
Pengaruh Pemberdayaan Kelompok Khusus Berbasis *Social Determinants of Health (SDH)* Terhadap *Health Behavior* Wanita Penderita Hipertensi di Desa Darsono Kecamatan Arjasa

Gilang Arya Mahmudi ¹

¹Universitas Muhammadiyah Jember

Email : gilangcimong13@gmail.com

*Correspondensi: Gilang Arya Mahmudi

Email: gilangcimong13@gmail.com

Published: Januari, 2026



Copyright: © 2026 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY NC) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstrak: Hipertensi merupakan masalah kesehatan kronis yang memerlukan perilaku kesehatan yang baik untuk mencegah komplikasi. Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh pemberdayaan kelompok berbasis *Social Determinants of Health (SDH)* terhadap perilaku kesehatan wanita hipertensi. Penelitian menggunakan desain pra-eksperimental dengan pendekatan *one group pre-test-posttest* pada 35 responden yang dipilih menggunakan *total sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah intervensi, proporsi perilaku kesehatan baik meningkat dari 20,0% menjadi 54,3%, sedangkan kategori kurang menurun dari 42,9% menjadi 11,4%. Nilai median perilaku kesehatan meningkat dari 15 menjadi 19. Dengan demikian, pemberdayaan kelompok berbasis SDH efektif meningkatkan perilaku kesehatan wanita hipertensi melalui peningkatan pengetahuan, dukungan sosial, dan partisipasi aktif dalam pengelolaan hipertensi.

Keywords: *Social Determinants of Health*; Pemberdayaan Kelompok Khusus; Hipertensi; *Health Behavior*

PENDAHULUAN

Penyakit Tidak Menular (PTM) terus menjadi tantangan utama dalam dunia kesehatan, baik secara global maupun nasional (Dahal et al., 2021). Indonesia, pergeseran dari era tradisional ke era modern menyebabkan banyaknya perubahan gaya hidup, termasuk tren penyakit di masyarakat (Arifin et al., 2022). Penyakit kronis didefinisikan sebagai kondisi medis jangka panjang yang progresif, tidak menular, dan membutuhkan perawatan berkelanjutan untuk mencegah komplikasi yang memperparah kondisi (Kemenkes RI, 2022). Hipertensi merupakan salah satu bentuk penyakit kronis yang paling banyak ditemukan di Indonesia, yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau diastolik ≥ 90 mmHg, hal tersebut dapat menjadi faktor risiko utama penyakit jantung, (Putri et al., 2023).

Hipertensi masih menjadi salah satu penyakit kronis dengan prevalensi tertinggi di dunia, dan menempati peringkat pertama Penyakit Tidak Menular (PTM) di Indonesia (Kemenkes RI, 2022). Proses terjadinya hipertensi melibatkan peningkatan resistensi pembuluh darah perifer dan disfungsi endotel yang mengganggu regulasi tekanan darah (Nugraha et al., 2021). Hipertensi dipengaruhi oleh faktor risiko seperti konsumsi garam berlebih, obesitas, kurang aktivitas fisik, stres,

kebiasaan merokok, serta rendahnya kepatuhan dalam mengonsumsi obat antihipertensi (Wulandari et al., 2021).

Berdasarkan data yang dirilis oleh *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2021, menunjukkan bahwa lebih dari 1,28 miliar orang di dunia berusia 30-79 tahun menderita hipertensi, dan hampir dua pertiganya tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2021). Sekitar 46% penderita hipertensi tidak menyadari kondisi mereka, dan hanya 21% yang memiliki kontrol tekanan darah yang baik (Zhou et al., 2021). Laporan dari *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia* menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi nasional mencapai 34,1% pada orang dewasa, setara dengan sekitar 70 juta penduduk Indonesia (Kemenkes RI, 2022). Provinsi Jawa Timur, data *Riskesdas* mencatat prevalensi hipertensi sebesar 36,3%, hal tersebut lebih tinggi dari rata-rata nasional 34,1% (Pradono et al., 2022).

Kabupaten Jember merupakan salah satu daerah dengan angka hipertensi yang cukup tinggi di Jawa Timur. Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, terdapat 102.384 kasus hipertensi terdiagnosis pada tahun 2023 (Dinkes Jember, 2023). Berdasarkan data tersebut, Kecamatan Arjasa menempati peringkat tertinggi prevalensi hipertensi, diikuti oleh Kecamatan Sumpalsari (Supriyadi et al., 2023). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada periode September-November 2024, terdapat 1.684 penderita hipertensi yang terdaftar, dengan 42% di antaranya memiliki riwayat komplikasi kardiovaskular, menjadikan Arjasa sebagai wilayah dengan prevalensi hipertensi tertinggi di Jember (Puskesmas Arjasa, 2024). Selain itu, wilayah Puskesmas Arjasa juga menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi tertinggi terjadi pada kelompok perempuan, yaitu sebesar 63,1%, menandakan adanya kecenderungan lebih tinggi kasus hipertensi pada perempuan,

Berdasarkan studi yang dilakukan Hidayati et al. (2023), menunjukkan bahwa program pemberdayaan kelompok khusus mampu meningkatkan akses penderita hipertensi terhadap layanan kesehatan primer di wilayah perdesaan. Peningkatan daya beli keluarga berkontribusi pada perilaku sehat (*health behavior*) penderita (Hidayati, 2023). Dalam penelitian Rahman tahun 2024, pendekatan *Social Determinants of Health (SDH)* digunakan untuk memetakan faktor perilaku dan gaya hidup dengan adanya determinan utama yakni pendidikan, yang berkontribusi terhadap kualitas hidup penderita hipertensi. Hasilnya, variabel pola perilaku sehat penderita memiliki korelasi positif dengan tingkat kontrol hipertensi. Maka dengan adanya penelitian tersebut, penerapan SDH menjadi dasar yang kuat untuk mengintegrasikan pemberdayaan sebagai intervensi utama berbasis masyarakat dalam meningkatkan perilaku sehat (Rahman, 2024).

