KAMPUS AKADEMIK PUBLISING
Jurnal Akademik Pengabdian Masyarakat (JAPM)
Vol.4, No.6 November 2026
e-ISSN: 3030-8631, p-ISSN : 3030-864X, Hal 271-285
DOI : https://doi.org/10.61722/japm.v4i6.13357

INTERVENSI MASALAH KESEHATAN HIPERTENSI MELALUI PROGRAM KELORASA DI RW 01-04 DUSUN RANDEGAN DESA MEKARHARJA KOTA BANJAR TAHUN 2026

Amelia Azahra[1], Safira Adita Ramadanti[2], Dzihan Khilmy Firdauzi[3], Syafa Amalia Harsandy[4], Fahruniaji Nugraha[5], Euis Mira Mutiara[6], Angelica Keyza Mutiara Sesa Batubara[7], Syalsa Isna Nurseha[8], Anto Purwanto[9], Saepuloh[10]

[1,2,3,4,5,6,7,8,9]Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Siliwangi
[10]Kepala Desa Mekarharja Kota Banjar
e-mail: amelia.azahra888@gmail.com[1], ramadantisafiraadita@gmail.com[2], dzihankhilmyf01@gmail.com[3], syafaamalia0812@gmail.com[4] , fahruniajiee1105@gmail.com[5], euismira77@gmail.com[6] , angelicaakezyaa@gmail.com[7], isnasyalsa@gmail.com[8], antopurwanto@unsil.ac.id[9], desamekarharja12@gmail.com[10]

Abstract. *Hypertension is a public health problem that often goes undetected because it is asymptomatic. This study aimed to identify priority health issues and their determinants through a Community Diagnosis in Randegan Hamlet, RW 01–04, Mekarharja Village, Banjar City, as well as to develop and implement interventions through the KELORASA program (Moringa for Healthy Families and Blood Pressure Awareness). The first phase employed a descriptive-analytical design with a cross-sectional approach and H.L. Blum's determinant framework, involving 228 respondents from 529 households (Slovin's formula, e = 5%; proportionate and accidental sampling) from September 16–28, 2026. Priority issues were determined using the USG method (Urgency, Seriousness, Growth). The second phase involved intervention planning using SWOT analysis, a SMART table, a plan of action, and stakeholder analysis based on the "Know, Want, Able" approach. Hypertension was the most prevalent issue (91 cases; 30.64% of 297 disease cases) with the highest USG score (14). A total of 57.89% of respondents smoked, 67.10% consumed salty foods, and 59.60% consumed fatty foods 3–6 times per week; 56.14% consumed fruit only 1–2 times per week; 41.66% engaged in at least 30 minutes of physical activity only 1–2 times per week; and 85.96% had family members who smoked. The difference between the internal SWOT factor score of −8.2 and the external factor score of −5.0. KELORASA was launched on October 23, 2026, at the Mekarharja Village Sports Hall through interactive education, demonstrations on moringa leaf processing, and the distribution of seedlings to neighborhood association (RT) representatives, with monitoring conducted from November 2026 to April 2027. Behavior and the environment are priority determinants. KELORASA positions moringa leaves as a food source, not as a treatment for hypertension. The program's impact on knowledge, behavior, and blood pressure cannot yet be concluded and requires further evaluation.*
Keywords: *hypertension, Community Diagnosis, H.L. Blum, Moringa leaves, KELORASA*

Abstrak. Hipertensi merupakan masalah keasehatan masyarakat yang sering tidak terdeteksi karena tidak bergejala. Kegiatan ini bertujuan mengidentifikasi masalah kesehatan prioritas beserta determinannya melalui *Community Diagnosis* di Dusun Randegan RW 01–04, Desa Mekarharja, Kota Banjar, serta menyusun dan melaksanakan intervensi melalui program KELORASA (Kelor untuk Keluarga Sehat dan Sadar Tekanan Darah). Tahap pertama menggunakan desain deskriptif-analitik dengan pendekatan *cross sectional* dan kerangka determinan Teori H.L. Blum pada 228 responden dari 529 kepala keluarga (rumus Slovin, e = 5%; *proportionate* dan *accidental sampling*) pada 16–28 September 2026. Prioritas masalah ditentukan dengan metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*). Tahap kedua berupa perencanaan intervensi dengan analisis SWOT, tabel SMART, *plan of action*, dan analisis *stakeholder* menggunakan pendekatan "Tahu, Mau, Mampu". Hipertensi merupakan masalah terbanyak (91 kejadian; 30,64% dari 297 kejadian penyakit) dengan skor USG tertinggi (14). Sebanyak 57,89% responden merokok, 67,10% mengonsumsi makanan asin dan 59,60% makanan berlemak 3–6 kali/minggu, 56,14% mengonsumsi buah hanya 1–2 kali/minggu, 41,66% beraktivitas fisik minimal 30 menit hanya 1–2 kali/minggu, dan 85,96% memiliki anggota keluarga perokok. Selisih nilai faktor internal SWOT sebesar −8,2 dan faktor eksternal −5,0. KELORASA diluncurkan pada 23 Oktober 2026 di Gor Desa Mekarharja melalui edukasi interaktif, demonstrasi pengolahan daun kelor, serta penyerahan bibit kepada perwakilan RT, dengan monitoring November 2026–April 2027. Perilaku dan lingkungan merupakan determinan prioritas. KELORASA menempatkan daun kelor sebagai bahan pangan, bukan pengobatan hipertensi. Pengaruh program terhadap pengetahuan, perilaku, dan tekanan darah belum dapat disimpulkan dan memerlukan evaluasi lanjutan.

Kata kunci: *hipertensi;diagnosis komunitas;H.L. Blum, daun kelor; KELORASA*

Naskah Masuk: 04 November 2026; Revisi: 05 November 2026; Diterima: 06 November 2026 ; Terbit: 11 November 2026

1. LATAR BELAKANG

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat utama sekaligus faktor risiko penyakit kardiovaskular, seperti penyakit jantung, stroke, gagal jantung, dan kerusakan ginjal. Kondisi ini sering berlangsung tanpa gejala yang khas sehingga banyak orang tidak menyadari status tekanan darahnya sebelum menjalani pemeriksaan (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Oleh karena itu, pengendalian hipertensi tidak cukup bertumpu pada pengobatan, tetapi juga memerlukan pencegahan, deteksi dini, pengendalian faktor risiko, dan penerapan perilaku hidup sehat secara berkelanjutan.

