

PARADIGMA KESEHATAN MASYARAKAT BERBASIS KEARIFAN LOKAL UNTUK PENGENDALIAN HIPERTENSI: MODEL MAPPADECENG

Andi Hiswanah¹, Arlin Adam²

^{1,2}Universitas Mega Buana Palopo

Email: a_hiswanah@yahoo.co.id

ABSTRAK

Hipertensi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang tidak dapat dijelaskan secara memadai hanya melalui paradigma biomedis karena pengendaliannya dipengaruhi oleh perilaku, relasi keluarga, kondisi ekonomi, akses pelayanan, keyakinan kesehatan, dan praktik budaya. Artikel ini bertujuan merumuskan paradigma kesehatan masyarakat berbasis kearifan lokal untuk pengendalian hipertensi dan mengoperasionalkan Model MAPPADECENG sebagai kerangka intervensi wellness program. Naskah disusun melalui telaah integratif terstruktur terhadap 14 publikasi periode 2021–2026 yang telah diseleksi dalam laporan systematic literature review, kemudian diperkaya dengan teori ekologi sosial, COM-B, PRECEDE–PROCEED, self-management, dan adaptasi budaya. Sintesis dilakukan melalui pemetaan desain dan konteks studi, pengodean tematik, perbandingan antarbukti, dan translasi temuan ke dalam komponen program. Enam tema utama ditemukan: budaya sebagai determinan penerimaan program; self-management sebagai mekanisme perubahan; literasi dan promosi kesehatan sebagai prasyarat tindakan; dukungan keluarga dan komunitas sebagai penguat; kompleksitas klinis-psikososial sebagai penentu kualitas hidup; serta komunikasi sensitif budaya sebagai mekanisme penghubung antara terapi berbasis bukti dan praktik lokal. Berdasarkan sintesis tersebut, MAPPADECENG dikembangkan sebagai akronim programatik yang mencakup pemetaan risiko dan budaya, asesmen multidimensi, pemberdayaan, penguatan literasi, adaptasi gaya hidup, dukungan sosial, edukasi dialogis, cek tekanan darah dan kepatuhan, evaluasi, navigasi layanan, serta gotong royong. Kerangka ini menawarkan pergeseran dari intervensi individual yang fragmentaris menuju intervensi ekologis, partisipatif, sensitif budaya, dan terukur. Validasi semantik, ko-desain komunitas, uji kelayakan, serta pengujian efektivitas diperlukan sebelum implementasi luas.

Kata Kunci : Hipertensi, Kearifan Lokal, Kesehatan Masyarakat, MAPPADECENG, Self-Management, Wellness Program.

ABSTRACT

Hypertension is a public health issue that cannot be adequately explained solely through a biomedical paradigm, as its management is influenced by behavior, family relationships, economic conditions, service access, health beliefs, and cultural practices. This article aims to formulate a public health paradigm based on local wisdom for hypertension control and to operationalize the MAPPADECENG Model as a framework for wellness program interventions. The manuscript was developed through a structured integrative review of 14 publications (from the 2021–2026 period) selected from a systematic literature review, further

*enriched by theories of social ecology, COM-B, PRECEDE–PROCEED, self-management, and cultural adaptation. Synthesis was conducted through the mapping of study designs and contexts, thematic coding, cross-evidence comparison, and the translation of findings into program components. Six key themes emerged: culture as a determinant of program acceptance; self-management as a mechanism for change; health literacy and promotion as prerequisites for action; family and community support as reinforcing factors; clinical-psychosocial complexity as a determinant of quality of life; and culturally sensitive communication as a bridge between evidence-based therapy and local practices. Based on this synthesis, MAPPADECENG was developed as a programmatic acronym encompassing risk and cultural mapping, multidimensional assessment, empowerment, literacy strengthening, lifestyle adaptation, social support, dialogic education, blood pressure monitoring and adherence, evaluation, service navigation, and *gotong royong* (mutual cooperation). This framework offers a shift from fragmented individual interventions toward interventions that are ecological, participatory, culturally sensitive, and measurable. Semantic validation, community co-design, feasibility testing, and effectiveness trials are required prior to widespread implementation.*

Keywords: *Hypertension, Local Wisdom, Public Health, MAPPADECENG, Self-Management, Wellness Program.*

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan salah satu determinan utama penyakit kardiovaskular, stroke, penyakit ginjal, disabilitas, dan kematian prematur. World Health Organization memperkirakan sekitar 1,4 miliar orang dewasa berusia 30–79 tahun hidup dengan hipertensi pada 2024, sedangkan proporsi yang mencapai kontrol tekanan darah masih rendah (World Health Organization, 2025). Di Indonesia, Survei Kesehatan Indonesia 2023 menunjukkan prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah pada penduduk berusia ≥ 15 tahun sebesar 29,2%, sementara prevalensi berdasarkan diagnosis dokter hanya 8% (Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, 2023). Selisih yang lebar tersebut mengindikasikan kesenjangan pada deteksi, kesadaran, diagnosis, pengobatan, dan kesinambungan pemantauan.

Dominasi paradigma biomedis telah menghasilkan kemajuan penting dalam diagnosis dan terapi farmakologis, tetapi pendekatan tersebut memiliki keterbatasan ketika diterapkan pada penyakit kronis yang menuntut perubahan perilaku jangka panjang. Kontrol tekanan darah tidak hanya ditentukan oleh pemilihan obat. Kepatuhan terapi, pola konsumsi garam, aktivitas fisik, berat badan, kebiasaan merokok, pengelolaan stres, kemampuan memantau tekanan darah, serta keteraturan mengakses pelayanan berperan secara simultan. Setiap perilaku tersebut dipengaruhi oleh kondisi rumah tangga, norma sosial, sumber daya ekonomi, akses pangan, pekerjaan, keyakinan terhadap obat, komunikasi tenaga kesehatan, dan nilai budaya.

Konsekuensi hipertensi juga tidak terbatas pada indikator hemodinamik. Hipertensi yang tidak terkontrol berkaitan dengan penurunan health-related quality of life, terutama pada domain mental dan fungsi sehari-hari (Patil et al., 2023). Penurunan kualitas hidup menjadi lebih berat ketika hipertensi berinteraksi dengan obesitas, diabetes, penyakit jantung, masalah psikologis, atau komorbiditas multipel (Mannan et al., 2022). Kecemasan dapat memperkuat beban penyakit, sedangkan dukungan sosial dapat mengurangi dampak negatifnya terhadap kualitas hidup (Gu et al., 2023). Fakta tersebut menuntut indikator keberhasilan program yang lebih luas daripada perubahan tekanan darah semata.