Berdasarkan urgensi di atas, diperlukan upaya untuk meningkatkan peran pemberdayaan kelompok khusus dalam mendukung penanganan hipertensi di wilayah dengan keterbatasan fasilitas transportasi dan akses kesehatan seperti wilayah Arjasa. Pemberdayaan komunitas dengan pendekatan *Social Determinants of Health (SDH)* diharapkan menjadi strategi efektif untuk mendorong perubahan perilaku kesehatan (*health behavior*) penderita. Pendekatan ini, masyarakat

didorong untuk lebih aktif dalam melakukan pemeriksaan tekanan darah secara rutin, menjaga pola makan rendah garam dan lemak, meningkatkan aktivitas fisik, serta mengurangi stres dan kebiasaan merokok. Pemberdayaan berbasis SDH, hal ini berperan penting dalam membangun kesadaran, mengubah pola hidup menjadi lebih sehat, dan memperkuat dukungan sosial di tingkat komunitas sebagai upaya preventif dalam menanggulangi permasalahan.

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan metode sistematis yang digunakan oleh peneliti selama proses penelitian untuk mengidentifikasi pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain *pre eksperimen*, yaitu *pre-test-posttest design*. Desain ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberdayaan komunitas berbasis *Social Determinants of Health* (SDH) terhadap perubahan perilaku kesehatan (*health behavior*) wanita penderita hipertensi di Desa Darsono Kecamatan Arjasa.

Populasi, Sampel dan Tehnik Sampling

Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh wanita penderita hipertensi yang berdomisili di Desa Darsono, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Jember, berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Arjasa tahun 2024 sebanyak 54 orang. Populasi tersebut terdiri atas wanita usia 35-65 tahun yang telah didiagnosis hipertensi oleh tenaga kesehatan dan berdomisili tetap di wilayah Desa Darsono. Kriteria populasi penelitian meliputi:

Kriteria Inklusi

- a. Responden yang dapat diikutsertakan dalam penelitian adalah:
Wanita yang telah didiagnosis hipertensi minimal selama 6 bulan oleh tenaga kesehatan.
- b. Bersedia menjadi responden penelitian dengan menandatangani lembar *informed consent*.
- c. Dapat berkomunikasi dengan baik dan memahami instruksi selama kegiatan penelitian berlangsung.
- d. Berdomisili tetap di Desa Darsono selama minimal 1 tahun terakhir.
- e. Tidak sedang mengikuti program intervensi kesehatan lain yang dapat memengaruhi perilaku kesehatan (misalnya terapi re 33 dukasi hipertensi, atau pelatihan gaya hidup sehat).

Kriteria Eksklusi

- a. Responden yang tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian adalah:
- b. Wanita hipertensi yang tidak hadir atau tidak menyelesaikan seluruh rangkaian kegiatan pemberdayaan komunitas.

- c. Responden yang mengalami gangguan komunikasi (seperti gangguan pendengaran berat atau kognitif) yang menghambat pengisian kuesioner.
- d. Penderita hipertensi yang mengalami komplikasi berat (seperti stroke, gagal ginjal, atau penyakit jantung kronis) sehingga tidak memungkinkan mengikuti kegiatan penelitian.
- e. Responden yang menarik diri atau mencabut persetujuan (*informed consent*) selama penelitian berlangsung.

Tabel 4.1. Populasi wanita penderita hipertensi di Desa Darsono yang Melakukan Pemeriksaan di Puskesmas Arjasa, Mei 2025

No	Wilayah	Populasi (Orang)
1	Dusun Krajan	24
2	Dusun Darsono Timur	17
3	Dusun Darsono Barat	13
Total		54 (Orang)

Sampel

Apabila peneliti menghadapi keterbatasan waktu, biaya, dan tenaga, maka perlu dilakukan pengambilan sampel yang representatif dari populasi (Adiputra et al., 2021). Penentuan besar sampel dilakukan menggunakan rumus Slovin, dengan tingkat kesalahan (error tolerance) sebesar

10%:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi (54 orang)

e = tingkat kesalahan (10% atau 0,1)

$$N = \frac{54}{1 + 54(0,1)^2} = \frac{54}{1 + 0,54} = \frac{54}{1,54} = 35,06$$

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 35 responden wanita penderita hipertensi di Desa Darsono, Kecamatan Arjasa. Selanjutnya, jumlah sampel tersebut didistribusikan secara proporsional pada masing-masing dusun berdasarkan jumlah populasi yang ada. Perhitungan dilakukan menggunakan rumus:

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

- a. n_i = jumlah sampel pada tiap dusun
- b. N_i = jumlah populasi pada tiap dusun
- c. N = jumlah populasi keseluruhan (54 orang)
- d. n = jumlah sampel penelitian (35 orang)

Adapun perhitungan jumlah sampel pada masing-masing dusun adalah sebagai berikut:

Dusun Krajan

$$n_i = \frac{24}{54} \times 35$$

$$n_i = 15,56 \approx 16 \text{ orang}$$

Dusun Darsono Timur

$$n_i = \frac{17}{54} \times 35$$

$$n_i = 11,02 \approx 11 \text{ orang}$$

Dusun Darsono Barat

$$n_i = \frac{13}{54} \times 35$$

$$n_i = 8,43 \approx 8 \text{ orang}$$

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut, distribusi sampel penelitian pada masing-masing dusun di Desa Darsono disajikan pada Tabel 4.2 berikut.

