

Artikel

Model Global Pelaksanaan Bandar Sihat: Analisis Literatur Bersistematik untuk Panduan Malaysia
(*Global Models of Healthy City Implementation: A Systematic Literature Analysis for Malaysia*)

Muhd Abdul Hadi Johari ^{1*}, Zanisah Man¹, Mohd. Yusof Hussain¹ & Manimaran Krishnan²

¹Pusat Kajian Pembangunan, Sosial dan Persekitaran, Fakulti Sains Sosial dan Kemanusiaan,
Universiti Kebangsaan Malaysia, 43600 Bangi, Selangor

²Institut Penyelidikan Tingkahlaku Kesihatan, Kementerian Kesihatan Malaysia
40170 Shah Alam, Selangor

*Pengarang Koresponden: muhdabdulhadi90@yahoo.com

Diserah: 27 April 2025

Diterima: 19 Ogos 2025

Abstrak: Pelaksanaan bandar sihat di Malaysia telah bermula semenjak tahun 1994, tetapi kedudukannya dalam gagasan pembangunan tempatan dilihat agak terkebelakang berbanding bandar pintar. Seiring peningkatan kes NCD di Malaysia, fungsi bandar sihat mula diperkasakan dalam Rancangan Tempatan bagi pembudayaan hidup sihat. Sebagai inisiatif baharu, maklumat berkenaan bandar sihat yang holistik diperlukan agar datanya dapat dirujuk sebagai panduan pelaksanaan di Malaysia. Kajian SLR ini bertujuan mengkaji model pelaksanaan bandar sihat global untuk panduan pelaksanaan di Malaysia. PRISMA digunakan sebagai kaedah kajian kerana prosedur menyaring datanya yang ketat bagi tujuan analisis sistematik. Melalui pencarian data di pangkalan *Web of science*, *Scopus*, dan *Google scholar* dengan kata kunci: “*healthy city*” OR “*healthy city model*”, sebanyak 574 bahan ilmiah bandar sihat ditemui. Namun, hanya 55 bahan ilmiah yang menepati kriteria penyelidikan SLR. Data dianalisis menggunakan kaedah analisis kandungan dan tematik. Korpus bandar sihat global (tahun 1980-2020an) menjadi panduan penting bagi pelaksanaan bandar sihat di Malaysia. Datanya dalam bentuk dominasi kajian bandar sihat, fasa gagasan, dan pelaksanaannya. Dari sudut sumbangan kepada Malaysia, ia menyumbang panduan berikut, iaitu (i) punca kuasa bagi gagasan bandar sihat, (ii) model pemantauan pelaksanaan bandar sihat sepanjang proses pembangunan, (iii) model program bandar sihat yang bersifat integrasi, in-situ, dan berpusatkan rakyat serta mewakili pelaksanaan yang efektif, (iv) iktibar kemajuan membawa impak negatif kepada negara-negara sedang membangun, (v) pembangunan mikro mengesampingkan gagasan pembangunan yang lebih besar, dan (vi) model pembangunan berasaskan komuniti menokok nilai tambah yang positif terhadap pembangunan tersebut. Dapatan kajian ini menyumbang asas bagi memperkasakan program promosi kesihatan dalam bandar sihat.

Kata kunci: bandar sihat; SLR; PRISMA; panduan pelaksanaan; Malaysia; kerajaan tempatan

Abstract: The implementation of healthy cities in Malaysia began in 1994. However, its position within the framework of local development appears to lag behind that of smart cities. In line with the rising number of NCDs in Malaysia, the role of healthy cities has been increasingly strengthened within the local plans to promote a culture of healthy living. As a new initiative, comprehensive information on healthy cities is required so that the data can serve as a reference for implementation guidelines in Malaysia. This SLR study aims to examine global healthy city implementation models to inform Malaysia's implementation framework. The PRISMA method was used due to its rigorous data screening procedures suited for systematic analysis. Through data searches on the Web of Science, Scopus, and Google Scholar using the keywords “*healthy city*”

OR “healthy city model”, a total of 574 academic sources on healthy cities were identified. However, only 55 met the SLR research criteria. The data were analysed using content analysis and thematic analysis methods. The global healthy city corpus (1980s-2020s) served as an important reference for the implementation of healthy cities in Malaysia, with data covering the dominant themes in healthy city research, conceptual phases, and its implementation. From the perspective of Malaysia’s contribution, this study offers the following guidelines (i) establishing the legal authority for the healthy city concept, (ii) a monitoring model for healthy city implementation throughout the development process, (iii) an integrated, in-situ, and people-centred healthy city programme models representing effective implementation, (iv) the lessons learned from the development progress that have had negative impacts on developing countries, (v) micro-level development that sidelines larger development agendas, and (vi) a community-based development model adds positive value to such development. The findings of this study provide a foundation for strengthening health promotion programmes.