Bukti intervensional menunjukkan bahwa program yang menempatkan pasien sebagai pelaku aktif cenderung menghasilkan luaran yang lebih bermakna. Intervensi self-management melalui kunjungan rumah dan pelibatan caregiver meningkatkan kepatuhan perawatan diri serta status kesehatan lansia hipertensi (Putri et al., 2021). Kombinasi teori self-management dengan PRECEDE-PROCEED menghasilkan peningkatan kualitas hidup yang lebih besar dibandingkan penggunaan salah satu pendekatan secara terpisah (Chaboksavar et al., 2021). Intervensi kelompok yang dipimpin perawat juga dikaitkan dengan perbaikan tekanan darah, berat badan, pengetahuan, dan self-efficacy (Nanyonga et al., 2022). Meta-analisis terbaru memperkuat temuan tersebut dengan menunjukkan bahwa intervensi berbasis komunitas dapat meningkatkan kontrol tekanan darah dan menurunkan tekanan darah sistolik maupun diastolik, walaupun heterogenitas antarprogram tetap tinggi (Azami-Aghdash et al., 2025; Nyame et al., 2024).

Walaupun demikian, efektivitas suatu komponen tidak menjamin keberterimaan pada setiap komunitas. Makanan, aktivitas fisik, penggunaan obat, pilihan terapi tradisional, persepsi gejala, dan cara mengambil keputusan kesehatan dibentuk oleh konteks budaya. Miezah dan Hayman (2026) menegaskan bahwa praktik budaya memengaruhi diet, pengetahuan, persepsi hipertensi, kepatuhan, dan penggunaan sediaan herbal. Bhandari et al. (2021) mengidentifikasi miskonsepsi, ketakutan terhadap terapi, penggunaan pengobatan alternatif, stigma, hambatan komunikasi, dan norma sosial sebagai faktor yang membatasi pengobatan serta kontrol tekanan darah. Dengan demikian, budaya bukan variabel dekoratif, melainkan salah satu mekanisme yang menentukan apakah rekomendasi kesehatan dipahami, diterima, dinegosiasikan, atau ditolak.

Pendekatan sensitif budaya tidak identik dengan romantisasi seluruh praktik lokal. Intervensi tetap harus mempertahankan keamanan, efektivitas, dan standar terapi berbasis bukti.

Penyesuaian dilakukan pada bahasa, contoh, bentuk komunikasi, pemilihan fasilitator, keterlibatan keluarga, cara merumuskan tujuan, serta strategi menjembatani keyakinan lokal dengan pengetahuan ilmiah. Cipta et al. (2024) menunjukkan relevansi gotong royong, keluarga, spiritualitas, komunikasi, dan pemberdayaan pasien dalam pelayanan berpusat pada pasien di negara berpendapatan rendah dan menengah. Program edukasi komunitas yang disesuaikan secara budaya juga dapat memperbaiki literasi kesehatan, aktivitas fisik, penggunaan obat, dan indikator fisiologis (Singh et al., 2023). Pengembangan aplikasi hipertensi yang disesuaikan secara budaya dan diperkuat dukungan community health worker memperlihatkan bahwa penyesuaian dapat diterapkan pula pada intervensi digital (Brewer et al., 2023).

Kearifan lokal dapat ditempatkan sebagai sumber daya kesehatan masyarakat apabila memenuhi tiga syarat. Pertama, nilai lokal harus diterjemahkan menjadi mekanisme tindakan yang jelas, bukan hanya digunakan sebagai nama program. Kedua, unsur budaya harus divalidasi bersama komunitas agar tidak direduksi menjadi stereotip. Ketiga, komponen yang dihasilkan harus dapat diuji melalui indikator proses, perilaku, klinis, psikososial, dan kualitas hidup. Kerangka ini memungkinkan pengetahuan lokal berinteraksi dengan bukti ilmiah tanpa meniadakan standar ilmiah maupun otonomi komunitas.

Dalam laporan sumber, mappadeceng diposisikan sebagai orientasi pada perbaikan, kebaikan, dan pemulihan. Artikel ini menggunakan istilah tersebut sebagai konstruk emik awal untuk merumuskan model kesehatan masyarakat berbasis budaya di Luwu Timur. Akronim MAPPADECENG yang dikembangkan dalam naskah ini merupakan mnemonic programatik hasil sintesis bukti, bukan klaim etimologis final. Validasi linguistik dan budaya tetap diperlukan melalui pelibatan ahli bahasa daerah, tokoh adat, pasien, keluarga, kader, dan tenaga kesehatan.

Kebaruan artikel terletak pada perumusan paradigma yang menghubungkan dimensi ontologis, epistemologis, aksiologis, dan metodologis kesehatan masyarakat berbasis kearifan lokal dengan desain intervensi hipertensi yang terukur. Artikel ini tidak hanya merangkum manfaat intervensi budaya, self-management, dan komunitas, tetapi juga menerjemahkannya menjadi komponen operasional Model MAPPADECENG. Tujuannya adalah menjelaskan dasar teoretis, bukti empiris, konteks sosial-budaya, mekanisme perubahan, serta agenda pengujian model untuk meningkatkan pengendalian hipertensi dan kualitas hidup.

METODE PENELITIAN

Desain dan Posisi Kajian

Artikel ini merupakan telaah integratif terstruktur dan pengembangan kerangka konseptual. Korpus utama berasal dari 14 publikasi periode 2021–2026 yang telah dipertahankan dalam laporan systematic literature review mengenai intervensi berbasis budaya, wellness program, promosi kesehatan, self-management, pengendalian tekanan darah, dan kualitas hidup pasien hipertensi. Naskah ini menggunakan matriks ekstraksi, karakteristik studi, hasil sintesis, dan daftar pustaka pada laporan tersebut sebagai sumber data sekunder. Sumber epidemiologis, metodologis, dan meta-analitik mutakhir digunakan untuk memperkuat konteks dan menilai konsistensi argumen, tetapi tidak dimasukkan sebagai bagian dari penghitungan 14 studi inti.

Pemilihan desain integratif didasarkan pada heterogenitas bukti. Korpus mencakup tujuh studi potong lintang, satu kuasi-eksperimen, satu eksperimen dengan pengukuran berulang, satu sequential explanatory mixed-method, satu studi kualitatif formatif, satu narrative review, satu systematic review, dan satu perspective/conceptual review. Keragaman tersebut tidak mendukung meta-analisis baru, tetapi memungkinkan sintesis lintas desain untuk menjelaskan hubungan antara efektivitas intervensi, mekanisme perilaku, faktor psikososial, dan konteks budaya.