Tabel 4.2. Besar sampel Wanita penderita hipertensi di Desa Darsono Kecamatan Arjasa, September 2025

No	Wilayah Desa	Populasi (orang)	Sampel (orang)
1	Dusun Krajan	24	16
2	Dusun Darsono Timur	17	11
3	Dusun Darsono Barat	13	8
Total		54 (Orang)	35 (Orang)

Teknik Sampling

Metode pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*, yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu berdasarkan karakteristik populasi yang sudah diketahui (Adiputra et al., 2021). Teknik ini dipilih karena jumlah populasi relatif kecil dan peneliti ingin memastikan bahwa responden memiliki kriteria yang relevan dengan fokus

penelitian, yaitu wanita penderita hipertensi yang akan mengikuti kegiatan pemberdayaan komunitas.

Kriteria dalam pemilihan sampel meliputi:

- a. Perempuan berusia 35-65 tahun yang telah didiagnosis hipertensi.
- b. Bersedia mengikuti seluruh kegiatan intervensi SDH selama periode penelitian.
- c. Tidak sedang mengikuti program pengobatan atau terapi relaksasi lain.
- d. Berdomisili tetap di Desa Darsono selama minimal 1 tahun terakhir.

Penentuan sampel juga mempertimbangkan kondisi geografis wilayah Desa Darsono yang terbagi menjadi tiga dusun dengan jarak yang cukup berdekatan, sehingga memungkinkan pelaksanaan program intervensi komunitas secara efektif dan efisien

Prosedur Intervensi

Prosedur teknis dalam penelitian ini disusun berdasarkan SOP Pemberdayaan Komunitas Berbasis *Social Determinant of Health* (SDH) yang disesuaikan dengan model pemberdayaan Wallerstein (durasi 6 minggu) agar tetap selaras dengan teori partisipatif, siklus aksi-refleksi, dan perubahan perilaku kesehatan yang berkelanjutan. Yang mencakup 4 tahap utama yakni: assesment awal, perencanaan intervensi, pelaksanaan pemberdayaan tahap 1 dan 2, serta evaluasi hasil.

a. Asesmen Awal (Minggu 1, Hari 1–3)

1) Peneliti melakukan asesmen awal untuk mengidentifikasi tingkat pengetahuan wanita penderita hipertensi terkait manajemen kesehatan, meliputi:

- a) pemahaman dasar tentang hipertensi,
- b) kepatuhan minum obat,
- c) pola makan,
- d) aktivitas fisik,
- e) pengelolaan stres,
- f) kualitas tidur.

2) Asesmen dilakukan melalui pengisian kuesioner pengetahuan hipertensi dan observasi awal perilaku kesehatan.

3) Pengukuran tekanan darah dilakukan sebagai data pendukung untuk mengetahui kondisi kesehatan terkini peserta.

4) Pembagian kelompok sesi, yang akan dibagi dalam 2 sesi untuk pelaksanaan edukasi.

5) Hasil asesmen dibahas secara partisipatif bersama kader posbindu untuk menafsirkan faktor-faktor penyebab rendahnya pengetahuan dan perilaku kesehatan.

6) Semua hasil dimasukkan ke dalam formulir survei awal sebagai dasar perencanaan intervensi pendidikan.

2. Perencanaan Intervensi Pendidikan (Minggu 1, Hari 4–5)

- 1) Peneliti mengadakan Focus Group Discussion (FGD) dengan kader posbindu, tenaga kesehatan, dan perwakilan kelompok wanita hipertensi untuk mengidentifikasi kebutuhan edukasi utama berdasarkan hasil asesmen.
- 2) Disusun Rencana Aksi Edukasi (*Education Action Plan*) yang mencakup:
 - a) edukasi manajemen hipertensi,
 - b) edukasi gizi rendah garam,
 - c) edukasi pengelolaan stres,
 - d) edukasi aktivitas fisik yang aman untuk penderita hipertensi,
 - e) edukasi kepatuhan minum obat.
- 3) Setiap materi diberi indikator keberhasilan, misalnya:
 - a) peningkatan skor pengetahuan $\geq 20\%$,
 - b) peningkatan pemahaman tentang pola makan sehat,
3. Pelaksanaan Program Edukasi (Minggu 2)
 - 1) Edukasi kelompok dilaksanakan 2 sesi dalam seminggu untuk menghindari adanya hambatan dalam mengikuti program dengan metode ceramah interaktif, diskusi, dan simulasi, meliputi:
 - a) pemahaman hipertensi dan bahayanya,
 - b) cara membaca hasil tekanan darah,
 - c) contoh menu sehat rendah garam,
 - d) latihan relaksasi sederhana untuk pengelolaan stres.
 - 2) Peserta akan dibagi menjadi 2 kelompok, untuk memudahkan diskusi dan meningkatkan keterlibatan. Kelompok 1 akan melaksanakan edukasi di sesi 1 dan kelompok 2 akan melaksanakan edukasi di sesi 2.
 - 3) Kader posbindu berperan sebagai fasilitator dan peneliti akan berperan sebagai pendamping untuk memastikan pesan edukasi tersampaikan dengan jelas.
 - 4) Sesi berbagi pengalaman dilakukan untuk memperkuat pemahaman dan memotivasi perubahan perilaku.
4. Penguatan dan Pendampingan Edukasi (Minggu 3, Hari 1)
 - 1) Dilakukan sesi lanjutan berupa *coaching clinic* tentang:
 - a) cara memantau tekanan darah mandiri,
 - b) cara memilih bahan makanan sehat,
 - c) penyusunan jadwal minum obat yang teratur.
 - 2) Simulasi praktik penerapan informasi kesehatan sehari-hari, seperti membaca label makanan dan menyusun menu harian.
 - 3) Pendampingan dilakukan oleh kader dan tenaga kesehatan Puskesmas Arjasa untuk memastikan peserta memahami penerapan edukasi secara nyata.