Di Indonesia, Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 melaporkan prevalensi hipertensi pada penduduk berusia 18 tahun ke atas sebesar 30,8% berdasarkan pengukuran tekanan darah, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter hanya 8,6%. Kesenjangan ini menunjukkan masih banyak kasus yang belum terdiagnosis. Prevalensi di Provinsi Jawa Barat lebih tinggi, yaitu 34,4% (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Evaluasi terhadap tiga gelombang survei nasional menunjukkan bahwa meskipun cakupan pengobatan meningkat, pengendalian tekanan darah masih rendah (Muharram et al., 2025), dan di layanan primer sebagian besar pasien belum mencapai target tekanan darah serta masih menghadapi masalah kepatuhan pengobatan dan perilaku hidup sehat (Setiadi et al., 2022).

Profil Kesehatan Kota Banjar Tahun 2024 mencatat estimasi 17.161 penduduk berusia 15 tahun ke atas dengan hipertensi, dan 19.087 orang (111,2% dari estimasi sasaran) memperoleh pelayanan sesuai standar. Angka di atas 100% tersebut merupakan perbandingan jumlah penerima layanan dengan estimasi sasaran, bukan prevalensi. Di wilayah kerja Puskesmas Purwaharja 2, estimasi sasaran penderita hipertensi sebanyak 827 orang dengan 839 orang terlayani sesuai standar, sedangkan skrining hipertensi mencakup 4.202 dari 7.702 sasaran (54,6%) (Dinas Kesehatan Kota Banjar, 2025). Karena merupakan data pelayanan tingkat puskesmas, angka tersebut tidak dapat dipakai sebagai prevalensi di Desa Mekarharja maupun Dusun Randegan. Identifikasi masalah di tingkat komunitas karenanya tetap diperlukan agar intervensi sesuai dengan kondisi masyarakat setempat.

Pengelolaan gaya hidup, meliputi pola makan sehat, pembatasan natrium, aktivitas fisik yang cukup, pengelolaan berat badan, serta menghindari rokok, direkomendasikan sebagai strategi lini pertama pencegahan dan pengendalian hipertensi dan tetap dilanjutkan pada individu yang menggunakan obat antihipertensi (Charchar et al., 2024). Program kesehatan berbasis komunitas di Indonesia berkaitan dengan pengetahuan dan cakupan skrining yang lebih baik, tetapi keterkaitannya dengan sikap dan praktik belum konsisten (Fritz et al., 2024; Mashuri et al., 2024). Temuan tersebut menunjukkan bahwa intervensi perlu melampaui penyampaian informasi dengan membangun kemauan dan kemampuan masyarakat menerapkan perilaku sehat. Puskesmas juga mengharapkan kegiatan yang lebih partisipatif dibandingkan penyuluhan satu arah.

Sebagai tindak lanjut, dirancang program KELORASA (Kelor untuk Keluarga Sehat dan Sadar Tekanan Darah) dengan pendekatan "Tahu, Mau, Mampu", yaitu meningkatkan pengetahuan melalui edukasi interaktif, mendorong kemauan menerapkan perilaku sehat, dan membangun kemampuan melalui demonstrasi penanaman serta pengolahan daun kelor (Moringa oleifera). Daun kelor diposisikan sebagai bahan pangan dalam pola makan sehat, bukan sebagai terapi hipertensi,

karena tinjauan sistematis menunjukkan bukti klinis efek antihipertensinya masih terbatas dan hampir seluruhnya berasal dari studi non-acak (David et al., 2025). Bibit dikelola secara kolektif di tingkat RT untuk mendukung keberlanjutan program.

Artikel ini bertujuan (1) mengidentifikasi masalah kesehatan prioritas dan determinannya di Dusun Randegan RW 01–04 melalui *Community Diagnosis* berdasarkan kerangka H.L. Blum, dan (2) memaparkan perencanaan serta pelaksanaan program intervensi KELORASA sebagai tindak lanjutnya.

2. KAJIAN TEORITIS

Community Diagnosis merupakan pendekatan sistematis untuk mengidentifikasi masalah kesehatan suatu komunitas, menentukan prioritas, menganalisis penyebab, dan menjadi dasar penyusunan intervensi (Mudayana et al., 2022; Syakurah & Moudy, 2022). Kerangka determinan H.L. Blum, yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan, banyak digunakan untuk menelaah faktor yang memengaruhi derajat kesehatan (Blum, 1981). Dalam Praktik Belajar Lapangan (PBL) I, mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Siliwangi melaksanakan *Community Diagnosis* di Dusun Randegan RW 01–04, Desa Mekarharja, Kecamatan Purwaharja, Kota Banjar, dan menetapkan hipertensi sebagai masalah prioritas dengan perilaku dan lingkungan sebagai determinan prioritas.

Kerangka determinan H.L. Blum mengelompokkan faktor yang memengaruhi derajat kesehatan ke dalam empat komponen, yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan (Blum, 1981). Dalam kegiatan ini, kerangka tersebut digunakan untuk mengorganisasi temuan *Community Diagnosis* dan menelaah faktor yang dapat menjadi sasaran intervensi promotif dan preventif.

Community Diagnosis dilakukan untuk memperoleh gambaran masalah kesehatan komunitas, menentukan masalah prioritas, dan mengidentifikasi determinan yang mendasarinya. Penetapan prioritas masalah dalam kegiatan ini menggunakan metode USG (Urgency, Seriousness, Growth), sedangkan analisis SWOT digunakan untuk mempertimbangkan kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman dalam perencanaan intervensi (Ihsanto et al., 2026; Mudayana et al., 2022; Syakurah & Moudy, 2022).

Pengendalian hipertensi memerlukan pendekatan gaya hidup yang mencakup pola makan sehat, pembatasan natrium, aktivitas fisik yang cukup, pengelolaan berat badan, dan penghindaran rokok. Perubahan gaya hidup tetap diperlukan pada individu yang sedang menggunakan obat antihipertensi (Charchar et al., 2024). Bukti mengenai manfaat klinis daun kelor sebagai antihipertensi masih terbatas, sehingga dalam program ini daun kelor ditempatkan sebagai bahan pangan dan bukan sebagai terapi atau pengganti pengobatan (David et al., 2025).

