

PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN HIPERTENSI BERBASIS KELUARGA DI PENJARINGAN, JAKARTA UTARA

Yunisa Astiarani*, Felicia Kurniawan, Regina Satya Wiraharja, Nur Fitriah

Departemen Kesehatan Masyarakat dan Gizi, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Katolik
Indonesia Atma Jaya, Jakarta, Indonesia

* Penulis Korespondensi : yunisa.astiarani@atmajaya.ac.id

Abstrak

Manajemen hipertensi individu masih dianggap belum efektif dalam meningkatkan keteraturan pengobatan. Program manajemen hipertensi berbasis keluarga diharapkan mampu mengatasi ketidakteraturan pengobatan, pencegahan komplikasi, dan perubahan gaya hidup yang lebih sehat. Sebuah Rukun Warga (RW) di Penjaringan dibina dalam program komprehensif BERANI (BERSama melawaN hipertensi) yang mengikutsertakan pusat kesehatan masyarakat, kader kesehatan, akademisi dan keluarga penderita hipertensi. Sebanyak 178 rumah tangga dengan penderita hipertensi dari 631 rumah tangga terdaftar setuju mengikuti kegiatan program. Selain itu, rumah tangga non-hipertensi ($n=453$) juga difasilitasi dalam kegiatan skrining Penyakit Tidak Menular (PTM) untuk penduduk usia ≥ 15 tahun melalui pos pelayanan terpadu. Monitoring tekanan darah, keteraturan pengobatan, pencatatan aktivitas fisik, dan evaluasi diet tinggi serat dilakukan oleh kader pada keluarga hipertensi setiap bulannya. Setelah dua bulan berjalan, peningkatan monitoring tekanan darah, frekuensi makan sayur buah, dan aktivitas fisik mencapai target yang ditetapkan. Keteraturan pengobatan belum mencapai target, meskipun demikian terjadi peningkatan di bulan kedua. Peserta pos skrining untuk rumah tangga non-hipertensi juga mencapai target bulanan yang telah ditetapkan. Dukungan kepala wilayah, kader kesehatan, dan pusat kesehatan masyarakat setempat sangat bermakna dalam keberhasilan program. Pendekatan keluarga efektif dalam meningkatkan monitoring tekanan darah penderita, mendukung keteraturan berobat serta meningkatkan pola hidup yang lebih sehat.

Kata kunci: Hipertensi, Kesehatan Komunitas, Promosi Kesehatan, Penyakit Tidak Menular, Determinan Sosial

Abstract

Individual management of hypertension is still considered ineffective in increasing treatment compliance. The family-based hypertension management program is expected to overcome medication irregularities, prevent complications, and lead to a healthier lifestyle. A Rukun Warga (RW) in Penjaringan is sponsored by BERANI (BERSama melawaN hipertensi) program, which includes community health centers, cadres, academics, and families with hypertension. A total of 178 households with hypertension from 631 registered households agreed to participate in the program. In addition, non-hypertensive households ($n=453$) were supported through integrated service of noncommunicable disease (NCDs) screening for residents ≥ 15 years of age. Blood pressure monitoring, medication regularity, physical activity recording, and high-fiber diet assessment are performed every month by cadres in families with hypertension. After two months of running, blood pressure monitoring, fruit and vegetable consumption, and physical activity reached the set target. The regularity of the treatment has not yet reached the target, despite this there was an increase in the second month. Participants in the screening post for non-hypertensive households also met the monthly goal. The regional leaders, cadres, and community health centers support contributes significantly to the program's success. The family approach effectively improves the patient's blood pressure monitoring, supports regular treatment, and promotes a healthier lifestyle.

Keywords: Hypertension, Health Promotion, Community Health, Non-communicable diseases, Social Determinant

Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) adalah penyebab utama kematian secara global, dan angka kematian masih meningkat pada berbagai populasi (Organization, 2016; Sinha, 2017). Menurut Kementerian Kesehatan RI tahun 2016, PTM adalah penyakit yang tidak dapat menular dari satu orang ke orang lain. Menurut *World Health Organization* (WHO) terdapat empat jenis PTM utama yaitu penyakit kardiovaskular (penyakit jantung koroner, hipertensi, dan stroke), kanker, penyakit pernapasan kronis, dan diabetes mellitus (DM) (Organization, 2018). Profil kesehatan Indonesia tahun 2018 menunjukkan bahwa PTM sendiri menyebabkan 73% kematian (Kurniawan, 2019).