Keywords: Healthy cities; SLR; PRISMA; implementation guidelines; Malaysia; local government

Pengenalan

Konsep bandar sihat mula diperkenalkan dalam Persidangan Antarabangsa Promosi Kesihatan sempena Piagam Ottawa di Kanada pada tahun 1980an dengan objektif awal untuk memperbaiki kesihatan awam dalam persekitaran populasi (Hancock & Duhl 1988 [dalam O’neill & Simard 2006]). Pada peringkat awal gagasan ini, Negara-Negara Pasifik Barat, seperti Australia, Jepun, dan New Zealand antara negara-negara yang proaktif menggembelng inisiatif gagasan tersebut ke dalam dasar pembangunan negara masing-masing. Komitmen itu seterusnya diikuti oleh Negara-Negara Asia Tenggara, seperti Kemboja, China, Laos, Mongolia, Korea, Filipina, Vietnam, dan Malaysia (Hisashi 2003). Pada tahun 1995, hala tuju digembelng ke arah negara-negara sedang membangun, seperti Bangladesh, Tanzania, Mesir, Nicaragua, dan Pakistan sebagai kesejagatan pembangunan kesihatan global (Harpham et al. 2001). Inisiatif tersebut membuktikan bahawa petunjuk kesihatan mula menjadi penanda aras baharu bagi pembangunan di Negara-Negara Selatan.

Di Malaysia, bandar Kuching di Sarawak menjadi perintis pertama pelaksanaan bandar sihat di peringkat nasional. Hal ini susulan Kerajaan Negeri Sarawak bersetuju menerima saranan Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO) pada tahun 1994. Malaysia mengangkat tema persekitaran yang sihat untuk meningkatkan kualiti hidup (Jamilah et al. 1996). Berbagai inisiatif bandar sihat direncanakan secara dasar di setiap Rancangan Tempatan (RT) oleh Jabatan Perancangan Bandar dan Desa (PLANMalaysia) serta Pihak Berkuasa Tempatan (PBT). Namun dari sudut kelemahan pelaksanaan, walaupun ia dilaksanakan semenjak dari tahun 1994, tetapi kedudukannya dalam gagasan pembangunan tempatan dilihat agak terkebelakang berbanding gagasan bandar pintar dan bandar selamat. Malah, jika ditinjau korpus-korpus ilmiah di peringkat Sarjana dan Doktor Falsafah berhubung bandar sihat di Malaysia dalam pangkalan data elektronik di universiti-universiti awam juga, korpusnya tidak ditemui. Hal ini menunjukkan bahawa kedudukannya dalam persada perbahasan akademik juga adalah pasif. Sekali gus, mengasosiasikan bahawa pelaksanaan bandar sihat di Malaysia terpinggir. Timbul persoalan adakah pelaksanaan bandar sihat di Malaysia kurang penting?

Seiring peningkatan kes-kes penyakit tidak berjangkit (NCD) di Malaysia, gagasan ini mula diberi perhatian. Tinjauan Kebangsaan Kesihatan dan Morbiditi (NHMS) mendapati bahawa prevalen NCD dalam kalangan rakyat Malaysia adalah tinggi, iaitu obesiti (27.2%), hiperkolesterolemia (35.1%), dan hipertensi (32.7%). Namun, risiko tersebut lebih parah dalam kalangan komuniti yang berpendapatan rendah (Su et al. 2018). Su et al. (2018) misalnya mendapati bahawa obesiti (54.8%), hiperkolesterolemia (51.5%), hipertensi (39.3%), dan diabetes (7.8%) dalam komuniti ini adalah lebih tinggi berbanding parameter kebangsaan. Faktor utama situasi tersebut adalah kerana gaya hidup yang tidak sihat. Leh et al. (2018) mendapati hanya 7.6% sahaja komuniti ini menjalani gaya hidup aktif tiga kali seminggu, 92.4% lagi menghabiskan masa dengan melayari Internet. Maka, timbul persoalan adakah inisiatif bandar sihat di Malaysia kurang daya tarikan yang mendorong pembudayaan hidup sihat? Terkini, fungsi bandar sihat berusaha diperteguhkan dalam RT di seluruh negara bagi mempromosikan pembudayaan gaya hidup sihat. Tumpuan utamanya adalah pemerkasaan

kesihatan komuniti. Oleh kerana ia merupakan inisiatif baharu, sudah tentu maklumat berkenaan bandar sihat yang meluas diperlukan agar datanya dapat dirujuk sebagai panduan pelaksanaan di Malaysia. Tambahan lagi, model kajian ilmiah berhubung bandar sihat tempatan yang komprehensif untuk rujukan pembuat dasar adalah pasif. Atas sebab tersebut, sumber literatur dipilih sebagai unit analisis kajian. Hal ini kerana datanya adalah autoritatif dan absah untuk kajian ilmiah. *Systematic literature review* (SLR) pula digunakan sebagai kaedah kajian kerana prosedur menyaring datanya yang ketat bagi tujuan analisis sistematik. Sedikit sebanyak dapatan kajian bandar sihat global ini menjadi panduan yang konstruktif bagi pelaksanaan bandar sihat di Malaysia.