5. Evaluasi dan Refleksi (Minggu 3, Hari 4-5)

- 1) Dilakukan posttest menggunakan kuesioner yang sama untuk melihat perubahan pengetahuan peserta setelah intervensi edukasi.
- 2) Data pre–post dianalisis menggunakan uji statistik sederhana (paired t-test atau *Wilcoxon test*) untuk mengukur efektivitas edukasi.
- 3) Refleksi bersama komunitas dilakukan untuk mengevaluasi materi yang paling mudah dipahami, hambatan belajar, dan strategi keberlanjutan edukasi.
- 4) Hasil akhir disusun dalam Laporan Pemberdayaan Pendidikan SDH dan diserahkan kepada Pemerintah Desa Darsono serta Puskesmas Arjasa sebagai rekomendasi program berkelanjutan.

A. Instrumen

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif yang menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpul data. Data tersebut kemudian diolah dan disusun secara sistematis (Salmia, 2023).

1. Data Umum

Karakteristik umum responden dalam penelitian ini meliputi nama, jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, lama menderita hipertensi, kepemilikan jaminan kesehatan dan sumber informasi kesehatan.

2. Variabel Independen

Dalam suatu penelitian, variabel yang berpengaruh terhadap variabel lain dikenal sebagai variabel independen (Andrade, 2022). Alat pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan pemberdayaan komunitas yang disusun berdasarkan konsep *Social Determinants of Health (SDH)* dari *World Health Organization (WHO, 2008)*. Pemberdayaan ini bertujuan untuk mengubah perilaku kesehatan wanita penderita hipertensi dalam empat aspek utama: pendidikan, sosial, ekonomi, dan lingkungan, yang berperan sebagai variabel independen dalam penelitian eksperimen ini. informasi, instrumental dan penghargaan.

Pendidikan (*Educational Empowerment*) Memiliki tujuan untuk memberdayakan kemampuan responden dalam memahami, dan memanfaatkan informasi kesehatan melalui kegiatan edukatif.

3. Variabel Dependen

Variabel yang nilainya dipengaruhi oleh variabel lain disebut variabel dependen (Andrade, 2021). Variabel ini mengukur perilaku kesehatan wanita penderita hipertensi, yang dilakukan sebelum dan sesudah menerima intervensi pemberdayaan komunitas. Instrumen terdiri dari 15 item, yang kemudian disusun berdasarkan teori perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2012) dengan lima indikator utama:

a. Kepatuhan konsumsi obat antihipertensi

Terdiri dari 3 item, dengan tujuan untuk mengukur frekuensi dan konsistensi responden dalam mengonsumsi obat sesuai anjuran tenaga kesehatan, terdiri dari (nomor soal: 1, 2 dan 3).

b. Pola konsumsi makanan rendah garam dan lemak

Terdiri dari 3 item, dengan tujuan mengukur pola makan sehat yang diterapkan untuk mengontrol tekanan darah, terdiri dari (nomor soal: 4, 5 dan 6).

Frekuensi pemeriksaan tekanan darah

Terdiri dari 3 item, dengan tujuan mengukur Intensitas pemeriksaan tekanan darah baik di rumah maupun di fasilitas kesehatan, terdiri dari (nomor soal: 7, 8 dan 9).

c. Aktivitas fisik teratur

Terdiri dari 3 item, dengan tujuan untuk mengukur kebiasaan melakukan aktivitas fisik atau olahraga ringan yang mendukung kesehatan kardiovaskular, terdiri dari (nomor soal: 10, 11 dan 12).

d. Pengelolaan stres dan tidur yang cukup

Terdiri dari 3 item, dengan tujuan untuk mengukur upaya menjaga keseimbangan psikologis dan pola tidur yang sehat, terdiri dari (nomor soal: 13, 14 dan 15).

Total: 15 item pernyataan. Skor kuesioner dihitung menggunakan skala *likert* dengan dua jenis item, yaitu *favourable* dan *unfavourable* dengan skema penilaian sebagai berikut:

a. *Favourable*

- 1) Selalu : 5
- 2) Sering : 4
- 3) Netral : 3
- 4) Jarang : 2
- 5) Tidak Pernah : 1

b. *Unfavourable*

- 1) Selalu : 1
- 2) Sering : 2
- 3) Netral : 3
- 4) Jarang : 4
- 5) Tidak Pernah : 5

Skor total menunjukkan tingkat pemberdayaan komunitas, dengan klasifikasi:

c. Kategori Penilaian

- 1) 14–20 : Baik
- 2) 7–14 : Cukup
- 3) 0–7 : Kurang

B. Persetujuan Etik

1. Sebelum pelaksanaan penelitian, peneliti mengajukan permohonan uji etik kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember.

Setelah melalui proses telaah etik, penelitian ini dinyatakan layak etik dan memperoleh persetujuan etik dengan Nomor: NO.0046/KEPK/FIKES/IV/2026.

2. Selanjutnya peneliti mengajukan surat izin penelitian kepada pihak pengajaran Fakultas dan Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember. Surat tersebut kemudian diteruskan kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol) Kabupaten Jember dengan nomor surat: 074/1378/415/2026, untuk memperoleh rekomendasi resmi pelaksanaan penelitian.

3. Peneliti mencetak dan menyerahkan Surat Rekomendasi Penelitian dari Bakesbangpol Kabupaten Jember kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember sebagai dasar penerbitan izin penelitian di wilayah kerja Puskesmas Arjasa.