Di Jakarta, terdapat 20% penduduk berusia di atas 15 tahun yang mengalami hipertensi, 14% yang mengalami stroke, dan 3% yang mengalami DM (Kurniawan, 2019). Data sepuluh besar penyakit tahun 2019 di Kecamatan Penjaringan menunjukkan bahwa hipertensi memiliki prevalensi tertinggi. Hipertensi jarang menunjukkan tanda dan gejala pada penderitanya, sehingga tidak mengherankan jika kepatuhan pasien dalam pengobatan dan pemantauan hipertensi hanya mencapai 30-50% (Chun, 2020; Zyczynski & Coyne, 2000). Penyebab utama kematian di Indonesia adalah stroke dan masalah jantung, dan kedua masalah ini merupakan komplikasi dari hipertensi tidak terkontrol.

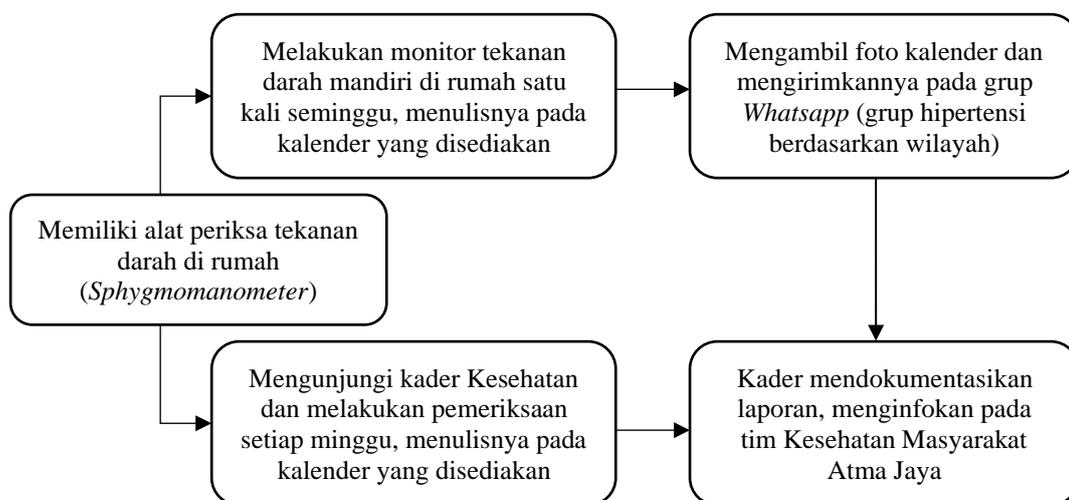
Program PTM di Indonesia masih berfokus pada cakupan skrining penduduk berusia 15 tahun ke atas. Tidak ada program khusus untuk memantau komplikasi lebih lanjut dari PTM (Kemenkes, 2012). Departemen Kesehatan Masyarakat dan Gizi Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Atma Jaya menerapkan program pencegahan hipertensi di salah satu Rukun Warga (RW) di Kecamatan Penjaringan. Rukun warga ini terdiri dari 631 rumah tangga dan sebanyak 178 diantaranya memiliki setidaknya satu anggota keluarga yang menderita hipertensi. Program BERSama Atasi Hipertensi (BERANI) diterapkan di RW tersebut. Program ini merupakan program pencegahan dan pengendalian hipertensi yang melibatkan berbagai aktifitas pada tingkat rumah tangga, baik untuk rumah tangga dengan anggota yang hipertensi, maupun rumah tangga yang tanpa hipertensi. Program ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan diri dalam mengendalikan hipertensi melalui konstruksi perilaku pada penderita hipertensi. Program BERANI berfokus pada dukungan keluarga dalam meminimalkan faktor risiko, modifikasi gaya hidup, dan penanganan hipertensi. Program ini diharapkan dapat menjadi inovasi dalam upaya promotif dan preventif di tingkat pelayanan kesehatan dasar.