Berdasarkan landasan tersebut, KELORASA menggunakan pendekatan "Tahu, Mau, Mampu": edukasi interaktif untuk meningkatkan pengetahuan, pelibatan masyarakat untuk mendorong kemauan, serta demonstrasi penanaman dan pengolahan daun kelor untuk membangun kemampuan. Pengelolaan bibit secara kolektif di tingkat RT dirancang sebagai upaya mendukung keberlanjutan kegiatan.

3. METODE PENELITIAN

Kegiatan dilaksanakan dalam dua tahap. Tahap pertama (PBL 1) berupa *Community Diagnosis* dengan desain deskriptif-analitik pendekatan cross sectional (Notoatmodjo, 2012) dan kerangka determinan H.L. Blum (Blum, 1981). Tahap kedua (PBL 2) berupa intervensi masalah kesehatan yang mencakup perencanaan, koordinasi, pelaksanaan, dan monitoring dengan pendekatan "Tahu, Mau, Mampu".

Analisis data pada tahap pertama bersifat deskriptif (distribusi frekuensi); hubungan antarvariabel tidak diuji secara statistik.

Kegiatan dilaksanakan di Dusun Randegan RW 01–04 (4 RW, 8 RT, 529 kepala keluarga [KK]), Desa Mekarharja, Kecamatan Purwaharja, Kota Banjar. Pengumpulan data dilakukan pada 16–28 September 2026, peluncuran program (launching) pada 23 Oktober 2026, dan monitoring pada November 2026–April 2027. Populasi adalah seluruh KK di Dusun Randegan RW 01–04 sebanyak 529 KK. Besar sampel dihitung dengan rumus Slovin, $n = N / [1 + N(e)^2]$, dengan galat 5% sehingga diperoleh besar sampel sebanyak 228 KK. Sampel dialokasikan secara proporsional pada delapan RT (proportionate sampling; $n_i = N_i \times n / N$), kemudian responden dipilih dengan teknik accidental sampling, yaitu warga yang kebetulan ditemui dan memenuhi syarat sebagai responden saat pengumpulan data.

Data primer dikumpulkan melalui wawancara terstruktur menggunakan kuesioner yang disusun dari instrumen Riskesdas 2018 (Kementerian Kesehatan RI, 2018), SKI 2023, dan kerangka H.L. Blum. Kuesioner dikonsultasikan dengan dosen pembimbing lapangan serta didiskusikan dengan Puskesmas Purwaharja 2 dan Pemerintah Desa Mekarharja. Kuesioner mencakup karakteristik responden, riwayat penyakit, derajat kesehatan, perilaku (merokok, pola konsumsi, dan aktivitas fisik), lingkungan, pelayanan kesehatan, dan keturunan. Observasi dilakukan untuk mengamati lingkungan wilayah studi. Data sekunder meliputi data kependudukan dari RW, profil Desa Mekarharja 2025, data Kecamatan Purwaharja, dan data penyakit terbanyak di Puskesmas Purwaharja 2.

Pengolahan data meliputi editing, coding, entry menggunakan Microsoft Excel, dan tabulating. Analisis menggunakan Epi Info dan disajikan sebagai distribusi frekuensi dalam bentuk narasi, tabel, dan grafis. Prioritas masalah ditentukan dengan metode USG: lima penyakit dengan jumlah kasus tertinggi dinilai pada kriteria urgency, seriousness, dan growth dengan skor 1–5, dan masalah dengan total skor tertinggi ditetapkan sebagai prioritas (Ihsanto et al., 2026). Determinan prioritas ditetapkan berdasarkan kerangka H.L. Blum dengan mempertimbangkan keterkaitan antardeterminan dan kemungkinan dimodifikasi melalui intervensi promotif dan preventif, kemudian divisualisasikan dalam diagram fishbone.

Perencanaan intervensi menggunakan analisis SWOT kuantitatif. Setiap faktor kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman diberi skor 1–5 (pengaruh sangat lemah hingga sangat kuat terhadap perencanaan program) dan bobot (skor/5); nilai faktor adalah hasil kali skor dan bobot. Selisih nilai kekuatan dan kelemahan (sumbu X) serta peluang dan ancaman (sumbu Y) digunakan untuk menentukan posisi strategis. Rencana program dirumuskan dalam tabel SMART, plan of action (POA), dan analisis stakeholder. Evaluasi program diarahkan pada keterlaksanaan kegiatan, keterlibatan masyarakat, serta perubahan pengetahuan dan keterampilan yang diukur, bukan pada penurunan tekanan darah.

Kegiatan dilaksanakan atas izin Pemerintah Desa Mekarharja serta koordinasi dengan Puskesmas Purwaharja 2 dan pengurus RT dan RW Dusun Randegan.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Bagian ini memaparkan hasil *Community Diagnosis* dan pelaksanaan program KELORASA di Dusun Randegan RW 01–04, Desa Mekarharja, Kecamatan Purwaharja, Kota Banjar, yang terdiri atas 4 RW, 8 RT, dan 529 KK. Data primer dikumpulkan pada 16–28 September 2026 melalui wawancara terstruktur menggunakan kuesioner terhadap 228 KK yang dialokasikan secara proporsional

pada delapan RT dan dipilih dengan teknik *accidental sampling*. Data diolah melalui tahap *editing*, *coding*, *entry*, dan *tabulating*, kemudian dianalisis secara deskriptif menggunakan Epi Info. Peluncuran program dilaksanakan pada 23 Oktober 2026, dan monitoring direncanakan pada November 2026–April 2027. Hasil disajikan berurutan mulai dari karakteristik responden, masalah kesehatan prioritas, determinan hipertensi, perencanaan intervensi, hingga pelaksanaan program, kemudian dibahas keterkaitannya dengan konsep dasar dan hasil penelitian sebelumnya.