4. Setelah mendapatkan izin penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, peneliti menyerahkan surat tersebut kepada Kepala Puskesmas Arjasa dan Kepala Desa Darsono untuk mendapatkan izin pelaksanaan penelitian di wilayah tersebut.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengambilan data dalam penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 8 Maret hingga 28 Maret 2026 di Desa Darsono Kecamatan Arjasa dengan jumlah responden sebanyak 35 wanita penderita hipertensi. Penelitian ini menggunakan desain *pre-experimental* dengan pendekatan *pretest-posttest* untuk mengetahui pengaruh pemberdayaan kelompok khusus berbasis *Social Determinants of Health* (SDH) terhadap perubahan *health behavior* individu penderita hipertensi. Secara umum, penelitian intervensi berbasis komunitas menunjukkan bahwa edukasi dan pemberdayaan masyarakat mampu meningkatkan perilaku kesehatan seperti kepatuhan minum obat, pola makan sehat, dan aktivitas fisik pada penderita hipertensi. Hasil penelitian ini kemudian disajikan dalam bentuk data umum dan data khusus dan dikonseptualisasikan sebagai berikut:

A. Data Umum

1. Distribusi Usia Responden

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Usia Wanita Penderita Hipertensi Sebagai Responden Penelitian Pengaruh Pemberdayaan Kelompok Khusus Berbasis *Social Determinants of Health* (SDH) di Desa

Darsono Kecamatan Arjasa, April 2026

Usia	Jumlah (orang)	Persentase (%)
≤ 40 Tahun	6	17,1
> 40 Tahun	29	82,9
Total	35	100

Sumber: Data primer penulis (2026)

Berdasarkan Tabel 5.1, sebagian besar responden berada pada kelompok usia >40 tahun yaitu sebanyak 29 orang (82,9%), sedangkan responden usia ≤40 tahun hanya 6 orang (17,1%). Hal ini menunjukkan bahwa kejadian hipertensi lebih dominan terjadi pada kelompok usia dewasa akhir.

Secara fisiologis, peningkatan usia berkaitan dengan penurunan elastisitas pembuluh darah serta peningkatan resistensi perifer yang berkontribusi terhadap tekanan darah.

2. Distribusi Tingkat Pendidikan

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Responden Penelitian Pengaruh Pemberdayaan Kelompok Khusus Berbasis *Social Determinants of Health* (SDH) di Desa Darsono Kecamatan Arjasa, April 2026

Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
Tidak Tamat SD	3	8,6
SD/Sederajat	12	34,3
SMP/Sederajat	8	22,9
SMA/Sederajat	9	25,7
Perguruan Tinggi	3	8,6
Total	35	100

Sumber: Data primer penulis (2026)

Berdasarkan Tabel 5.2, mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan SD/ sederajat yaitu sebanyak 12 orang (34,3%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan yang relatif rendah, yang dapat mempengaruhi kemampuan dalam memahami informasi kesehatan.

3. Distribusi Pekerjaan

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden Penelitian Pengaruh Pemberdayaan Kelompok Khusus Berbasis *Social Determinants of Health* (SDH) di Desa Darsono Kecamatan Arjasa, April 2026

Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
Tidak Bekerja	21	60,0
Bekerja	14	40,0
Total	35	100

Sumber: Data primer penulis (2026)

Berdasarkan Tabel 5.3, sebagian besar responden tidak bekerja yaitu sebanyak 21 orang (60,0%). Kondisi ini menunjukkan bahwa mayoritas responden merupakan ibu rumah tangga atau tidak memiliki pekerjaan tetap.

Status pekerjaan berkaitan dengan kondisi sosial ekonomi yang dapat mempengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan dan sumber informasi. Responden yang tidak bekerja cenderung memiliki keterbatasan dalam akses finansial, namun di sisi lain memiliki waktu yang lebih fleksibel untuk mengikuti kegiatan pemberdayaan komunitas. Hal ini menjadi peluang dalam pelaksanaan intervensi berbasis SDH untuk meningkatkan perilaku kesehatan.

B. Data Khusus

1. Health Behavior Sebelum Intervensi (Pretest)

Tabel 5.4 Distribusi Perilaku Kesehatan Sebelum Intervensi Responden Penelitian Pengaruh Pemberdayaan Kelompok Khusus Berbasis *Social Determinants of Health* (SDH) di Desa Darsono

Kecamatan Arjasa, April 2026

Kondisi	Jumlah	Persentase (%)
Kurang	15	42,9
Cukup	13	37,1
Baik	7	20,0
Total	35	100

Sumber: Data khusus penelitian (2026)

Berdasarkan Tabel 5.4, sebelum dilakukan intervensi, sebagian besar responden memiliki perilaku kesehatan dalam kategori kurang yaitu sebanyak 15 orang (42,9%). Hal ini menunjukkan bahwa responden belum menerapkan perilaku kesehatan yang optimal dalam pengelolaan hipertensi, seperti kepatuhan minum obat, pola makan sehat, dan aktivitas fisik.

2. Health Behavior Sesudah Intervensi (Posttest)

Tabel 5.5 Distribusi Perilaku Kesehatan Sesudah Intervensi Responden Penelitian Pengaruh Pemberdayaan Kelompok Khusus Berbasis *Social Determinants of Health* (SDH) di Desa Darsono

Kecamatan Arjasa, April 2026

Kondisi	Jumlah	Persentase (%)
Kurang	4	11,4
Cukup	12	34,3
Baik	19	54,3
Total	35	100

Sumber: Data khusus penulis (2025)

Berdasarkan Tabel 5.5, setelah dilakukan intervensi pemberdayaan komunitas berbasis SDH, terjadi peningkatan yang signifikan pada perilaku kesehatan responden. Kategori baik meningkat menjadi 19 orang (54,3%), sedangkan kategori kurang menurun menjadi 4 orang (11,4%).