Metode Pemecahan Masalah

Rukun Warga (RW) 15 kelurahan penjaringan dipilih sebagai daerah binaan program atas rekomendasi kepala Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Penjaringan 2. Alasan utama pemilihan wilayah ini adalah wilayah ini memiliki masalah kesehatan yang bervariasi

dan memiliki sumber daya sosial yang baik seperti tokoh masyarakat dan kader kesehatan yang kooperatif. Sebanyak 631 rumah tangga menjadi sasaran program BERANI yang dibagi menjadi kelompok rumah tangga hipertensi ($n=178$) dan kelompok rumah tangga non-hipertensi ($n=453$). Program BERANI dirancang untuk dilaksanakan sebagai program pilot yang akan berlangsung selama satu tahun.

BERANI dirancang untuk rumah tangga dengan dukungan keluarga sebagai faktor utama keberhasilan program. Kelompok rumah tangga hipertensi diintervensi dengan konseling keluarga setiap satu bulan sekali. Konseling terdiri dari informasi hipertensi, pemantauan tekanan darah, minimalisasi faktor risiko (aktivitas fisik dan diet sehat), prognosis, dan komplikasi. Konseling diberikan oleh kader kesehatan terlatih dengan supervisi dari kepaniteraan kedokteran. Anggota rumah tangga diminta untuk memantau tekanan darah setiap minggu dan melaporkannya ke kader kesehatan yang ditunjuk melalui aplikasi *Whatsapp*. Anggota keluarga diminta untuk mendukung pasien dengan mengikuti aktivitas fisik dan diet sehat serta rutin minum obat. Kami juga membagikan kalender promosi kesehatan untuk menandai tanggal dilakukannya pemeriksaan kesehatan dan pemantauan tekanan darah.



Gambar.1 Alur Pemeriksaan dan Pengambilan Data Tekanan Darah Secara Mandiri

Gambar 1. menunjukkan alur kegiatan pemeriksaan tekanan darah dan pengumpulan data dari aktivitas pemantauan tekanan darah mandiri. Kader kesehatan yang terlatih menjelaskan cara mencatat dan melaporkan tekanan darah dan obat yang diminum pada kalender promosi kesehatan. Penderita hipertensi dan satu anggota keluarga pendamping bergabung di grup *Whatsapp* sesuai wilayah domisili masing-masing. Setiap seminggu sekali, penderita hipertensi mencatat di kalender dan melapor ke kader yang ditunjuk melalui *Whatsapp*.

Skrining PTM diterapkan pada kelompok rumah tangga non-hipertensi secara umum. Penyuluhan masyarakat, *flyer*, dan poster kesehatan diberikan secara langsung melalui pos-pos kesehatan yang ada di komunitas sebulan sekali. Program ini direncanakan untuk berjalan selama satu tahun secara terus menerus dan memiliki target bulanan tertentu berdasarkan bukti literatur yang valid dan visibilitas kegiatan (Burnier *et al.*, 2003; Cramer *et al.*, 2008). Skema target bulanan ditentukan pada saat awal kegiatan monitoring tekanan darah pada bulan Januari 2020. Target keluaran tahun pertama adalah cakupan 80% (n=144) rumah tangga yang memonitor tekanan darah, mematuhi pengobatan dan aktivitas serta mengonsumsi buah dan sayur secara rutin.

Hasil dan Pembahasan

Karakteristik rumah tangga

Program yang dirancang untuk jangka waktu satu tahun dimulai dari Januari 2020, akan tetapi pada bulan Maret 2020 pandemi COVID-19 merebak sehingga program ini mengalami beberapa penundaan. Meskipun pemantauan tekanan darah bisa dilakukan secara *online*, para kader kesehatan menolak untuk bekerja sama selama masa-masa tersebut. Puskesmas setempat juga menunda kegiatan pos-pos kesehatan yang ada di komunitas. Oleh karena itu program tidak dapat dilaksanakan dengan baik, dan hasil kegiatan hanya sampai pada bulan Februari 2020.