4.1 Karakteristik Responden

Sebanyak 228 responden berpartisipasi. Responden terbanyak berjenis kelamin laki-laki (54,39%), berusia 56–65 tahun (35,53%), berpendidikan terakhir SD (41,23%), dan bekerja sebagai ibu rumah tangga (39,47%) (Tabel 1). Responden berusia 46 tahun ke atas mencapai 74,12% (169 orang).

Tabel 1. Karakteristik Responden di Dusun Randegan RW 01–04.

Karakteristik	n	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	124	54,39
Perempuan	104	45,61
Jumlah	**228**	**100**
Kelompok usia		
26–35 (dewasa awal)	29	12,72
36–45 (dewasa akhir)	30	13,16
46–55 (lansia awal)	70	30,70
56–65 (lansia akhir)	81	35,53
> 65 (manula)	18	7,89
Jumlah	**228**	**100**
Pendidikan terakhir		
SD	94	41,23
SMP	68	29,82
SMA	58	25,44
Perguruan tinggi	8	3,51
Jumlah	**228**	**100**
Pekerjaan		
Ibu rumah tangga	90	39,47
Buruh harian lepas	52	22,81
Wiraswasta	23	10,09
Petani	21	9,21
Pedagang	17	7,46
Jumlah	**228**	**100**

Sumber: Data primer penelitian (2026).

4.2 Masalah Kesehatan dan Penentuan Prioritas

Dari 228 responden tercatat 297 kejadian penyakit yang mencakup 10 jenis masalah kesehatan (lima penyakit menular dan lima penyakit tidak menular). Hipertensi merupakan masalah terbanyak, yaitu 91 kejadian (30,64%) (Tabel 2). Data Puskesmas Purwaharja 2 juga menempatkan hipertensi sebagai penyakit yang paling banyak dikeluhkan masyarakat.

Tabel 2. Sepuluh Masalah Kesehatan Terbanyak pada Responden.

No	Masalah kesehatan	N	%
1	Hipertensi esensial (primer)	91	30,64
2	Infeksi saluran pernapasan akut atas, tidak spesifik (ISPA)	42	14,14
3	Dispepsia	38	12,79
4	Mialgia	37	12,46
5	Diabetes melitus tidak tergantung insulin	28	9,43
6	Nasofaringitis akut (*common cold*)	23	7,74
7	Infeksi saluran pernapasan akut atas pada lokasi multipel/tidak spesifik	13	4,38
8	Sakit kepala	9	3,03
9	Demam tifoid	8	2,69
10	Gastroenteritis dan kolitis, asal tidak spesifik	8	2,69
Total		**297**	**100**

Sumber: Data primer penelitian (2026).

Lima penyakit dengan kasus terbanyak dinilai menggunakan metode USG. Hipertensi memperoleh skor tertinggi (14), diikuti diabetes melitus (13), ISPA (9), dispepsia (6), dan mialgia (4) (Tabel 3). Hipertensi mendapat nilai *urgency* 4 karena sering tidak bergejala sehingga perlu segera dideteksi, *seriousness* 5 karena dapat menimbulkan komplikasi berat pada jantung, otak, dan ginjal, serta *growth* 5 karena faktor risikonya umum ditemukan di masyarakat dan berpotensi meningkatkan jumlah kasus bila tidak dikendalikan.

Tabel 3. Skor Prioritas Masalah Kesehatan dengan Metode USG.

Masalah	*Urgency*	*Seriousness*	*Growth*	Total	Peringkat
Hipertensi	4	5	5	14	1
Diabetes melitus	4	5	4	13	2
ISPA	3	2	4	9	3
Dispepsia	1	2	3	6	4
Mialgia	1	2	1	4	5

Sumber: Hasil analisis data primer dengan metode USG (2026).

4.3 Determinan Hipertensi Berdasarkan Kerangka H.L. Blum

4.3.1 Distribusi Indikator Determinan

Pada determinan perilaku, 132 responden (57,89%) merokok; 67,10% mengonsumsi makanan asin dan 59,60% makanan berlemak 3–6 kali per minggu; konsumsi buah paling banyak hanya 1–2 kali per minggu (56,14%); dan aktivitas fisik minimal 30 menit paling banyak hanya 1–2 kali per minggu (41,66%), dengan 16,66% responden tidak pernah melakukannya. Pada determinan lingkungan, 196 responden (85,96%) memiliki anggota keluarga yang merokok, dan 113 responden (49,56%) melaporkan anggota keluarga merokok di dalam maupun di luar rumah (Tabel 4).

Pada determinan pelayanan kesehatan, seluruh responden menempuh waktu kurang dari 15 menit menuju fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi 101 responden (44,30%) tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dan 21 responden (9,21%) tidak memperoleh informasi mengenai pelayanan kesehatan. Kader kesehatan merupakan sumber informasi terbanyak (46,05%), diikuti grup WhatsApp RT/RW (34,65%). Pada determinan keturunan, 99 responden (43,42%) melaporkan memiliki riwayat penyakit keturunan dalam keluarga.

Tabel 4. Indikator Determinan Kesehatan pada Responden (n = 228).