Laporan sumber menggunakan kerangka PICO dan alur PRISMA. Sebanyak 250 rekaman diidentifikasi dan 14 artikel dipertahankan dalam sintesis akhir. Karena artikel ini tidak melakukan penelusuran basis data baru dan menggunakan hasil seleksi yang telah tersedia, naskah ini tidak mengklaim sebagai systematic review independen. Pendekatan tersebut dipilih untuk menjaga transparansi metodologis dan mencegah pengulangan klaim yang tidak didukung oleh prosedur pencarian baru.

Unit Analisis dan Ekstraksi

Unit analisis meliputi tujuan penelitian, negara atau konteks studi, desain, jumlah sampel, komponen intervensi atau determinan yang diuji, luaran, serta hasil utama. Data dikelompokkan ke dalam empat klaster awal: intervensi sensitif budaya; self-management dan intervensi berbasis tenaga kesehatan; promosi kesehatan dan literasi; serta determinan klinis, psikologis, sosial, dan kualitas hidup. Pengelompokan awal digunakan sebagai perangkat organisasi, bukan sebagai tema akhir.

Sumber yang tidak secara eksklusif meneliti hipertensi tetap dipertahankan apabila menyediakan mekanisme yang relevan terhadap penyakit kronis, seperti self-care, dukungan sosial, literasi, kecemasan, komorbiditas, atau modifikasi perilaku. Transferabilitas temuan tersebut dinilai secara hati-hati berdasarkan kedekatan populasi, luaran, dan konteks intervensi.

Analisis Tematik dan Integrasi Teori

Analisis dilakukan melalui empat tahap. Tahap pertama memetakan karakteristik dan kekuatan inferensial setiap desain. Tahap kedua melakukan pengodean terbuka terhadap mekanisme, hambatan, fasilitator, aktor, dan luaran. Tahap ketiga menggabungkan kode yang berdekatan menjadi tema tingkat menengah. Tahap keempat menerjemahkan tema ke dalam dimensi paradigma dan komponen operasional Model MAPPADECENG.

Triangulasi teoretis digunakan untuk mencegah model hanya menjadi akronim deskriptif. Model ekologi sosial digunakan untuk menjelaskan level individu, interpersonal, organisasi, komunitas, dan kebijakan (McLeroy et al., 1988). COM-B digunakan untuk memetakan capability, opportunity, dan motivation sebagai prasyarat perilaku (Michie et al., 2011). PRECEDE-PROCEED digunakan untuk menghubungkan diagnosis sosial, epidemiologis, perilaku, lingkungan, pendidikan, implementasi, dan evaluasi (Green & Kreuter, 2005). Teori self-management menjelaskan keterampilan pengelolaan medis, peran, emosi, pemecahan masalah, pengambilan keputusan, dan kemitraan dengan tenaga kesehatan (Lorig & Holman, 2003). Kerangka adaptasi budaya digunakan untuk membedakan penyesuaian permukaan dari penyesuaian mendalam pada nilai, relasi, dan mekanisme intervensi (Barrera et al., 2013).

Kredibilitas sintesis dijaga melalui perbandingan antardesain, pencarian temuan yang tidak konsisten, dan pemisahan antara bukti langsung dengan inferensi konseptual. Pernyataan efektivitas terutama didasarkan pada studi intervensional dan meta-analisis. Studi observasional, kualitatif, dan konseptual digunakan untuk menjelaskan konteks dan mekanisme. Pengembangan akronim MAPPADECENG dikategorikan sebagai kontribusi konseptual penulis yang memerlukan validasi empiris.

Aspek Etik

Kajian menggunakan dokumen dan publikasi yang tersedia tanpa melibatkan partisipan manusia secara langsung. Persetujuan etik penelitian baru tidak diperlukan. Prinsip integritas ilmiah diterapkan melalui atribusi sumber, pembedaan fakta dan inferensi, serta penghindaran klaim efektivitas yang melampaui desain studi.

HASIL DAN PEMBAHASAN**Karakteristik dan Struktur Bukti**

Empat belas artikel berasal dari konteks Thailand, Indonesia, Bangladesh, India, Kuwait, Iran, Tiongkok, Nepal, Uganda, Amerika Serikat, dan literatur lintas negara. Separuh artikel menggunakan desain potong lintang. Bukti kausal langsung karena itu lebih terbatas daripada bukti asosiasional. Studi intervensional yang tersedia tetap menunjukkan pola konsisten: program berulang, multikomponen, berbasis rumah atau kelompok, dan melibatkan caregiver menghasilkan perbaikan pada kepatuhan, self-care, self-efficacy, status kesehatan, tekanan darah, berat badan, atau kualitas hidup.

Luaran yang paling sering dianalisis adalah kualitas hidup dan perilaku kesehatan, masing-masing pada delapan artikel. Tekanan darah atau indikator klinis serta dukungan keluarga, komunitas, atau sosial muncul pada enam artikel. Distribusi tersebut menunjukkan bahwa bukti telah bergerak melampaui luaran klinis tunggal, tetapi pengukuran proses implementasi dan keberlanjutan masih terbatas.

Tabel 1. Klaster bukti dan kontribusinya terhadap pengembangan model

Klaster bukti	Artikel utama	Pola temuan	Kontribusi terhadap model
Intervensi sensitif budaya dan komunitas	Miezah & Hayman; Cipta et al.; Singh et al.; Bhandari et al.	Nilai, bahasa, pola makan, keyakinan, terapi tradisional, komunikator, dan dukungan komunitas memengaruhi penerimaan serta keberlanjutan.	Budaya harus dioperasionalkan pada isi, proses komunikasi, aktor, dan lingkungan program.
Self-management dan intervensi tenaga kesehatan	Putri et al.; Chaboksavar et al.; Nanyonga et al.	Kunjungan rumah, caregiver, kelompok, penetapan tujuan, pemantauan, dan latihan berulang memperbaiki	Model membutuhkan keterampilan praktis, dukungan berulang, dan pembagian peran yang jelas.