Karakteristik rumah tangga dikumpulkan selama diagnosis komunitas awal. Tingkat pengeluaran penduduk sebagian besar berada pada kuintil ketiga dan keempat untuk kedua kelompok. Rata-rata jumlah anggota keluarga pada kelompok hipertensi lebih besar daripada kelompok non hipertensi. Seluruh penduduk yang terdaftar mengaku memiliki jaminan kesehatan nasional. Kedua kelompok memiliki masalah tentang perilaku gaya hidup tidak sehat. Karakteristik rumah tangga menurut kelompok ditunjukkan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Rumah Tangga Berdasarkan Kelompok

Karakteristik Rumah Tangga	Kelompok			
	Hipertensi		Non-Hipertensi	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Tingkat Pengeluaran*				
Kuintil 1	10	5.7	31	6.8
Kuintil 2	33	18.5	78	17.2
Kuintil 3	58	32.4	205	45.3
Kuintil 4	52	29.2	86	19.1
Kuintil 5	25	14.2	53	11.6
Jumlah anggota keluarga (X±SB)	4.3 ± 2.9		3.1 ± 1.8	
Kepemilikan Asuransi Kesehatan	178	100	453	100

Karakteristik Rumah Tangga	Kelompok			
	Hipertensi		Non-Hipertensi	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Perilaku/Gaya Hidup Berisiko				
Minimal 1 anggota keluarga merokok	171	96.1	449	99.1
Ya				
Tidak	7	3.9	4	0.9
Konsumsi Buah dan Sayuran				
2-3 porsi per hari	71	39.9	151	34.3
Kurang dari 2-3 porsi per hari	107	60.1	302	66.7
Aktivitas Fisik				
3-5 kali per minggu	21	11.8	27	6.0
Kurang dari 3-5 kali per minggu	157	88.2	426	94.0

*Kuintil pendapatan: ukuran status sosial ekonomi yang membagi penduduk menjadi 5 kelompok pendapatan (dari pendapatan terendah hingga pendapatan tertinggi) sehingga kira-kira 20% populasi berada di setiap kelompok.

Hasil Program

Setelah diagnosa awal masyarakat, kader kesehatan melakukan survei terkait jumlah pos kesehatan untuk pengukuran tekanan darah dan mengumpulkan *informed consent* dari kelompok rumah tangga hipertensi untuk mengikuti program BERANI. Pengukuran tekanan darah setiap minggunya dilakukan oleh kader kesehatan di rumah masing-masing kader. Sebanyak 10 kader kesehatan secara sukarela melakukan pemantauan tekanan darah di rumah mereka setiap minggunya dengan menggunakan alat pengukur tekanan darah digital. Kesepuluh kader ini mewakili satu unit masyarakat yang lebih kecil yang disebut Rukun Tetangga (RT). Rangkuman partisipasi dan survei kebutuhan ditunjukkan pada Tabel 2.

Tabel 2. Evaluasi Persetujuan dan Kebutuhan pada Kelompok Rumah Tangga Hipertensi

Evaluasi	Frek	%
Setuju berpartisipasi dalam program	178	100
Memiliki alat ukur tekanan darah		
Ya	4	2.2
Tidak	174	97.8
Metode pelaporan		
Lapor langsung ke kader kesehatan	80	44.9
Lapor melalui <i>Whatsapp</i>	98	55.1

Semua keluarga penderita hipertensi setuju untuk mengikuti program BERANI. Hanya empat keluarga yang memiliki alat ukur tekanan darah secara pribadi. Selain itu, sebagian besar (55%) keluarga memilih untuk melaporkan pemantauan melalui *Whatsapp* dibandingkan dengan melapor langsung kepada kader kesehatan karena lebih memilih untuk memeriksakan tekanan darah di klinik kesehatan atau apotek.

Meskipun semua rumah tangga setuju untuk mengikuti program, namun target kegiatan setiap bulan berikutnya disesuaikan dengan kemampuan kader dalam melakukan *follow up* dan pelaporan rutin setiap minggu. Target ditingkatkan setiap bulan. Skrining kelompok non hipertensi dilakukan di Posbindu (Pos Pembinaan Terpadu). Hasil dari program selama dua bulan disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Output Program BERANI Dua Bulan Pertama

Variabel	Bulan pertama		Bulan kedua	
	Hasil	Target	Hasil	Target
Kelompok Rumah Tangga Hipertensi				
Monitor tekanan darah	12(6.7%)	12 (6.7%)	29(16.3%)	24 (13.4%)
Tingkat kepatuhan pengobatan	108(61%)	112(63%)	121(68%)	134(75%)
Aktivitas fisik rutin	25(11.2%)	20(11.1%)	43(24.1%)	40(22.2%)
Konsumsi buah dan sayur rutin	26(14.6%)	20(11.1%)	45(25.2%)	40(22.2%)
Kelompok Rumah Tangga Non Hipertensi				
Kunjungan ke Posbindu*	35%	20%	47%	40%

