjukkan bahwa dari 210 responden lebih banyak berusia 41 – 60 tahun sebanyak 90 orang (42.8%), dan berjenis kelamin perempuan sebanyak 121 orang (57.6%) lebih banyak dibandingkan laki – laki sebanyak 89 orang (42.4%), serta didapatkan responden dengan perilaku merokok sebanyak 55 orang (26.2%) dibandingkan dengan yang tidak merokok sebanyak 155 orang (73.8%). Data yang didapatkan ini dari hasil wawancara dengan responden yang bersedia menjadi responden dan ditemui langsung di Desa Molopatodu.

Tabel 2. Riwayat Masalah Kesehatan

| Riwayat | Klasifikasi | |
|------------------------|-------------|------|
| | n | % |
| Kategori Tekanan darah | | |
| Bukan Hipertensi | 144 | 68.6 |
| Hipotensi | 23 | 11 |
| Hipertensi | 43 | 20.5 |
| Kategori GDS | | |
| Diabetes | 9 | 4.3 |
| Tidak Diabetes | 201 | 95.7 |

Tabel 2 menunjukkan bahwa Dari 210 responden ditemui, Penderita Hipertensi sebanyak 43 orang (20.5%), sedangkan bukan hipertensi lebih banyak 144 orang (68.6) dibandingkan dengan hipotensi 23 (11%). Selain itu, Penderita Diabetes didapatkan hanya sebesar 9 orang (4.3%) dari 210 responden yang ditemui.

PEMBAHASAN

Temuan studi menunjukkan bahwa hipertensi memiliki prevalensi tertinggi dan berkaitan dengan berbagai faktor risiko perilaku. Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang melaporkan meningkatnya kejadian hipertensi di wilayah pedesaan sebagai dampak transisi epidemiologi dan perubahan gaya hidup [10]. Temuan penelitian ini didukung oleh teori determinan sosial kesehatan yang menjelaskan keterkaitan antara faktor individu, lingkungan, dan perilaku terhadap kejadian penyakit tidak menular. Hasil studi ini memberikan implikasi penting bagi pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan primer, khususnya dalam penguatan skrining, edukasi, dan pemantauan hipertensi berbasis komunitas. Mayoritas responden berada pada kelompok usia dewasa dan lanjut usia, dengan proporsi perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki. Pola ini sesuai dengan hasil Riskesdas 2018, yang menunjukkan prevalensi hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia dan lebih banyak ditemukan pada perempuan [1]. Kondisi serupa juga ditemukan pada diabetes melitus, dimana risiko meningkat

pada kelompok usia di atas 40 tahun akibat perubahan metabolisme dan gaya hidup. Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan rendah dan pekerjaan tidak tetap, yang berimplikasi pada rendahnya literasi kesehatan serta kurangnya kemampuan ekonomi untuk melakukan pemeriksaan rutin dan pengobatan berkelanjutan. Hal ini sejalan dengan penelitian Dewi RK et al., [11] yang menyebutkan bahwa faktor sosial ekonomi berpengaruh signifikan terhadap kontrol tekanan darah dan kadar gula darah, terutama pada masyarakat pedesaan.

Hasil analisis menunjukkan bahwa faktor perilaku seperti pola makan tinggi garam dan gula, kurang aktivitas fisik, serta kebiasaan merokok menjadi determinan dominan terhadap kejadian hipertensi dan diabetes melitus di desa. Studi Simalango EYM [2] menyatakan bahwa 60–80% kasus hipertensi dan diabetes dapat dicegah melalui modifikasi gaya hidup sehat. Namun, di tingkat masyarakat desa, perilaku pencegahan masih rendah karena keterbatasan pengetahuan dan dukungan sosial yang memadai. Selain itu, faktor lingkungan dan sosial juga turut berperan. Keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan, jarak yang jauh ke Puskesmas, serta minimnya kegiatan *Posbindu PTM* menyebabkan rendahnya deteksi dini. Temuan ini konsisten dengan studi Woodham NS et al. [12] yang menunjukkan bahwa akses terhadap layanan kesehatan merupakan salah satu determinan utama keberhasilan pengendalian PTM di wilayah rural Indonesia.