Klaster bukti	Artikel utama	Pola temuan	Kontribusi terhadap model
		perilaku serta luaran klinis.	
Promosi kesehatan dan literasi	Chantakeeree et al.; Boonyathee et al.; Napalai et al.	Pengetahuan dan perilaku promosi kesehatan berhubungan dengan self-care, indikator klinis, kesehatan mental, dan kualitas hidup.	Literasi harus diukur sebagai kemampuan menggunakan informasi, bukan hanya pengetahuan deklaratif.
Dukungan sosial, keluarga, dan kelompok	Putri et al.; Gu et al.; Singh et al.; Nanyonga et al.	Caregiver, kelompok pasien, tenaga kesehatan, dan jejaring sosial memperkuat motivasi, efikasi diri, kepatuhan, dan kualitas hidup.	Intervensi perlu memindahkan sebagian beban pengelolaan dari individu ke sistem dukungan.
Kompleksitas klinis dan psikososial	Badr et al.; Patil et al.; Gu et al.; Mannan et al.	Hipertensi tidak terkontrol, obesitas, ketidakaktifan, komorbiditas, dan kecemasan berkaitan dengan kualitas hidup yang lebih buruk.	Asesmen dan evaluasi harus multidimensi serta mencakup rujukan klinis dan psikologis.

Tema 1: Budaya sebagai Determinan Penerimaan dan Keberlanjutan

Temuan menunjukkan bahwa perilaku pengendalian hipertensi terbentuk melalui negosiasi antara rekomendasi klinis dan kehidupan sosial sehari-hari. Pasien menilai anjuran diet berdasarkan bahan makanan yang tersedia, kebiasaan keluarga, makna makanan dalam pertemuan sosial, dan biaya. Obat dinilai melalui pengalaman gejala, efek samping, keyakinan mengenai ketergantungan, serta informasi dari keluarga atau penyembuh tradisional. Aktivitas fisik dipengaruhi oleh jenis pekerjaan, keamanan lingkungan, norma gender, dan kesempatan waktu. Budaya dengan demikian bekerja melalui keputusan konkret, bukan hanya melalui identitas etnik.

Intervensi yang disesuaikan secara budaya meningkatkan relevansi ketika penyesuaian melampaui penerjemahan bahasa. Program yang melibatkan figur terpercaya, contoh lokal, keluarga, komunitas, dan dialog mengenai terapi tradisional memiliki peluang lebih besar untuk diterima. Namun, bukti juga menegaskan perlunya batas normatif: praktik lokal yang bertentangan dengan keselamatan harus dibahas secara terbuka dan diarahkan pada pilihan yang aman.

Tema 2: Self-Management sebagai Mekanisme Perubahan

Self-management muncul sebagai mekanisme paling konsisten yang menghubungkan edukasi dengan luaran. Pasien memerlukan kemampuan membaca hasil tekanan darah, memahami jadwal obat, mengenali efek samping, merencanakan makanan, menetapkan target aktivitas, mengelola stres, memecahkan hambatan, dan menentukan kapan harus mencari pertolongan. Keterampilan tersebut tidak terbentuk melalui satu sesi penyuluhan. Latihan, umpan balik, pengulangan, dan pemantauan diperlukan agar tindakan menjadi rutinitas.

Studi intervensional menunjukkan manfaat ketika pengelolaan diri didukung oleh kunjungan rumah, caregiver, kelompok, dan tenaga kesehatan. Temuan ini menolak asumsi bahwa self-management berarti menyerahkan seluruh tanggung jawab kepada pasien. Self-management yang efektif merupakan kapasitas bersama yang dibentuk melalui sistem dukungan dan akses layanan.

Tema 3: Literasi Kesehatan sebagai Kapasitas Fungsional

Literasi kesehatan tidak cukup didefinisikan sebagai kemampuan mengingat definisi hipertensi. Kapasitas yang dibutuhkan bersifat fungsional dan kritis: memahami angka tekanan darah, membedakan informasi yang dapat dipercaya, menilai klaim pengobatan alternatif,

mengajukan pertanyaan, menggunakan layanan, serta menyesuaikan rekomendasi dengan kondisi rumah tangga. Hubungan antara pengetahuan, perilaku promosi kesehatan, dan kualitas hidup menunjukkan bahwa literasi menjadi mediator, bukan luaran akhir.

Konsekuensinya, evaluasi edukasi perlu mengukur demonstrasi keterampilan dan perubahan perilaku. Pengetahuan dapat meningkat tanpa perubahan konsumsi garam atau kepatuhan obat ketika lingkungan tidak mendukung. Program perlu menghubungkan edukasi dengan akses pangan, alat ukur, pengingat obat, dukungan keluarga, dan pemecahan masalah.

Tema 4: Keluarga dan Komunitas sebagai Infrastruktur Perilaku

Keluarga menentukan komposisi makanan, pengeluaran untuk obat dan transportasi, pengingat kontrol, respons terhadap gejala, serta legitimasi keputusan kesehatan. Komunitas memengaruhi norma makan, aktivitas, penggunaan terapi tradisional, dan kepercayaan terhadap layanan. Dukungan kelompok menambah mekanisme belajar sosial, akuntabilitas, dan efikasi diri. Karena itu, keluarga dan komunitas bukan konteks pasif, tetapi infrastruktur yang dapat memudahkan atau menghambat perilaku.

Keterlibatan sosial harus dirancang secara etis. Dukungan tidak boleh berubah menjadi pengawasan yang mengurangi otonomi pasien, menyalahkan individu, atau membuka informasi kesehatan tanpa persetujuan. Pembagian peran perlu disepakati, dan pasien tetap menjadi pusat keputusan.

Tema 5: Kompleksitas Klinis, Psikologis, dan Kualitas Hidup

Hipertensi sering hadir bersama obesitas, diabetes, penyakit jantung, keterbatasan fungsi, dan masalah psikologis. Komorbiditas meningkatkan beban terapi serta menurunkan kualitas hidup. Kecemasan dapat mengganggu tidur, motivasi, interpretasi gejala, dan kepatuhan. Program yang hanya berfokus pada tekanan darah berisiko melewatkan faktor yang menentukan kemampuan pasien mempertahankan perilaku.

Kualitas hidup berfungsi sebagai luaran integratif karena mencerminkan efek klinis, perilaku, psikologis, sosial, dan lingkungan. Pengukuran tekanan darah tetap esensial, tetapi perlu dibaca bersama self-efficacy, kepatuhan, fungsi fisik, kesehatan mental, partisipasi sosial, dan beban pengobatan.

Tema 6: Komunikasi Sensitif Budaya sebagai Mekanisme Penghubung

Komunikasi menjadi titik pertemuan antara pengetahuan ilmiah dan pengetahuan lokal. Dialog yang efektif dimulai dengan menggali pemahaman pasien, bukan langsung mengoreksi.