*Tambahan kunjungan baru dari kelompok rumah tangga Non Hipertensi dibandingkan dengan kunjungan awal

Pembahasan

Sebagian besar penduduk memiliki status ekonomi pada kuintil ketiga dan keempat. Rumah tangga di RW ini cenderung memiliki pendapatan di bawah rata-rata, dengan pekerjaan di sektor informal menjadi jenis pekerjaan utama. Kelompok rumah tangga hipertensi memiliki anggota rumah tangga lebih banyak dibandingkan kelompok rumah tangga non hipertensi. Hal ini terjadi karena rata-rata usia penderita hipertensi berada pada kisaran 40-75 tahun, sedangkan sebagian besar penduduk pada rentang usia tersebut sudah menikah, memiliki beberapa anak dan cucu (Myroniuk & Payne, 2019; Skog, 2016; Wu et al., 2019). Kelompok rumah tangga non hipertensi memiliki jumlah anggota keluarga yang lebih sedikit karena berusia lebih muda dari pada kelompok rumah tangga hipertensi.

Kebiasaan hidup yang buruk tampaknya tidak jauh berbeda pada kedua kelompok. Kebiasaan makan sayur dan buah yang lebih sedikit serta anggota keluarga yang merokok merupakan faktor risiko yang buruk untuk berkembangnya penyakit tidak menular dalam keluarga. Hal ini didukung oleh beberapa penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa kebiasaan hidup keluarga berpenghasilan rendah berpengaruh signifikan terhadap penyakit tidak menular (Intarakamhang & Macaskill, 2018; Stringhini & Bovet, 2017). Selain itu, tingkat pendapatan yang rendah juga dapat mempengaruhi daya beli rumah tangga. Pernyataan ini, sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan tingginya biaya hidup sehat, terutama

di negara-negara berkembang. Biaya untuk memilih makanan sehat dan buah-buahan lebih tinggi dibandingkan dengan biaya untuk memilih makanan tinggi karbohidrat dan gula (Jan et al., 2018; Stringhini & Bovet, 2017; Williams et al., 2018). Kebiasaan berolahraga rutin tampak lebih baik pada kelompok rumah tangga hipertensi dibandingkan kelompok rumah tangga non hipertensi. Hal ini dapat disebabkan karena tingkat kesadaran lebih pada pasien yang telah terdiagnosis dan pada akhirnya dapat mempengaruhi pola pikir keluarga (BeLue, 2017).

Penilaian terhadap kegiatan monitoring tekanan darah merupakan gambaran kesediaan keluarga penderita hipertensi untuk mengikuti program. Sebagian besar anggota keluarga menyatakan bahwa mereka membutuhkan dukungan lebih dalam pengobatan rutin ayah, ibu, kakek-nenek, suami, dan istri dengan hipertensi. Dukungan ini dapat berupa pengingat, edukasi dan pedoman perbaikan gaya hidup seperti pola makan, aktivitas fisik dan mengurangi kebiasaan merokok. Mereka sepakat bahwa hipertensi kebanyakan muncul tanpa gejala, dan beberapa rumah tangga mengalami betapa sulitnya merawat komplikasi hipertensi seperti stroke, pada anggota keluarganya. Sekitar 60% pasien hipertensi minum obat, tetapi hanya 15,8% yang melakukannya secara teratur. Sebagian besar anggota keluarga tidak memiliki alat untuk mengukur tekanan darah karena tidak tahu dimana harus membeli atau cara menggunakannya. Terlebih lagi, penderitanya biasanya sering menolak untuk diperiksa. Pernyataan ini sejalan dengan penelitian di Asia yang menyebutkan keengganan pasien hipertensi untuk melakukan pemeriksaan dalam jangka waktu pendek seperti seminggu sekali atau setiap hari (Chia *et al.*, 2017; Kronish *et al.*, 2017). Pemeriksaan yang lebih sering dirasa membebani dan membuat penderita hipertensi semakin cemas akan kesehatannya (Benetos *et al.*, 2019). Sebanyak 55% responden merasa lebih nyaman untuk melapor melalui *Whatsapp* daripada datang langsung ke kader kesehatan. Para responden ini sebagian besar tinggal di dekat Puskesmas, klinik kesehatan dan apotek. Mereka sepakat untuk memeriksakan tekanan darah setiap minggu dan melaporkannya kepada para kader melalui *Whatsapp*.