3. Perilaku Kesehatan Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi Pemberdayaan Komunitas Berbasis *Social Determinants of Health* (SDH)

Tabel 5.6 Distribusi Perilaku Kesehatan Sebelum dan Sesudah Diberikan kepada Responden Penelitian Pengaruh Pemberdayaan Kelompok Khusus Berbasis *Social Determinants of Health* (SDH) di Desa Darsono Kecamatan Arjasa, April 2026

<i>Variabel</i>	<i>Mean</i>	<i>Median</i>	<i>Min-Max</i>
<i>Pretest Health Behavior</i>	50,6	51,0	38-65
<i>Posttest Health Behavior</i>	63,9	65,0	47-75

Sumber: Data khusus penulis (2026)

Berdasarkan Tabel 5.6, pada 35 responden wanita penderita hipertensi yang menjadi subjek, diketahui bahwa sebelum diberikan pemberdayaan kelompok khusus berbasis *Social Determinants of Health* (SDH), nilai rata-rata (*mean*) *health behavior* sebesar 50,6 dengan nilai median 51,0 serta rentang skor (*minimum-maximum*) 38-65. Setelah diberikan intervensi, nilai rata-rata *health behavior* meningkat menjadi 63,9 dengan nilai median 65,0 dan rentang skor 47-75.

Hasil tersebut menunjukkan adanya peningkatan *health behavior* responden setelah diberikan intervensi pemberdayaan kelompok khusus berbasis SDH. Peningkatan nilai *mean* dari 50,6 menjadi 63,9 dan median dari 51,0 menjadi 65,0 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami perubahan perilaku kesehatan ke arah yang lebih baik setelah mengikuti program pemberdayaan. Selain itu, peningkatan nilai minimum dan maksimum pada pengukuran posttest mengindikasikan bahwa perbaikan perilaku kesehatan terjadi pada hampir seluruh responden. Temuan ini memperkuat hasil uji statistik yang menunjukkan bahwa intervensi pemberdayaan kelompok khusus berbasis SDH efektif dalam meningkatkan *health behavior* wanita penderita hipertensi di Desa Darsono Kecamatan Arjasa.

Selain itu, perubahan perilaku kesehatan yang terjadi menunjukkan bahwa proses intervensi yang dilakukan berjalan secara efektif. Program edukasi berbasis komunitas tidak hanya meningkatkan pengetahuan responden mengenai kesehatan, tetapi juga mendorong perubahan sikap dan penerapan perilaku sehat dalam kehidupan sehari-hari. Dengan adanya keterlibatan masyarakat secara aktif dalam proses pemberdayaan, responden menjadi lebih mampu memahami pentingnya menjaga kesehatan secara mandiri dan berkelanjutan.

Perubahan perilaku kesehatan tersebut juga menggambarkan bahwa pendekatan berbasis SDH dapat membantu masyarakat dalam mengenali faktor-faktor sosial yang memengaruhi kesehatan, sehingga masyarakat lebih termotivasi untuk melakukan perubahan perilaku ke arah yang lebih baik.

4. Uji Hipotesis

Tabel 5.7 Hasil Uji *Wilcoxon* Perbedaan Perilaku Kesehatan Sebelum dan Sesudah Intervensi Pemberdayaan Kelompok Khusus Berbasis *Social Determinants of Health* (SDH) di Desa Darsono Kecamatan Arjasa, April 2026

<i>Variabel Health Behavior</i>	<i>N</i>	<i>Median Pre-Test</i>	<i>Median Post-Test</i>	<i>r</i>	<i>Z</i>	<i>P-Value</i>
<i>Health Behavior Pre-Test dan Post-Test</i>	35	51,0	65,0	0,57	3,421	0,001

Sumber: Data khusus penulis (2026)

Berdasarkan Tabel 5.7, hasil uji *Wilcoxon Signed Rank Test* pada 35 responden menunjukkan bahwa median *health behavior* mengalami peningkatan dari 51,0 pada saat pretest menjadi 65,0 pada saat posttest. Hasil analisis statistik diperoleh nilai $Z = -3,421$ dengan $p\text{-value} = 0,001$. Karena nilai $p\text{-value}$ lebih kecil dari 0,05 ($p < 0,05$), maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, yang berarti

terdapat perbedaan yang signifikan antara *health behavior* sebelum dan sesudah diberikan pemberdayaan kelompok khusus berbasis *Social Determinants of Health* (SDH).

Selain itu, diperoleh nilai effect size (r) sebesar 0,57 yang termasuk dalam kategori pengaruh besar (*large effect*). Hasil tersebut menunjukkan bahwa intervensi pemberdayaan kelompok khusus berbasis SDH tidak hanya memberikan perubahan yang signifikan secara statistik, tetapi juga memberikan dampak yang kuat terhadap peningkatan *health behavior* wanita penderita hipertensi. Peningkatan perilaku kesehatan ini mencerminkan keberhasilan intervensi dalam meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan kemampuan responden dalam menerapkan perilaku hidup sehat untuk pengelolaan hipertensi secara mandiri.

Hasil penelitian juga menunjukkan adanya peningkatan perilaku kesehatan responden setelah diberikan intervensi. Sebelum intervensi, sebagian besar responden berada pada kategori perilaku kesehatan kurang, namun setelah dilakukan intervensi terjadi peningkatan jumlah responden pada kategori perilaku kesehatan baik. Peningkatan tersebut menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan mampu memengaruhi perilaku kesehatan masyarakat secara positif.

Intervensi pemberdayaan komunitas berbasis SDH yang dilakukan melalui edukasi kesehatan, pendampingan, dan keterlibatan aktif masyarakat terbukti efektif dalam meningkatkan pemahaman responden mengenai pentingnya perilaku hidup sehat. Perubahan tersebut terlihat dari meningkatnya kesadaran responden dalam menerapkan perilaku kesehatan dalam aktivitas sehari-hari.