Tenaga kesehatan perlu menanyakan praktik diet, penggunaan herbal, pengalaman obat, kekhawatiran, sumber informasi, dan pihak yang terlibat dalam keputusan. Penjelasan kemudian disusun dengan bahasa yang dipahami, contoh yang relevan, dan verifikasi teach-back.

Sensitivitas budaya tidak cukup diukur dari kesopanan. Indikatornya mencakup keterpahaman, rasa aman untuk menyampaikan keyakinan, keputusan bersama, penurunan miskonsepsi, penerimaan rujukan, dan kemampuan pasien menerapkan rencana. Komunikasi dengan demikian merupakan intervensi perilaku dan organisasi, bukan sekadar keterampilan interpersonal.

Pembahasan

1. Rekonstruksi Paradigma Kesehatan Masyarakat Berbasis Kearifan Lokal

Sintesis mendukung pergeseran dari paradigma yang memusatkan masalah pada kepatuhan individu menuju paradigma ekologis yang memandang perilaku sebagai hasil interaksi kemampuan, kesempatan, motivasi, relasi sosial, organisasi layanan, dan budaya. Pergeseran ini tidak menolak biomedis. Diagnosis, terapi farmakologis, target tekanan darah, dan rujukan tetap menjadi fondasi keselamatan. Perubahan terjadi pada cara intervensi dirancang: terapi klinis ditempatkan dalam sistem kehidupan pasien.

Secara ontologis, kesehatan dipahami sebagai keadaan dinamis yang terbentuk dari interaksi biologis, psikologis, sosial, budaya, ekonomi, dan lingkungan. Hipertensi bukan hanya tekanan darah yang tinggi, tetapi kondisi kronis yang memengaruhi fungsi, identitas, peran keluarga, dan kualitas hidup. Secara epistemologis, bukti ilmiah dan pengetahuan lokal diperlakukan sebagai sumber pengetahuan dengan fungsi berbeda. Bukti ilmiah menilai keamanan dan efektivitas, sedangkan pengetahuan lokal menjelaskan makna, kebiasaan, relasi, dan kondisi implementasi. Keduanya tidak disamakan, tetapi dipertemukan melalui validasi dan dialog.

Secara aksiologis, paradigma menempatkan kemanfaatan, keadilan, partisipasi, penghormatan budaya, keselamatan, dan otonomi sebagai nilai utama. Intervensi tidak boleh menggunakan budaya untuk menormalisasi ketimpangan atau membebankan tanggung jawab kepada keluarga tanpa dukungan sumber daya. Secara metodologis, program membutuhkan ko-desain, mixed methods, adaptasi iteratif, uji kelayakan, evaluasi proses, dan pengukuran luaran multilevel.

Tabel 2. Dimensi paradigma kesehatan masyarakat berbasis kearifan lokal

Dimensi	Kecenderungan reduksionis	Paradigma berbasis kearifan lokal	Implikasi untuk hipertensi
Ontologis	Hipertensi dipandang terutama sebagai abnormalitas fisiologis individu.	Hipertensi dipahami sebagai kondisi bio-psiko-sosial-budaya yang berkembang dalam rumah tangga, komunitas, dan sistem layanan.	Asesmen mencakup tekanan darah, komorbiditas, perilaku, kesehatan mental, dukungan sosial, dan kualitas hidup.
Epistemologis	Pengetahuan profesional menjadi satu-satunya sumber legitimasi.	Bukti ilmiah menentukan keamanan dan efektivitas; pengetahuan lokal menjelaskan makna, kebiasaan, serta kondisi implementasi.	Rencana perawatan dibangun melalui dialog, verifikasi informasi, dan adaptasi yang tidak mengurangi standar klinis.
Aksiologis	Keberhasilan dinilai dari kepatuhan dan target klinis.	Keberhasilan mencakup keselamatan, otonomi, keadilan, partisipasi, keberterimaan, dan kualitas hidup.	Indikator klinis dilengkapi indikator pengalaman pasien, akses, keterlibatan, dan distribusi manfaat.
Metodologis	Program dirancang top-down dan seragam.	Program dikembangkan melalui ko-desain, adaptasi budaya, uji kelayakan, dan evaluasi multilevel.	Komunitas terlibat dalam pemetaan, desain, implementasi, pemantauan, dan perbaikan program.

Dimensi	Kecenderungan reduksionis	Paradigma berbasis kearifan lokal	Implikasi untuk hipertensi
Praksis	Edukasi satu arah dan kegiatan terpisah.	Intervensi multikomponen menghubungkan edukasi, self-management, keluarga, komunitas, pemantauan, dan navigasi layanan.	Puskesmas, kader, keluarga, dan tokoh komunitas bekerja dalam alur tanggung jawab yang terdefinisi.

2. Integrasi Teori dalam Model MAPPADECENG

Model ekologi sosial menjelaskan bahwa perubahan perilaku memerlukan intervensi pada lebih dari satu level. Pada level individu, pasien membutuhkan pengetahuan, keterampilan, dan efikasi diri. Pada level interpersonal, keluarga dan kelompok memberikan dukungan, norma, serta akuntabilitas. Pada level organisasi, puskesmas perlu menyediakan pemantauan, tindak lanjut, komunikasi, dan rujukan. Pada level komunitas, tokoh lokal dan kader dapat memperkuat legitimasi perilaku sehat. Pada level kebijakan, ketersediaan obat, alat ukur, pangan sehat, pembiayaan, dan integrasi program menentukan keberlanjutan.

COM-B memberi struktur diagnostik yang praktis. Capability mencakup kemampuan memahami hipertensi, mengukur tekanan darah, mengatur obat, memilih makanan, dan mengelola stres. Opportunity meliputi dukungan keluarga, akses alat dan obat, waktu, keamanan lingkungan, serta pelayanan yang responsif. Motivation mencakup keyakinan, tujuan, emosi, kebiasaan, persepsi risiko, dan identitas. Intervensi yang hanya meningkatkan capability melalui penyuluhan tidak akan memadai ketika opportunity dan motivation tetap lemah.

PRECEDE-PROCEED menghubungkan diagnosis sosial dengan desain dan evaluasi. Kualitas hidup dapat ditempatkan sebagai diagnosis sosial, hipertensi dan komorbiditas sebagai diagnosis epidemiologis, sedangkan diet, aktivitas, kepatuhan, stres, dukungan, dan akses sebagai faktor perilaku serta lingkungan. Faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat

membantu menentukan isi program. Tahap PROCEED kemudian mengarahkan implementasi, evaluasi proses, dampak, dan hasil.