Hasil program menunjukkan bahwa kegiatan monitoring tekanan darah setiap bulan, olahraga, serta mengkonsumsi sayur dan buah yang dianjurkan, meningkat setelah dua bulan program berjalan. Kepatuhan minum obat belum mencapai target meskipun telah meningkat pada bulan kedua. Hasil ini sejalan dengan beberapa studi mengenai promosi kesehatan pada keluarga, yang menghasilkan perbaikan gaya hidup yang lebih baik, daripada promosi kesehatan pada individu (BeLue, 2017; Jonkman et al., 2020; Schmidt et al., 2020; Wu et al., 2019). Kepatuhan minum obat pada orang dengan hipertensi merupakan suatu tantangan. Sebuah studi oleh Mahmoodabad et al. tahun 2019 menyatakan bahwa kepatuhan minum obat pada penderita hipertensi sulit ditingkatkan karena penderita merasa tidak mengalami gejala apapun meskipun tekanan darahnya tidak membaik (Mahmoodabad et al., 2019; Villalva et al., 2016).

Skrining pada kelompok non hipertensi menunjukkan peningkatan setiap minggunya, dengan target tercapai setiap bulannya. Kombinasi beberapa metode pengingat, penyuluhan warga, dan dukungan dari kepala daerah setempat menjadi kunci keberhasilan partisipasi warga dalam penyaringan. Hal ini didukung oleh beberapa penelitian yang menyebutkan kuatnya dukungan kepala daerah dalam mempengaruhi perilaku sehat warganya (Marha et al., 2020; Sudharma & Kusumaratna, 2016).

Simpulan dan Saran

Program pemberdayaan masyarakat terkait penyakit tidak menular pada umumnya dan hipertensi pada khususnya memang memiliki tantangan yang cukup berat. Selain sering disebut sebagai *silent killer*, gaya hidup yang dipengaruhi oleh pengetahuan individu, lingkungan, dan pendapatan rumah tangga menjadi faktor pelik yang sulit diatasi. Program BERANI yang berfokus pada perbaikan keluarga diharapkan dapat mengurangi sulitnya beradaptasi dengan pola hidup yang lebih sehat karena didukung dan dilakukan oleh seluruh anggota keluarga. Program ini juga telah menunjukkan efektivitasnya, yang ditunjukkan dengan meningkatnya keteraturan pemantauan, kepatuhan berobat, dan pola hidup yang lebih sehat.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih ditujukan kepada ketua dan kader kesehatan RW 15 kelurahan penjarangan atas kesediaan dan dukungan dalam menjalankan program, Kepala Puskesmas Penjarangan 2 atas rekomendasi dan koordinasinya dalam perijinan dan kelancaran program serta rujukan pengobatan.