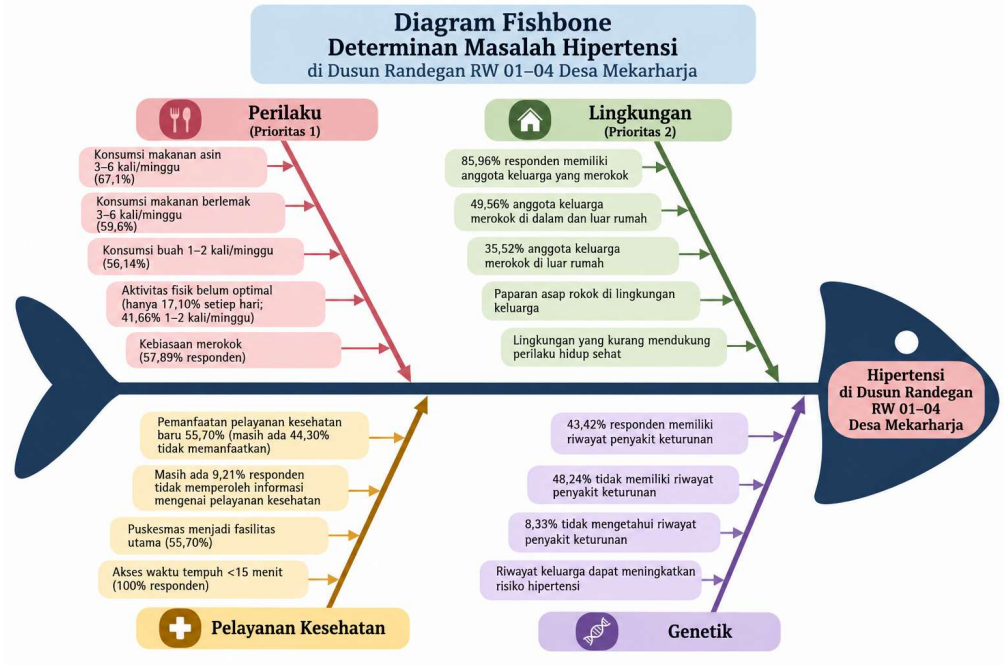
Determinan	Indikator	n	%
Perilaku	Merokok	132	57,89
	Makanan asin 3–6 kali/minggu	153	67,10
	Makanan berlemak 3–6 kali/minggu	136	59,60
	Sayur 3–6 kali/minggu (frekuensi terbanyak)	91	39,91
	Buah 1–2 kali/minggu (frekuensi terbanyak)	128	56,14
	Aktivitas fisik ≥ 30 menit 1–2 kali/minggu (frekuensi terbanyak)	95	41,66
	Aktivitas fisik ≥ 30 menit 1 kali/hari	39	17,10
	Tidak pernah aktivitas fisik ≥ 30 menit	38	16,66
Lingkungan	Ada anggota keluarga yang merokok	196	85,96
	Merokok di dalam dan di luar rumah	113	49,56
	Merokok di luar rumah saja	81	35,52
	Merokok di dalam rumah saja	2	0,87
Pelayanan kesehatan	Memanfaatkan pelayanan kesehatan	127	55,70
	Tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan	101	44,30
	Waktu tempuh < 15 menit	228	100
	Kader sebagai sumber informasi utama	105	46,05
	Tidak memperoleh informasi pelayanan kesehatan	21	9,21
Keturunan	Memiliki riwayat penyakit keturunan	99	43,42
	Tidak memiliki riwayat penyakit keturunan	110	48,24

Determinan	Indikator	n	%
	Tidak mengetahui	19	8,33

Sumber: Data primer penelitian (2026).

4.3.2 Penetapan Determinan Prioritas

Perilaku dan lingkungan ditetapkan sebagai determinan prioritas (prioritas 1 dan 2) karena keduanya saling berkaitan, tampak pada proporsi yang besar, dan paling mungkin diubah melalui intervensi promotif dan preventif. Determinan pelayanan kesehatan tidak diprioritaskan karena hambatan akses waktu tempuh tidak ditemukan, sedangkan determinan keturunan tidak dapat menjadi sasaran intervensi langsung. Hubungan antara determinan tersebut dengan hipertensi divisualisasikan pada Gambar 1.



Gambar 1. Diagram Fishbone Determinan Masalah Hipertensi

Sumber: Hasil analisis penelitian (2026).

4.4 Perencanaan Intervensi

4.4.1 Analisis SWOT

Analisis SWOT mengidentifikasi empat kekuatan, lima kelemahan, empat peluang, dan empat ancaman (Tabel 5). Total nilai kekuatan 10,0 dan kelemahan 18,2 menghasilkan selisih faktor internal −8,2, sedangkan total nilai peluang 11,4 dan ancaman 16,4 menghasilkan selisih faktor eksternal −5,0. Titik koordinat (−8,2; −5,0) menunjukkan dominasi kelemahan dan ancaman. Kelemahan dengan nilai tertinggi adalah kebiasaan merokok serta konsumsi makanan asin dan berlemak (masing-masing 5,0), sedangkan ancaman tertinggi adalah banyaknya anggota keluarga perokok dan potensi paparan asap rokok (masing-masing 5,0).

Tabel 5. Analisis SWOT Kuantitatif Intervensi Hipertensi.

Komponen	Faktor	Skor	Nilai (skor × bobot)
Kekuatan	Waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan < 15 menit	4	3,2
	Tersedia kader kesehatan sebagai sumber informasi	4	3,2
	Grup WhatsApp RT/RW sebagai sarana informasi	3	1,8
	Sebagian masyarakat telah memanfaatkan pelayanan kesehatan	3	1,8
	Total kekuatan		**10,0**
Kelemahan	Kebiasaan merokok	5	5,0
	Konsumsi makanan asin dan berlemak yang tinggi	5	5,0
	Konsumsi buah yang kurang	4	3,2
	Aktivitas fisik belum rutin	4	3,2
	Sebagian masyarakat belum memanfaatkan pelayanan kesehatan	3	1,8
	Total kelemahan		**18,2**
Peluang	Kerja sama dengan pemerintah desa dan pihak terkait	3	1,8
	Kader kesehatan dapat dilibatkan dalam penyampaian informasi	4	3,2
	Sarana komunikasi grup WhatsApp RT/RW	4	3,2
	Fasilitas pelayanan kesehatan tersedia untuk pemeriksaan	4	3,2
	Total peluang		**11,4**
Ancaman	Banyak anggota keluarga merokok di lingkungan rumah	5	5,0
	Potensi paparan asap rokok di lingkungan keluarga	5	5,0
	Kebiasaan makanan asin dan berlemak menyulitkan pengendalian faktor risiko	4	3,2
	Perubahan perilaku membutuhkan upaya berkelanjutan	4	3,2
	Total ancaman		**16,4**
Selisih kekuatan − kelemahan (X) = −8,2; selisih peluang − ancaman (Y) = −5,0			

Sumber: Hasil analisis SWOT penelitian (2026).

4.4.2 Rumusan Strategi dan Rancangan Program

Matriks SWOT menghasilkan strategi yang memanfaatkan kader kesehatan, grup WhatsApp RT/RW, akses pelayanan kesehatan, dan kerja sama dengan pemerintah desa untuk menyebarkan informasi serta mendorong perubahan kebiasaan makan, konsumsi buah, dan aktivitas fisik. Strategi lain menekankan pelibatan keluarga dan

lingkungan untuk menerapkan perilaku hidup sehat serta mengurangi paparan asap rokok di rumah. Strategi tersebut dirumuskan menjadi program KELORASA, yang ditetapkan tujuan dan indikatornya melalui tabel SMART (Tabel 6) dan POA (Tabel 7), serta peran pihak yang terlibat melalui analisis *stakeholder* (Tabel 8). Alur program disajikan pada Gambar 2.