Self-management theory menjelaskan tugas yang harus mampu dilakukan pasien, sedangkan adaptasi budaya menentukan cara tugas tersebut diajarkan dan didukung. Integrasi ini mencegah dua kesalahan: program budaya yang tidak memiliki mekanisme perubahan, dan program perilaku yang efektif secara teoritis tetapi tidak dapat diterima dalam konteks lokal.

3. Operasionalisasi Akronim MAPPADECENG

MAPPADECENG dirumuskan sebagai mnemonic programatik untuk mengorganisasi komponen intervensi. Setiap huruf mewakili fungsi yang dapat diterjemahkan menjadi aktivitas, aktor, dan indikator. Akronim tersebut tidak dimaksudkan sebagai terjemahan linguistik kata per kata. Validasi semantik dan budaya tetap harus dilakukan sebelum model diberi status sebagai representasi kearifan lokal Luwu Timur.

Struktur akronim dirancang sebagai siklus. Pemetaan dan asesmen menghasilkan diagnosis kebutuhan. Pemberdayaan, literasi, adaptasi gaya hidup, dukungan, dan edukasi membentuk intervensi inti. Cek, evaluasi, dan navigasi layanan menjaga keselamatan serta kesinambungan. Gotong royong menjadi strategi keberlanjutan yang menghubungkan pasien, keluarga, komunitas, dan layanan.

Tabel 3. Operasionalisasi Model MAPPADECENG

Huruf dan komponen	Makna operasional	Basis teoretis	Contoh indikator
M – Memetakan risiko dan konteks budaya	Pemetaan tekanan darah, faktor risiko, pola makan, keyakinan obat, dukungan, hambatan akses, bahasa, dan aktor lokal.	Ekologi sosial; PRECEDE.	Peta risiko; daftar hambatan dan aset komunitas; segmentasi kebutuhan.
A – Asesmen klinis, perilaku,	Penilaian tekanan darah, komorbiditas, obat, diet, aktivitas, stres, literasi,	Patient-centered care; diagnosis	Proporsi asesmen lengkap; skor dasar;

Huruf dan komponen	Makna operasional	Basis teoretis	Contoh indikator
dan kualitas hidup	self-efficacy, dukungan, dan HRQoL.	sosial-epidemiologis.	identifikasi risiko tinggi.
P – Pemberdayaan pasien	Penetapan tujuan bersama, pengambilan keputusan, pemecahan masalah, dan rencana tindakan individual.	Self-management; shared decision-making.	Tujuan SMART; action plan; skor aktivasi pasien.
P – Penguatan literasi dan efikasi diri	Teach-back, latihan membaca tekanan darah, pengelolaan obat, penilaian informasi, dan keterampilan meminta bantuan.	Health literacy; self-efficacy.	Kemampuan demonstrasi; skor literasi; skor self-efficacy.
A – Adaptasi gaya hidup berbasis budaya	Modifikasi diet, aktivitas fisik, tidur, merokok, dan stres menggunakan bahan, rutinitas, serta konteks lokal yang aman.	Cultural adaptation; COM-B.	Konsumsi natrium; aktivitas; berat badan; keterterimaan materi.
D – Dukungan keluarga dan komunitas	Pembagian peran caregiver, kelompok pasien, kader, tokoh lokal, dan jejaring sosial.	Ekologi sosial; social support.	Kehadiran keluarga; frekuensi kontak; dukungan instrumental dan emosional.

Huruf dan komponen	Makna operasional	Basis teoretis	Contoh indikator
E – Edukasi dialogis dan sensitif budaya	Penggalian keyakinan, diskusi terapi tradisional, koreksi miskonsepsi, bahasa sederhana, dan keputusan bersama.	Cultural humility; communication accommodation.	Teach-back benar; penurunan miskonsepsi; pengalaman komunikasi.
C – Cek tekanan darah dan kepatuhan terapi	Pemantauan tekanan darah, obat, efek samping, tanda bahaya, dan tindak lanjut terjadwal.	Self-monitoring; continuity of care.	Frekuensi pengukuran; medication possession/adherence; kontrol tekanan darah.
E – Evaluasi proses, dampak, dan hasil	Penilaian keterlaksanaan, jangkauan, keterterimaan, perilaku, klinis, psikososial, dan kualitas hidup.	PRECEDE–PROCEED; evaluasi multilevel.	Fidelity; retention; perubahan perilaku; SBP/DBP; HRQoL.
N – Navigasi layanan dan rujukan	Penghubungan pasien dengan puskesmas, farmasi, laboratorium, layanan gizi, psikologis, dan rujukan klinis.	Integrated care; opportunity dalam COM-B.	Waktu rujukan; penyelesaian rujukan; kontinuitas obat; kehilangan tindak lanjut.
G – Gotong royong untuk keberlanjutan	Kepemilikan bersama, kaderisasi, integrasi dalam kegiatan lokal, dukungan pembiayaan,	Community empowerment; sustainability.	Kader aktif; integrasi program; biaya per peserta; keberlanjutan 6–12 bulan.

Huruf dan komponen	Makna operasional	Basis teoretis	Contoh indikator
	dan perbaikan berkelanjutan.		

4. Mekanisme Perubahan yang Diusulkan

Model mengusulkan rantai perubahan yang dapat diuji. Pemetaan dan asesmen meningkatkan ketepatan segmentasi. Edukasi dialogis, literasi, dan adaptasi gaya hidup meningkatkan capability dan motivation. Dukungan keluarga, komunitas, serta navigasi layanan memperkuat opportunity. Kombinasi tersebut diharapkan meningkatkan self-efficacy, kepatuhan, pemantauan, diet, aktivitas, dan pengelolaan stres. Perubahan perilaku kemudian berkontribusi pada kontrol tekanan darah, penurunan risiko, fungsi psikososial, dan kualitas hidup.

Rantai tersebut tidak bersifat linear sepenuhnya. Hasil cek dan evaluasi harus mengembalikan informasi ke tahap asesmen dan perbaikan program. Pasien dengan tekanan darah tidak terkontrol atau komorbiditas berat memerlukan intensifikasi klinis, bukan tambahan edukasi semata. Pasien yang memahami materi tetapi tidak memiliki akses obat memerlukan navigasi dan dukungan sistem. Pasien yang memiliki akses tetapi menolak terapi memerlukan dialog mengenai keyakinan, pengalaman, dan motivasi.