Selain itu, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pendekatan pemberdayaan komunitas memiliki peran penting dalam meningkatkan perilaku kesehatan masyarakat. Melalui proses edukasi yang berkesinambungan, responden memperoleh pengetahuan yang lebih baik mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan serta cara pencegahan masalah kesehatan yang dapat dilakukan secara mandiri pasca pemberdayaan (Rahman, 2024).

Peningkatan perilaku kesehatan yang terjadi setelah intervensi juga menunjukkan bahwa metode pemberdayaan komunitas berbasis SDH mampu menciptakan perubahan perilaku yang bertahap dan berkelanjutan. Responden tidak hanya mengalami peningkatan pada aspek pengetahuan, tetapi juga pada aspek sikap dan praktik kesehatan dalam kehidupan sehari-hari.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang pengaruh pemberdayaan kelompok khusus berbasis *Social Determinants of Health* (SDH) terhadap *health behavior* wanita penderita hipertensi di Desa Darsono Kecamatan Arjasa, dapat ditarik beberapa kesimpulan yaitu:

- a. Sebelum diberikan pemberdayaan kelompok khusus berbasis *Social Determinants of Health* (SDH), *health behavior* wanita penderita hipertensi di Desa Darsono Kecamatan Arjasa sebagian besar berada pada kategori kurang (42,9%), dengan nilai mean 50,6 dan

median 51,0. Kondisi ini menunjukkan bahwa perilaku kesehatan responden dalam pengelolaan hipertensi masih belum optimal.

b. Setelah diberikan pemberdayaan kelompok khusus berbasis *Social Determinants of Health* (SDH), *health behavior* wanita penderita hipertensi mengalami peningkatan, ditandai dengan mayoritas responden berada pada kategori baik (54,3%), serta peningkatan nilai mean menjadi 63,9 dan median menjadi 65,0. Hasil ini menunjukkan adanya perbaikan perilaku kesehatan responden setelah mengikuti intervensi.

c. Pemberdayaan kelompok khusus berbasis *Social Determinants of Health* (SDH) berpengaruh signifikan terhadap *health behavior* wanita penderita hipertensi di Desa Darsono Kecamatan Arjasa, yang ditunjukkan oleh hasil uji Wilcoxon dengan nilai $Z = -3,421$, $p = 0,001$, dan effect size (r) = 0,57. Temuan ini menunjukkan bahwa intervensi memiliki pengaruh besar dan efektif dalam meningkatkan *health behavior* responden.

DAFTAR PUSTAKA

Ajzen, I. (2020). *The theory of planned behavior: Frequently asked questions*. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(4), 314–324. <https://doi.org/10.1002/hbe2.195>

Appel, L. J. (2022). *Clinical management of hypertension: Combining pharmacologic and lifestyle therapy for blood pressure control*. *New England Journal of Medicine*, 386(4), 278–288. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2110130>

Alsolami, F. J., Hou, X. Y., & Correa-Velez, I. (2022). *Factors influencing adherence to hypertension management: A systematic review*. *BMC Public Health*, 22(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13045-7>

Arifin, B. P. (2022). The shifting burden of disease in Indonesia: Non-communicable diseases and their risk factors. *BMC Public Health*, 22(1), 1157. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13462-3>.

Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2021). *The COVID-19 pandemic and health inequalities: The role of social determinants of health*. *Social Science & Medicine*, 272, 113–118. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113555>

Bandura, A. (2021). *Social cognitive theory: An agentic perspective on human nature*. *Annual Review of Psychology*, 72, 1–26. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050807>

Becker, M. H. (2018). *The health belief model and personal health behavior*. *Health Education Monographs*, 2(4), 324–508. <https://doi.org/10.1177/109019817400200407>

Carey, R. M., & Whelton, P. K. (2020). *Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A scientific statement from the American Heart Association. Hypertension*, 75(6), 1334–1357. <https://doi.org/10.1161/HYP.000000000000123>

Carretero, O. A., & Oparil, S. (2022). *Essential hypertension: Part I—Definition and etiology. Circulation*, 145(23), 1819–1831. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056789>

Carretero, O. A. (2023). *Endothelial dysfunction in hypertension: Pathophysiology and clinical implications. Journal of Hypertension Research*, 46(2), 201–214. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003261>

Coffman, T. M. (2024). *Mechanisms of secondary hypertension: From kidney disease to endocrine disorders. Nature Reviews Nephrology*, 20(1), 12–25. <https://doi.org/10.1038/s41581-023-00798-2>

Dahal, P. N. (2021). Burden of non-communicable diseases and their risk factors in Nepal: Findings from a nationwide STEPS survey. *PLoS ONE.*, 16(8), e0256459. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256459>.

Dewi, R. K. (2022). Hypertension as a silent killer: Early detection and prevention in Indonesian adults. *BMC Public Health.*, 22(1), 1121. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13628-x>.

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. (2023). *Profil Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2023*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Retrieved from HYPERLINK "https://dinkes.jemberkab.go.id" \t "_new" <https://dinkes.jemberkab.go.id>

Fitria, A. (2022). *Analisis faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan perempuan penderita hipertensi di Desa Darsono Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember. Jurnal Ilmiah Keperawatan Universitas dr. Soebandi*, 8(2), 112–120. Retrieved from <https://journal.uds.ac.id/index.php/jik>

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2019). *Health program planning: An educational and ecological approach* (5th ed.). New York: McGraw-Hill.

Hidayati, N. Y. (2023). Zakat-based community empowerment program and its impact on health service access among hypertensive patients. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas.*, 17(1), 45–53.