Gambar 2. Roadmap Program Intervensi KELORASA
Sumber: Perencanaan program penelitian (2026).

4.5 Pelaksanaan Program KELORASA

4.5.1 Pelaksanaan Launching dan Kegiatan Program

Kegiatan launching Program KELORASA dilaksanakan pada Jumat, 23 Oktober 2026, bertempat di GOR Desa dan dihadiri oleh masyarakat serta tamu undangan dari RW 01–04. Sasaran utama program ini adalah warga yang memiliki riwayat hipertensi atau telah terdiagnosis hipertensi. Sasaran pendukung meliputi anggota keluarga dan masyarakat umum. Sementara itu, sasaran pengelolaan dan keberlanjutan program adalah perwakilan pengurus RT dan warga yang ditunjuk untuk menerima, merawat, serta memantau pertumbuhan bibit kelor dan mengelola hasil panennya. Kegiatan ini dihadiri oleh 15 peserta (Gambar 3).



Gambar 3. Dokumentasi Bersama Peserta pada Launching Program KELORASA

Sumber: Dokumentasi penelitian (2026).

Rangkaian kegiatan diawali dengan pre-test untuk mengukur pengetahuan awal peserta mengenai hipertensi dan pemanfaatan daun kelor. Kegiatan dilanjutkan dengan edukasi interaktif tentang pengertian, faktor risiko, dan dampak hipertensi, serta pentingnya pemantauan tekanan darah dan tindak lanjut sesuai arahan tenaga kesehatan. Materi dikaitkan dengan temuan *Community Diagnosis* dan disampaikan melalui diskusi, pertanyaan pemantik, serta contoh situasi sehari-hari agar tidak berbentuk ceramah satu arah. Selanjutnya, dilakukan demonstrasi pengolahan daun kelor menjadi makanan secara higienis, meliputi pemilihan daun, pencucian, pengolahan, dan penyajian (Gambar 4).



Gambar 4. Kegiatan Demonstrasi Pengolahan Daun Kelor

Sumber: Dokumentasi penelitian (2026).



Gambar 5. Penyerahan Bibit Tanaman Kelor Kepada Ketua RT 01-08

Sumber: Dokumentasi penelitian (2026).

Setelah demonstrasi dan penyampaian materi, post-test dilakukan untuk mengevaluasi perubahan pengetahuan peserta setelah mengikuti kegiatan. Kegiatan kemudian dilanjutkan dengan penyerahan bibit kelor kepada perwakilan masing-masing RT, bukan secara individual (Gambar 5).

Pengurus RT bersama warga yang ditunjuk menyepakati penanggung jawab, tempat penyimpanan sementara, lokasi penanaman, dan cara perawatan bibit. Setelah tanaman siap dipanen, pengurus RT mengatur pemanfaatan hasil panen berdasarkan ketersediaan daun dan kesepakatan warga, dengan memprioritaskan warga yang membutuhkan, termasuk warga dengan hipertensi. Daun kelor dimanfaatkan sebagai bahan pangan pendukung pola makan sehat, bukan sebagai pengganti obat atau perawatan medis. Monitoring direncanakan berlangsung pada November 2026–April 2027 bersama pengurus RT menggunakan lembar pencatatan sederhana yang mencakup kondisi bibit, pertumbuhan tanaman, pelaksanaan perawatan, kendala, keterlibatan warga, dan pemanfaatan hasil panen.

4.5.2 Hasil Evaluasi Pengetahuan Peserta

Berdasarkan hasil evaluasi pre-test dan post-test terhadap 15 peserta kegiatan launching Program KELORASA, diperoleh peningkatan nilai rata-rata dari 70,67 pada pre-test menjadi 91,33 pada post-test, atau meningkat sebesar 20,66 poin. Nilai terendah peserta meningkat dari 50 menjadi 70, sedangkan nilai tertinggi meningkat dari 80 menjadi 100. Selain itu, sebanyak 12 peserta (80%) memperoleh nilai 90–100 pada post-test, sementara pada pre-test tidak terdapat peserta yang memperoleh nilai pada rentang tersebut. Hasil ini menunjukkan bahwa nilai pengetahuan peserta setelah mengikuti edukasi mengenai hipertensi dan demonstrasi pengolahan daun kelor cenderung lebih tinggi dibandingkan sebelum kegiatan. Dengan demikian, evaluasi menunjukkan hasil yang positif terhadap pengetahuan peserta mengenai materi yang disampaikan dalam program KELORASA. Namun, hasil tersebut terbatas pada perubahan nilai pre-test dan post-test sehingga belum dapat memastikan bahwa peningkatan tersebut sepenuhnya disebabkan oleh kegiatan intervensi.

4.6 Pembahasan

4.6.1 Keterkaitan Hasil dengan Konsep Dasar

Temuan *Community Diagnosis* sejalan dengan kerangka determinan H.L. Blum yang digunakan sebagai dasar analisis (Blum, 1981). Di antara empat determinan, perilaku dan lingkungan menunjukkan proporsi masalah terbesar sekaligus paling mungkin diubah, yaitu merokok (57,89%), konsumsi makanan asin (67,10%) dan berlemak (59,60%) 3–6 kali per minggu, konsumsi buah yang rendah (56,14%), aktivitas fisik yang kurang (41,66%), serta keberadaan anggota keluarga perokok (85,96%) (Tabel 4). Faktor-faktor tersebut termasuk komponen gaya hidup yang oleh Charchar et al. (2024) direkomendasikan sebagai strategi lini pertama pencegahan dan pengendalian hipertensi, yaitu pola makan sehat, pembatasan natrium, aktivitas fisik yang cukup, dan menghindari rokok. Sebaliknya, determinan pelayanan kesehatan tidak diprioritaskan karena seluruh responden menempuh waktu kurang dari 15 menit menuju fasilitas pelayanan kesehatan, sedangkan determinan keturunan tidak dapat menjadi sasaran intervensi langsung (Tabel 4).