5. Implikasi Implementasi di Luwu Timur

Implementasi awal sebaiknya dilakukan melalui ko-desain pada satu atau beberapa wilayah kerja puskesmas. Tim ko-desain perlu mencakup pasien hipertensi dengan variasi usia dan kontrol tekanan darah, keluarga, kader, perawat, dokter, tenaga promosi kesehatan, ahli gizi, tokoh adat atau agama, ahli bahasa lokal, dan pengelola program penyakit tidak menular. Tahap pertama berfokus pada validasi konsep mappadeceng, identifikasi praktik yang mendukung atau menghambat, pemetaan bahasa, dan penentuan bentuk kegiatan yang dapat diterima.

Modul perlu disusun secara modular agar intensitas dapat disesuaikan. Komponen dasar meliputi asesmen, edukasi, penetapan tujuan, pemantauan tekanan darah, kepatuhan obat, diet rendah natrium, aktivitas fisik, dan tanda bahaya. Komponen tambahan meliputi pengelolaan

stres, dukungan psikologis, penggunaan teknologi, dan manajemen komorbiditas. Kader dapat menjalankan pengingat, pemantauan, dan dukungan, tetapi keputusan klinis harus tetap berada pada tenaga yang kompeten.

Program harus terhubung dengan sistem informasi dan alur rujukan. Data yang dikumpulkan perlu minimum tetapi bermakna: tekanan darah, obat, kepatuhan, perilaku utama, komorbiditas, tanda bahaya, kualitas hidup singkat, dan tindak lanjut. Perlindungan privasi, persetujuan pasien, dan pembatasan akses data perlu ditetapkan sejak awal.

Kebijakan pendukung mencakup ketersediaan obat, kalibrasi alat, pelatihan fasilitator, supervisi, waktu khusus untuk tindak lanjut, dan pembiayaan kegiatan komunitas. Tanpa dukungan organisasi, gotong royong dapat berubah menjadi substitusi tenaga sukarela terhadap tanggung jawab sistem kesehatan. Paradigma berbasis kearifan lokal harus memperkuat layanan publik, bukan memindahkan beban layanan kepada komunitas.

6. Agenda Validasi dan Pengujian Empiris

Tahap validasi konseptual perlu menggunakan Delphi atau expert panel yang melibatkan pakar kesehatan masyarakat, hipertensi, promosi kesehatan, perilaku, antropologi kesehatan, dan budaya lokal. Validasi isi menilai relevansi, kejelasan, kelayakan, sensitivitas budaya, dan potensi risiko. Wawancara kognitif dengan pasien dan keluarga diperlukan untuk menilai pemahaman istilah, materi, skala, serta instruksi.

Uji kelayakan dapat menggunakan mixed methods untuk menilai rekrutmen, retensi, fidelity, beban peserta, keterterimaan, fungsi alat, kelancaran rujukan, dan efek awal. Pengujian efektivitas berikutnya dapat menggunakan cluster randomized trial atau quasi-experimental design dengan kelompok pembandingan yang setara. Luaran primer harus ditentukan secara eksplisit. Tekanan darah sistolik, proporsi kontrol, atau kualitas hidup dapat dipilih sesuai tujuan utama. Luaran sekunder mencakup kepatuhan, self-efficacy, diet, aktivitas, stres, dan pemanfaatan layanan.

Evaluasi implementasi perlu menilai jangkauan, adopsi, fidelity, biaya, pemerataan manfaat, dan keberlanjutan. Analisis subkelompok diperlukan untuk mengetahui apakah model bekerja berbeda menurut usia, gender, pendidikan, lokasi, komorbiditas, literasi, atau status sosial ekonomi. Analisis mediasi dapat menguji apakah perubahan self-efficacy, literasi, dukungan, atau kepatuhan menjelaskan perubahan tekanan darah dan kualitas hidup.

7. Orisinalitas dan Kontribusi Akademik

Kontribusi pertama adalah reformulasi kearifan lokal sebagai komponen kausal dan implementatif, bukan ornamen identitas. Kontribusi kedua adalah penyatuan beberapa teori perubahan ke dalam struktur yang dapat digunakan untuk diagnosis kebutuhan, desain intervensi, dan evaluasi. Kontribusi ketiga adalah penempatan kualitas hidup sebagai luaran integratif yang setara penting dengan kontrol tekanan darah. Kontribusi keempat adalah perbedaan eksplisit antara makna budaya lokal dan akronim programatik, sehingga proses validasi budaya tetap terbuka.

Model ini tidak diasumsikan universal. Nilai ilmiahnya terletak pada hipotesis terstruktur yang dapat diuji dan diperbaiki. Apabila validasi menunjukkan bahwa istilah, komponen, atau urutan tertentu tidak sesuai dengan pemahaman komunitas, model harus direvisi. Responsivitas terhadap temuan lokal merupakan bagian dari rigor, bukan kelemahan.

8. Kekuatan dan Keterbatasan

Kajian memiliki kekuatan berupa integrasi bukti intervensional, observasional, kualitatif, dan konseptual; penggunaan beberapa teori untuk menjelaskan mekanisme; serta translasi temuan menjadi komponen dan indikator yang dapat diuji. Referensi inti didominasi publikasi 2021–2026 sehingga sesuai dengan perkembangan mutakhir pengendalian hipertensi berbasis komunitas dan budaya.

Keterbatasan utama berasal dari sifat sekunder kajian. Penelusuran, seleksi, dan ekstraksi tidak diulang secara independen. Laporan sumber tidak mendokumentasikan penilaian kualitas formal yang seragam untuk seluruh desain. Separuh studi menggunakan desain potong lintang, sehingga hubungan kausal tidak dapat dipastikan. Beberapa studi berasal dari populasi penyakit kronis atau konteks budaya di luar Luwu Timur. Bukti mengenai istilah mappadeceng belum disertai validasi etnolinguistik formal. Oleh karena itu, model harus dipandang sebagai kerangka konseptual awal, bukan intervensi yang telah terbukti efektif.

KESIMPULAN DAN SARAN

Pengendalian hipertensi membutuhkan paradigma kesehatan masyarakat yang mengintegrasikan dimensi klinis, perilaku, psikologis, sosial, budaya, dan sistem pelayanan. Telaah bukti menunjukkan bahwa self-management, literasi, dukungan keluarga, intervensi kelompok, pelayanan sensitif budaya, dan strategi komunitas dapat berkontribusi terhadap kepatuhan, self-efficacy, kontrol tekanan darah, status kesehatan, serta kualitas hidup. Budaya

memengaruhi bukan hanya cara pesan dikemas, tetapi juga cara penyakit, makanan, obat, dukungan, dan keputusan kesehatan dimaknai.