Hidayati, N., Rachmawati, D., & Sari, P. D. (2023). *Pemberdayaan komunitas dalam meningkatkan akses layanan kesehatan primer bagi penderita hipertensi di wilayah*

perdesaan. Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Komunitas, 12(1), 45–53.
<https://doi.org/10.24198/jkkek.v12i1.43256>

Iba, S., & Irna, R. (2024). *Application of Nola J. Pender's Health Promotion Model in chronic disease prevention among women with hypertension. Jurnal Aacendikia Nursing*, 3(1), 28–36. HYPERLINK "<https://doi.org/10.59183/aacendikiajon.v3i1.28>" \t "_new"
<https://doi.org/10.59183/aacendikiajon.v3i1.28>

Jember., D. K. (2023). *Profil Kesehatan Kabupaten Jember 2023*. Jember: Dinkes Jember.

Jin, H., & Kim, Y. (2021). *Predictors of medication adherence among hypertensive patients based on the Health Belief Model: Application of structural equation modeling. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4609.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18094609>

Kario, K. (2023). *Hypertension: From basic mechanisms to clinical management. Hypertension Research*, 46(3), 589–602. <https://doi.org/10.1038/s41440-023-01256-7>

Kario, K., & Wang, J. G. (2023). *Fixed-dose combination therapy to improve hypertension control: Insights from Asia. Hypertension Research*, 46(8), 1410–1420.
<https://doi.org/10.1038/s41440-023-01277-2>

Kusumawati, D. (2022). *Hambatan akses layanan kesehatan dan perilaku hidup sehat wanita penderita hipertensi di wilayah Arjasa Kabupaten Jember. Jurnal Keperawatan Indonesia*, 25(1), 56–64. <https://doi.org/10.7454/jki.v25i1.1300>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2022*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Retrieved from <https://www.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-2022.pdf>

Lee, H. Y., Oh, J., Kim, J., & Lee, M. H. (2020). *Gender differences in hypertension awareness, antihypertensive use, and control among adults: Findings from the Korean National Health and Nutrition Examination Survey. BMC Women's Health*, 20(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/s12905-020-00974-1>

Mamot, M. (2021). *Social determinants of health: Building an evidence base for promoting health equity. Global Public Health*, 16(5), 685–698.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1851743>

Marmot, M., & Allen, J. (2021). *Social determinants of health and health inequalities. The Lancet*, 397(10282), 109–118. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32513-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32513-9)

Messerli, F. H. (2021). *Hypertension and the pathophysiology of vascular remodeling. European Heart Journal*, 42(5), 445–456. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa902>

-
- Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). *The global epidemiology of hypertension. Nature Reviews Nephrology*, 16(4), 223–237. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>
- Notoatmodjo, S. (2020). *Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan* (ed. revisi). Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugraha, I. M. (2021). Pathophysiology of hypertension: An overview. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(F), 424–429. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.5902>.
- Rahman, A. (2024). *Integrating the Social Determinants of Health (SDH) approach to improve healthy behavior and hypertension control among adults in Indonesia. Global Health Science and Practice*, 12(3), 87–96. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-24-00123>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (2019). *Social learning theory and the Health Belief Model. Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183. HYPERLINK "<https://doi.org/10.1177/109019818801500203>" \t "_new"
<https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Saputri, D. A. (2021). *Peran disfungsi endotel dan sistem saraf simpatis pada peningkatan tekanan darah: Tinjauan literatur. Jurnal Kardiovaskular Indonesia*, 3(2), 77–84. <https://doi.org/10.31289/jki.v3i2.4362>
- Shibata, S. (2023). *Secondary hypertension: Mechanisms and clinical approach. Journal of Clinical Hypertension*, 25(2), 121–132. <https://doi.org/10.1111/jch.14683>
- Puskesmas Arjasa. (2024). *Laporan Tahunan Puskesmas Arjasa Tahun 2024*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Pradono, J. T. (2022). Prevalence of hypertension and its determinants among adults in East Java, Indonesia. *BMC Public Health*, 22(1), 1785. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13951-5>.
- Putri, A. I. (2023). Hypertension prevalence and its risk factors among Indonesian adults: Evidence from National Health Survey. *BMC Cardiovascular Disorders*, 23(1), 317. <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03417-8>.
- Rahman, A. P. (2024). Applying *Social Determinants of Health* (SDH) framework in addressing hypertension in low-income communities. *BMC Public Health*, 24(1), 311. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-13154-7>.

Supriyadi, A. S. (2023). The burden of hypertension in rural East Java: A case study of Jember District. *BMC Cardiovascular Disorders*, 23(1), 412. <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03495-8>.

Unger, T. B. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334–1357. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>.

Wang, Y. (2025). *Application of the Health Belief Model in predicting health behaviors among chronic disease patients: A cross-sectional study*. *Journal of Behavioral Medicine and Public Health*, 9(1), 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.jbmph.2025.01.004>

Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., ... & Wright, J. T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Hypertension*, 71(6), e13–e115. HYPERLINK "https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065" \t "_new" <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>

Whelton, P. K. (2023). *Nonpharmacologic management of hypertension: Evidence-based lifestyle interventions*. *Hypertension*, 80(1), 123–132. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.19234>

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., ... & Redon, J. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

World Health Organization (WHO). (2022). *Social determinants of health*. Retrieved from HYPERLINK "https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health" \t "_new" <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>

World Health Organization. (2021). *Hypertension*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from HYPERLINK "https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension" \t "_new" <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Wulandari, R. D. (2021). The determinants of hypertension among Indonesian adults: Analysis of 2018 Basic Health Research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7324. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147324>.

Zhou, B., Carrillo-Larco, R. M., Danaei, G., Riley, L. M., Paciorek, C. J., Stevens, G. A., ... & Ezzati, M. (2021). *Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in*

treatment and control from 1990 to 2019: A pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. The Lancet, 398(10304), 957–980. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1)