Penetapan hipertensi sebagai masalah prioritas dengan skor USG 14 (Tabel 3) sesuai dengan karakteristik hipertensi yang sering tidak bergejala sehingga perlu dideteksi dini (Kementerian Kesehatan RI, 2023), serta dengan penggunaan metode USG untuk menentukan prioritas dalam diagnosis komunitas (Ihsanto et al., 2026). Hasil analisis SWOT yang menunjukkan dominasi kelemahan dan ancaman (−8,2; −5,0) (Tabel 5) memperlihatkan bahwa hambatan utama program terletak pada kebiasaan perilaku dan paparan asap rokok di lingkungan keluarga, bukan pada akses terhadap pelayanan kesehatan.

4.6.2 Kesesuaian dengan Hasil Penelitian Sebelumnya

Tingginya proporsi perokok dan anggota keluarga perokok sejalan dengan penelitian sebelumnya. Purnawan et al. (2024) melaporkan bahwa paparan asap rokok orang lain berhubungan signifikan dengan hipertensi pada laki-laki dewasa di Bali (OR = 1,16; 95% CI 1,02–1,32), dan Misnaniarti et al. (2023) menemukan proporsi hipertensi yang lebih tinggi pada tenaga kesehatan perokok (18,0%) dibandingkan bukan perokok (9,8%) di Jawa dan Bali. Kedua penelitian tersebut berdesain potong lintang dengan analisis statistik, sedangkan penelitian ini hanya menggambarkan distribusi frekuensi sehingga tidak dapat menguji hubungan antarvariabel. Temuan di Dusun Randegan karena itu lebih tepat dibaca sebagai gambaran kondisi risiko yang mendukung pemilihan perilaku dan lingkungan sebagai sasaran intervensi.

Tingginya konsumsi makanan asin relevan dengan bukti bahwa risiko hipertensi meningkat seiring asupan natrium (Filippini et al., 2022) dan bahwa pengurangan asupan natrium dapat menurunkan tekanan darah (Lai et al., 2022). Pada aspek aktivitas fisik, Wacika et al. (2024) menemukan hubungan bermakna antara aktivitas fisik dan kejadian hipertensi pada dewasa di wilayah kerja Puskesmas Tampaksiring I, Bali, dengan 91,5% subjek hipertensi tergolong beraktivitas fisik rendah. Tinjauan Hulu et al. (2025) juga menempatkan konsumsi garam berlebih, kurang aktivitas fisik, dan obesitas sebagai faktor utama hipertensi di Indonesia. Pola perilaku yang ditemukan di Dusun Randegan dengan demikian konsisten dengan faktor risiko yang dilaporkan di wilayah lain di Indonesia, meskipun penelitian ini tidak mengukur tekanan darah responden.

Pada tahap intervensi, kenaikan nilai rata-rata pengetahuan dari 70,67 pada *pre-test* menjadi 91,33 pada *post-test* searah dengan temuan bahwa program kesehatan berbasis komunitas di Indonesia berkaitan dengan pengetahuan yang lebih baik, tetapi keterkaitannya dengan sikap dan praktik belum konsisten (Fritz et al., 2024; Mashuri et al., 2024). Oleh karena itu, peningkatan nilai pengetahuan pada 15 peserta tidak dapat disamakan dengan perubahan perilaku. Penempatan daun kelor sebagai bahan pangan, bukan terapi, juga sesuai dengan tinjauan sistematis yang menyimpulkan bahwa bukti klinis efek antihipertensinya masih terbatas dan hampir seluruhnya berasal dari studi non-acak (David et al., 2025).

4.6.3 Implikasi dan Keterbatasan

Secara teoretis, hasil ini menunjukkan bahwa kerangka H.L. Blum yang dipadukan dengan metode USG dan analisis SWOT dapat digunakan untuk menurunkan temuan diagnosis komunitas menjadi sasaran intervensi pada tingkat dusun. Secara terapan, temuan ini menjadi dasar bagi Puskesmas Purwaharja 2, pemerintah desa, serta pengurus RT dan RW untuk memprioritaskan kegiatan promotif dan preventif, yaitu pengurangan konsumsi makanan asin dan berlemak, peningkatan konsumsi buah dan aktivitas fisik, serta penerapan rumah bebas asap rokok, dengan memanfaatkan kader kesehatan dan grup WhatsApp RT/RW sebagai saluran informasi. Pengelolaan bibit kelor di tingkat RT menyediakan mekanisme keberlanjutan yang perlu dipantau selama masa monitoring.

Hasil penelitian perlu ditafsirkan dengan mempertimbangkan beberapa keterbatasan: pemilihan responden dengan *accidental sampling* membatasi generalisasi, analisis bersifat deskriptif, tekanan darah tidak diukur, dan evaluasi pengetahuan hanya melibatkan 15 peserta tanpa kelompok pembanding.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Community Diagnosis di Dusun Randegan RW 01–04 menetapkan hipertensi sebagai masalah kesehatan prioritas (91 kejadian; 30,64% dari 297 kejadian penyakit; skor USG 14) dengan perilaku dan lingkungan sebagai determinan prioritas, yaitu merokok (57,89%), konsumsi makanan asin (67,10%) dan berlemak (59,60%), konsumsi buah yang rendah (56,14%), aktivitas fisik yang kurang (41,66%), serta keberadaan anggota keluarga perokok (85,96%). Analisis SWOT (selisih internal −8,2; eksternal −5,0) mendasari program KELORASA yang diluncurkan pada 23 Oktober 2026 melalui edukasi interaktif, demonstrasi penanaman dan pengolahan daun kelor, serta penyerahan bibit kepada perwakilan RT. Daun kelor diposisikan sebagai bahan pangan, bukan pengobatan hipertensi. Pengaruh program terhadap tekanan darah belum dapat disimpulkan.