Melalui penerapan pendekatan *Community Diagnosis*, penelitian ini berhasil mengidentifikasi bahwa hipertensi dan diabetes melitus merupakan dua masalah kesehatan prioritas di desa. Pendekatan ini memungkinkan masyarakat, kader kesehatan, dan tenaga kesehatan untuk berkolaborasi dalam menganalisis situasi kesehatan lokal secara partisipatif. Hasil diskusi kelompok (FGD) memperlihatkan bahwa masyarakat menyadari pentingnya deteksi dini dan perubahan perilaku, namun membutuhkan dukungan edukasi dan kegiatan terstruktur di tingkat keluarga. Hal ini sejalan dengan konsep *Participatory Rural Appraisal (PRA)* dan teori *Community-Based Health Promotion* yang menekankan pentingnya pemberdayaan masyarakat dalam setiap tahapan analisis dan pengambilan keputusan [13–16]. Pendekatan partisipatif tidak hanya memperkuat validitas data, tetapi juga membangun rasa memiliki (*sense of ownership*) terhadap upaya pencegahan dan pengendalian penyakit.

Temuan penelitian ini dapat menjadi dasar bagi perencanaan intervensi promotif dan preventif di tingkat desa. Upaya yang dapat dilakukan antara lain peningkatan kegiatan *Posbindu PTM*, pelatihan kader kesehatan tentang deteksi dini tekanan darah dan kadar gula darah, serta penyusunan modul edukasi partisipatif berbasis keluarga. Dengan demikian, hasil *Community Diagnosis* tidak berhenti pada tahap identifikasi, tetapi berlanjut pada perencanaan program yang berkelanjutan dan sesuai dengan konteks lokal. Pendekatan ini juga mendukung implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), yang menekankan pentingnya data berbasis keluarga untuk memantau indikator kesehatan nasional. Dengan berbasis pada data lapangan yang diperoleh secara partisipatif, intervensi akan lebih terarah, efisien, dan berdaya guna dalam menurunkan beban PTM di masyarakat pedesaan [1].

Keterbatasan penelitian ini terletak pada penggunaan teknik *accidental sampling* yang dapat menimbulkan bias representatif. Namun, metode ini masih dianggap relevan untuk studi eksploratif berbasis komunitas yang bertujuan mengidentifikasi masalah kesehatan dan menetapkan prioritas intervensi awal di wilayah dengan sumber daya terbatas.

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa penerapan *Community Diagnosis* secara partisipatif di tingkat desa efektif dalam mengidentifikasi dan menetapkan prioritas masalah kesehatan masyarakat, khususnya hipertensi dan diabetes Mellitus sebagai dua penyakit tidak menular utama yang dihadapi masyarakat pedesaan. Pendekatan partisipatif yang digunakan mampu mengidentifikasi besarnya masalah dan menjadi dasar penetapan prioritas kesehatan masyarakat. Temuan ini menegaskan pentingnya penguatan upaya promotif dan preventif serta

peningkatan peran fasilitas kesehatan primer dalam pengendalian hipertensi berbasis komunitas. ditemukan prevalensi kasus hipertensi dan diabetes melitus ada di Desa Molopatodu Kecamatan Bongomeme Kabupaten Gorontalo. Kondisi sosial ekonomi yang terbatas, rendahnya akses terhadap layanan kesehatan, serta minimnya kegiatan deteksi dini menjadi faktor penghambat utama dalam pengendalian penyakit tidak menular di wilayah desa Molopatodu Kecamatan Bongomeme Kabupaten Gorontalo.