Model MAPPADECENG mengoperasionalkan temuan tersebut melalui pemetaan risiko dan budaya, asesmen multidimensi, pemberdayaan, penguatan literasi, adaptasi gaya hidup, dukungan keluarga dan komunitas, edukasi dialogis, cek tekanan darah dan kepatuhan, evaluasi multilevel, navigasi layanan, serta gotong royong. Struktur ini menawarkan pergeseran dari edukasi individual yang fragmentaris menuju intervensi ekologis, partisipatif, sensitif budaya, dan terukur.

Model belum dapat direkomendasikan untuk implementasi luas sebelum melalui validasi semantik dan budaya, ko-desain komunitas, validasi isi, uji kelayakan, pengujian efektivitas, dan evaluasi implementasi. Pengembangan yang memenuhi tahapan tersebut berpotensi menghasilkan intervensi hipertensi yang relevan secara lokal tanpa mengurangi standar terapi berbasis bukti.

DAFTAR PUSTAKA

- Azami-Aghdash, S., Joudyian, N., Jafari, S., Karami, S., & Rezapour, R. (2025). Assessing community-based interventions effectiveness on hypertension prevention and control: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 25(1), 3253. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-24283-x>
- Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. (2023). Hasil utama Survei Kesehatan Indonesia 2023. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Badr, H. E., Rao, S., & Manee, F. (2021). Gender differences in quality of life, physical activity, and risk of hypertension among sedentary occupation workers. *Quality of Life Research*, 30(5), 1365–1377.
- Barrera, M., Jr., Castro, F. G., Strycker, L. A., & Toobert, D. J. (2013). Cultural adaptations of behavioral health interventions: A progress report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 196–205. <https://doi.org/10.1037/a0027085>
- Bhandari, B., Narasimhan, P., Vaidya, A., Subedi, M., & Jayasuriya, R. (2021). Barriers and facilitators for treatment and control of high blood pressure among hypertensive patients in Kathmandu, Nepal: A qualitative study informed by COM-B model of behavior change. *BMC Public Health*, 21, 1524.

- Boonyathee, S., Ong-Artborirak, P., Seangpraw, K., Tonchoy, P., Kantow, S., Bootsikeaw, S., Auttama, N., Choowanthanapakorn, M., Dokpuang, D., & Panta, P. (2022). Health behavior, level of hemoglobin A1c, and quality of life among agricultural workers of various ethnicities in Thai border communities. *Frontiers in Medicine*, 9, 796955.
- Brewer, L. C., Jones, C., Slusser, J. P., Pasha, M., Lalika, M., Chacon, M., Takawira, P., Shanedling, S., Erickson, P., Woods, C., Krogman, A., Ferdinand, D., Underwood, P., Cooper, L. A., Patten, C. A., & Hayes, S. N. (2023). mHealth intervention for promoting hypertension self-management among African American patients receiving care at a community health center: Formative evaluation of the FAITH! Hypertension App. *JMIR Formative Research*, 7, e45061. <https://doi.org/10.2196/45061>
- Chaboksavar, F., Ebadi Fard Azar, F., Solhi, M., & Azadi, N. A. (2021). Combination of self-management theory with PRECEDE-PROCEED model to promote life quality in patients with hypertension. *Journal of Public Health*, 29(6), 1401–1410.
- Chantakeeree, C., Sormunen, M., Estola, M., Jullamate, P., & Turunen, H. (2022). Factors affecting quality of life among older adults with hypertension in urban and rural areas in Thailand: A cross-sectional study. *The International Journal of Aging and Human Development*, 95(2), 222–244.
- Cipta, D. A., Andoko, D., Theja, A., Utama, A. V. E., Hendrik, H., William, D. G., Reina, N., Handoko, M. T., & Lumbuun, N. (2024). Culturally sensitive patient-centered healthcare: A focus on health behavior modification in low- and middle-income nations—Insights from Indonesia. *Frontiers in Medicine*, 11, 1353037.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Gu, Z., Yang, C., Tang, L., & Wu, H. (2023). Interaction of anxiety and hypertension on quality of life among patients with gynecological cancer: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23, 26.
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Mannan, A., Akter, K. M., Akter, F., Chy, N. U. H. A., Alam, N., Pinky, S. D., Chowdhury, A. F. M. N., Biswas, P., Chowdhury, A. S., Hossain, M. A., & Rana, M. M. (2022).

- Association between comorbidity and health-related quality of life in a hypertensive population: A hospital-based study in Bangladesh. *BMC Public Health*, 22, 181.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Miezah, D., & Hayman, L. L. (2026). Culturally tailored lifestyle modification strategies for hypertension management: A narrative review. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 20(1), 46–54.
- Nanyonga, R. C., Spies, L. A., & Nakaggwa, F. (2022). The effectiveness of nurse-led group interventions on hypertension lifestyle management: A mixed method study. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(3), 286–295.
- Napalai, P., Seangpraw, K., Boonyathee, S., & Ong-Artborirak, P. (2022). COVID-19-related knowledge influences mental health, self-care behaviors, and quality of life among elderly with non-communicable diseases in Northern Thailand. *Frontiers in Public Health*, 10, 993531.
- Nyame, S., Boateng, D., Heeres, P., Gyamfi, J., Gafane-Mateman, L. F., Amoah, J., Iwelunmor, J., Ogedegbe, G., Grobbee, D., Asante, K. P., & Klipstein-Grobusch, K. (2024). Community-based strategies to improve health-related outcomes in people living with hypertension in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Global Heart*, 19(1), 51. <https://doi.org/10.5334/gh.1329>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Patil, M., Hedao, R. P., Shah, R. P., Tauseef, S. M., Marzo, R. R., Ching, S. M., & Lambert, G. (2023). Assessment of health-related quality of life among male patients with controlled and uncontrolled hypertension in semi urban India. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60, 00469580231167010.

- Putri, S. E., Rekawati, E., & Wati, D. N. K. (2021). Effectiveness of self-management on adherence to self-care and on health status among elderly people with hypertension. *Journal of Public Health Research*, 10(1 Suppl.), 75–81.
- Singh, H., Fulton, J., IV, Mirzazada, S., Saragosa, M., Uleryk, E. M., & Nelson, M. L. A. (2023). Community-based culturally tailored education programs for Black communities with cardiovascular disease, diabetes, hypertension, and stroke: Systematic review findings. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 10, 2986–3006.
- World Health Organization. (2025). Hypertension. WHO Fact Sheet.