Daftar Referensi

- BeLue, R. (2017). The role of family in non-communicable disease prevention in Sub-Saharan Africa. *Global Health Promotion, 24*(3), 71–74.
- Benetos, A., Petrovic, M., & Strandberg, T. (2019). Hypertension management in older and frail older patients. *Circulation Research, 124*(7), 1045–1060.
- Burnier, M., Santschi, V., Favrat, B., & Brunner, H. R. (2003). Monitoring compliance in resistant hypertension: An important step in patient management. *Journal of Hypertension, 21*, S37–S42.
- Chia, Y.-C., Buranakitjaroen, P., Chen, C.-H., Divinagracia, R., Hoshide, S., Park, S., Shin, J., Siddique, S., Sison, J., & Soenarta, A. A. (2017). Current status of home blood pressure monitoring in Asia: Statement from the HOPE Asia Network. *The Journal of Clinical Hypertension, 19*(11), 1192–1201.
- Chun, K. H. (2020). 2272-PUB: Association between Hypertension and Diabetes Medication Compliance and Complications in Korea. *Am Diabetes Assoc.*
- Cramer, J. A., Benedict, A., Muszbek, N., Keskinaslan, A., & Khan, Z. M. (2008). The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: A review. *International Journal of Clinical Practice, 62*(1), 76–87.
- Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2018). Multi-group causal model of health literacy and behaviors on family well-being among Thai adults at risk of non-communicable diseases (NCDs). *Journal of Research in Health Sciences, 18*(4).
- Jan, S., Laba, T.-L., Essue, B. M., Gheorghe, A., Muhunthan, J., Engelgau, M., Mahal, A., Griffiths, U., McIntyre, D., & Meng, Q. (2018). Action to address the household economic burden of non-communicable diseases. *The Lancet, 391*(10134), 2047–2058.
- Jonkman, L. J., Tsuchihashi, K., Liu, E., Lates, J., Niaz, Q., & Rennie, T. (2020). Patient experiences in managing non-communicable diseases in Namibia. *Research in Social and Administrative Pharmacy.*
- Kemendes, R. I. (2012). Petunjuk Teknis Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM). Jakarta. Diunduh Dari [Http://Www. Pptm. Depkes. Go. Id/Cms/Frontend/Ebook/JUKNIS_REVISI. Pdf](http://www.pptm.depkes.go.id/Cms/Frontend/Ebook/JUKNIS_REVISI.Pdf).
- Kronish, I. M., Kent, S., Moise, N., Shimbo, D., Safford, M. M., Kynerd, R. E., O'Beirne, R., Sullivan, A., & Muntner, P. (2017). Barriers to conducting ambulatory and home blood pressure monitoring during hypertension screening in the United States. *Journal of the American Society of Hypertension, 11*(9), 573–580.
- Kurniawan, R. (2019). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2018*. Kementerian Kesehatan RI.
- Mahmoodabad, S. S. M., Dashti, S., Salehi-Abargouei, A., Fallahzadeh, H., & Soltani, M. H. (2019). The rate of compliance of prehypertension individuals from dietary approaches to stop hypertension (DASH): An application of the theory of planned behavior. *Annals of Medical and Health Sciences Research, 9*(1).
- Marha, D. A., Fatah, M. Z., & Winarko, W. (2020). The Role of Health Workers and Community Leaders in Dengue Fever Prevention. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education, 8*(2), 173–182.
- Myroniuk, T. W., & Payne, C. F. (2019). The Longitudinal Dynamics of Household Composition and Wealth in Rural Malawi. *Journal of Comparative Family Studies, 50*(3), 242–260.
- Organization, W. H. (2016). *Global NCD target: Reduce premature deaths from NCDs*. World Health Organization.
- Organization, W. H. (2018). *Non-communicable diseases country profiles 2018*.



- Schmidt, N. E., Steffen, A., & Meuser, T. M. (2020). Impairment for medication management in older adults: Validity of a family report measure. *Clinical Gerontologist*, 43(3), 350–362.
- Sinha, D. N. (2017). Outcome of the World NCD Congress 2017. *International Journal of Noncommunicable Diseases*, 2(4), 91.
- Skog, F. (2016). *The impact of family composition on adult earnings* [PhD Thesis]. Umeå University.
- Stringhini, S., & Bovet, P. (2017). Socioeconomic status and risk factors for non-communicable diseases in low-income and lower-middle-income countries. *The Lancet Global Health*, 5(3), e230–e231.
- Sudharma, N., & Kusumaratna, R. (2016). Factors influence the utilization of community participation (POSBINDU). *OIDA International Journal of Sustainable Development*, 9(03), 77–88.
- Villalva, C. M., Alvarez-Muiño, X. L. L., Mondelo, T. G., Fachado, A. A., & Fernández, J. C. (2016). Adherence to treatment in hypertension. In *Hypertension: From basic research to clinical practice* (pp. 129–147). Springer.
- Williams, J., Allen, L., Wickramasinghe, K., Mikkelsen, B., Roberts, N., & Townsend, N. (2018). A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low-and lower-middle-income countries. *Journal of Global Health*, 8(2).
- Wu, W., Stephens, M., Du, M., & Wang, B. (2019). Homeownership, family composition and subjective wellbeing. *Cities*, 84, 46–55.
- Zyczynski, T. M., & Coyne, K. S. (2000). Hypertension and current issues in compliance and patient outcomes. *Current Hypertension Reports*, 2(6), 510–514.