Disarankan agar masyarakat membatasi konsumsi makanan asin dan berlemak, memperbanyak sayur dan buah, beraktivitas fisik secara teratur, mengurangi dan menghentikan kebiasaan merokok, serta menerapkan rumah bebas asap rokok dan memeriksakan tekanan darah secara rutin. Pengurus RT/RW dan kader diharapkan mengelola bibit, mengisi catatan monitoring, dan menyebarkan edukasi melalui grup WhatsApp RT/RW. Puskesmas dan Pemerintah Desa diharapkan mendampingi program serta mengaitkannya dengan skrining tekanan darah yang telah berjalan. Penelitian dan intervensi selanjutnya disarankan mengukur tekanan darah, menggunakan desain dengan pembanding, menganalisis hubungan antarvariabel secara statistik, serta menyasar kebiasaan merokok dan aktivitas fisik.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Puskesmas Purwaharja 2 atas data dan informasi yang diberikan; Bapak Drs. H. Saepuloh selaku Kepala Desa Mekarharja atas izin dan dukungannya; Bapak Rusdiaman selaku Kepala Dusun Randegan beserta Ketua RW 01–04 dan pengurus RT atas kerja sama dan pengelolaan program; serta kader kesehatan di Dusun Randegan yang mendampingi pengumpulan data dan pelaksanaan kegiatan. Terima kasih juga disampaikan kepada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Siliwangi dan seluruh responden yang telah berpartisipasi.

DAFTAR REFERENSI

Blum, H. L. (1981). Planning for health: Generics for the eighties (2nd ed.). Human Sciences Press.

Charchar, F. J., et al. (2024). Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. Journal of Hypertension, 42(1), 23–49. https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003563

David, S., Dapar, M. P., & Jimam, N. S. (2025). Clinical antihypertensive efficacy and safety of Moringa oleifera Lam. (Moringaceae) leaf: A systematic review. Journal of Pharmacy and Bioresources, 22(1), 1–12. https://doi.org/10.4314/jpb.v22i1.1

Dinas Kesehatan Kota Banjar. (2025). Profil kesehatan Kota Banjar tahun 2024. Dinas Kesehatan Kota Banjar.

Filippini, T., Malavolti, M., Whelton, P. K., & Vinceti, M. (2022). Sodium intake and risk of hypertension: A systematic review and dose–response meta-analysis of observational cohort studies. Current Hypertension Reports, 24(5), 133–144. https://doi.org/10.1007/s11906-022-01182-9

Fritz, M., Grimm, M., My Hanh, H. T., Koot, J. A. R., Nguyen, G. H., Nguyen, T.-P.-L., Probandari, A., Widyaningsih, V., & Lensink, R. (2024). Effectiveness of community-based diabetes and hypertension prevention and management programmes in Indonesia and Viet

Nam: A quasi-experimental study. BMJ Global Health, 9(5), e015053. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-015053

Hulu, V. T., Saragih, J., Damanik, D. W., Zebua, A., Yunia, E. A., Rifai, A., & Dewi, R. S. (2025). Scoping review on risk factors associated with hypertension in Indonesia. Jurnal Mutiara Ners, 8(2), 76–84.

Ihsanto, H. W., Putri, T. A., Keb, S. T., Sulistiyoningrum, N., Septia, N. H., Cholifah, N., & Prihatiningsi, N. V. (2026). Diagnosis komunitas dalam penilaian status kesehatan masyarakat menggunakan metode USG. Jurnal Kesehatan dan Pengelolaan Lingkungan, 7(1), 14–23.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan nasional Riskesdas 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 dalam angka. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.

Lai, J. S., Aung, Y. N., Khalid, Y., & Cheah, S.-C. (2022). Impact of different dietary sodium reduction strategies on blood pressure: A systematic review. Hypertension Research, 45(11), 1701–1712. https://doi.org/10.1038/s41440-022-00990-5

Mashuri, Y. A., Widyaningsih, V., Premanawasti, A., Koot, J. A. R., Pardoel, Z., Landsman-Dijkstra, J., Postma, M., & Probandari, A. (2024). Differences in knowledge, attitude, and practice regarding hypertension by access to a community-based screening program (POSBINDU): A cross-sectional study from four districts in Indonesia. PLOS ONE, 19(5), e0303503. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303503

Misnaniarti, Nugraheni, W. P., Nantabah, Z. K., Restuningtyas, F. R., Hartono, R. K., Rachmawati, T., Mubasyiroh, R., & Kusnali, A. (2023). Smoking behavior and hypertension among health workers during the COVID-19 pandemic: A case study in Java and Bali-Indonesia. Frontiers in Cardiovascular Medicine, 10, 1146859. https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1146859

Mudayana, A. A., Malla, S. Z. A., & Putri, W. G. B. (2022). General *Community Diagnosis* di beberapa wilayah desa Daerah Istimewa Yogyakarta. Jurnal Inovasi dan Pengabdian Masyarakat Indonesia, 1(4), 28–32.

Muharram, F. R., Widyahening, I. S., & Danaei, G. (2025). Hypertension care performance in Indonesia: Evidence from three waves of nationally representative cross-sectional surveys. BMJ Open, 15(12), e109588. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-109588

Notoatmodjo, S. (2012). Metodologi penelitian kesehatan (Rev. ed.). Rineka Cipta.

Purnawan, N. I., Saputro, S. A., Sulistyowati, M., Wahyuni, C. U., Martini, S., & Widati, S. (2024). The association of second-hand smoke with hypertension among adult males in Bali, Indonesia. African Journal of Reproductive Health, 28(10s), 134–140.

Setiadi, A. P., Febriandini, A., Trinanda, E., Aryaguna, W., Chusna, I. M., Nurlaili, Y., Sunderland, B., & Wibowo, Y. I. (2022). Knowing the gap: Medication use, adherence and blood pressure control among patients with hypertension in Indonesian primary care settings. PeerJ, 10, e13171. https://doi.org/10.7717/peerj.13171

Syakurah, R. A., & Moudy, J. (2022). Diagnosis komunitas dengan pendekatan Proceed-Precede pada mahasiswa kepaniteraan klinik. Jambi Medical Journal: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan, 10(1), 127–133.

Wacika, D. N. G. S., Permatananda, P. A. N. K., & Suyasa, E. A. (2024). Relationship between physical activity and hypertension in adults in the working area of Puskesmas Tampaksiring I. Qanun Medika, 8(1). https://doi.org/10.30651/jqm.v8i01.18840