Perlunya meningkatkan skrining rutin, edukasi, dan pemantauan hipertensi berbasis masyarakat bagi Pelayanan kesehatan Tingkat Primer. Pemerintah desa dan kader kesehatan perlu dilibatkan secara aktif dalam upaya pencegahan dan pengendalian faktor risiko Penyakit tidak Menular termasuk Hipertensi dan Diabetes Mellitus. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat menggunakan desain Analitik dan cakupan responden yang lebih luas untuk memperkuat hasil penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023: Penyakit Tidak Menular. Bul Jendela Data dan Inf Kesehat. 2023;67–87. [[View at Publisher](#)]
2. Simalango EYM. Hubungan Tekanan Darah dan Tingkat Stress pada Dewasa Muda. *Jmh J Med Utama*. 2021;3(1):1581–9. [[View at Publisher](#)] [[Google Scholar](#)]
3. Sakinah MF, Rejeki DSS, Nurlaela S. Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi di Pedesaan dan Perkotaan Kabupaten Banyumas (Analisis Data Riskesdas 2018). *J Kesmas Indones*. 2021;13(1):46–63. [[View at Publisher](#)] [[Google Scholar](#)]
4. Saptadi JD, Suwandi AY, Putri AA. Kegiatan Community Diagnosis Hipertensi di RT 02 dan 04 Dukuh Jomblangan Kelurahan Banguntapan. *IJECS Indones J Empower Community Serv*. 2024;5(1):48–55. [[View at Publisher](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Utami DO, Sulistyawati S. Community Diagnosis dan Peningkatan Pengetahuan Penyakit Hipertensi pada Masyarakat RT. 02 Desa Dalam, Kecamatan Alas, Sumbawa. *Abdimasku J Pengabd Masy*. 2021;4(3):320–5. [[View at Publisher](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Febriyona R, Sudirman ANA, Paneo I. Pemberdayaan Keluarga Dalam Melaksanakan Tugas Kesehatan Keluarga Pada Penyakit Hipertensi. *RESWARA J Pengabd Kpd Masy*. 2023;4(1):226–34. [[View at Publisher](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Oktamianti P, Kusuma D, Amir V, Tjandrarini DH, Paramita A. Does the Disparity Patterning Differ between Diagnosed and Undiagnosed Hypertension among Adults? Evidence from Indonesia. *Healthc*. 2023;11(6):1–16. [[View at Publisher](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Mashuri YA, Ng N, Santosa A. Socioeconomic disparities in the burden of hypertension among Indonesian adults - a multilevel analysis. *Glob Health Action*. 2022;15(1). [[View at Publisher](#)] [[Google Scholar](#)]
9. Firdaus J, Kunoli, Djadid Subchan, Abdul Latif, Amir A. Pengaruh Media Leaflet terhadap Pengetahuan Kader Kesehatan tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Tatanan Rumah Tangga di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Talise. *Media Publ Promosi Kesehat Indones*. 2022;5(6):757–62. [[View at Publisher](#)] [[Google Scholar](#)]
10. Hajar A, Robur NA, Fatahuddin, Ishar M, Zavira AAM, Yuliana, et al. Penyuluhan Kesehatan Cegah Dan Kendalikan “Hipertensi” Agar Hidup Sehat Lebih Lama. *Jurnall Inov Pendidik*. 2024;6(1):52–61. [[View at Publisher](#)] [[Google Scholar](#)]
11. Dewi RK, Mega Puspita NL, Putri Ardela M, Rohmawati H, Aminah S, Eka Fitriasnani M, et al. Peningkatan Kesadaran Hidup Sehat untuk Pencegahan Covid -19 melalui Cuci Tangan dan memakai Masker. *J Community Engagem Heal*. 2021;4(2):287–90. [[View at Publisher](#)] [[Google Scholar](#)]
12. Dhrik M, Prasetya AANPR, Ratnasari PMD. Analisis Hubungan Pengetahuan terkait Hipertensi dengan

- Kepatuhan Minum Obat dan Kontrol Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi. *J Ilm Medicam*. 2023;9(1):70–7. [[View at Publisher](#)] [[Google Scholar](#)]
13. Woodham NS, Taneepanichskul S, Somrongthong R, Kitsanapun A, Sompakdee B. Effectiveness of a multidisciplinary approach intervention to improve blood pressure control among elderly hypertensive patients in rural Thailand: A quasi-experimental study. *J Multidiscip Healthc*. 2020;13:571–80. [[View at Publisher](#)] [[Google Scholar](#)]
 14. Lu CH, Tang ST, Lei YX, Zhang MQ, Lin WQ, Ding SH, et al. Community-based interventions in hypertensive patients: A comparison of three health education strategies. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1–9. [[View at Publisher](#)] [[Google Scholar](#)]
 15. Afshari M, Gholamaliec B, Kangavari M, Partoi N, Afshari M, Nazari M. Examining the Effect of the Training Program by Using the Health Belief Model in Performing Self-Care Behaviors of Rural Patients Having High Blood Pressure. *Int Q Community Health Educ*. 2021; [[View at Publisher](#)] [[Google Scholar](#)]
 16. Williamson TM, Moran C, McLennan A, Seidel S, Ma PP, Koerner ML, et al. Promoting adherence to physical activity among individuals with cardiovascular disease using behavioral counseling: A theory and research-based primer for health care professionals. *Prog Cardiovasc Dis* [Internet]. 2021;64:41–54. [[View at Publisher](#)] [[Google Scholar](#)]