Metodologi

Kajian ini mengaplikasikan model *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA) sebagai kaedah utama kajian. PRISMA merupakan kaedah pencarian data saintifik dari pangkalan data elektronik yang dipilih menerusi prosedur saringan data yang ketat bagi tujuan analisis sistematik. Kaedah ini mempunyai kekuatan yang tersendiri, di mana sumber data yang diperolehi adalah dipercayai dan prosedur saringan data yang cekap bagi pelaporan data kualitatif (Abu Bakar & Ishak 2023; Mohd Zin et al. 2024). Garis panduan PRISMA melibatkan empat proses: pengenalpastian, penyaringan, kelayakan, dan termasuk:

1. Pengenalpastian

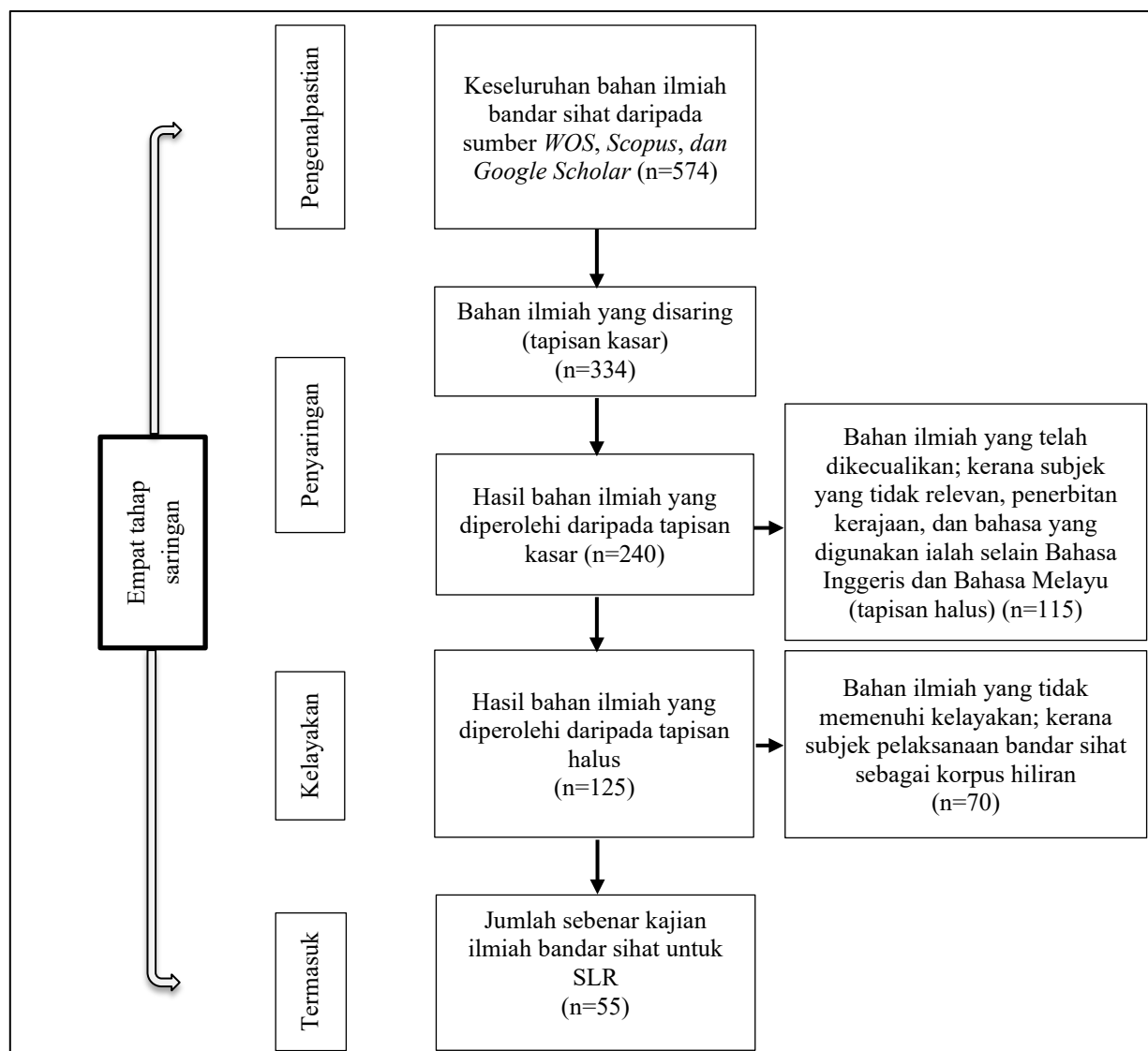
Pengenalpastian merujuk kepada proses pencarian bahan ilmiah yang terkait dengan subjek yang dikaji. Terdapat tiga pangkalan data elektronik digunakan untuk mencari bahan ilmiah model bandar sihat, iaitu *Web of science* (WOS), *Scopus*, dan *Google scholar*. Pangkalan data *Google scholar* dipilih kerana variasi datanya yang luas dalam Bahasa Melayu. Maka, sumber rujukan berhubung bandar sihat dari perspektif Malaysia mudah didapati. Di peringkat pertama ini, berbagai kata kunci digunakan demi mendapatkan bahan ilmiah yang lebih luas. Dapatan yang diperolehi menerusi saringan pertama ini ialah sebanyak 574 bahan (jadual 1).

Jadual 1: Pangkalan data dan penggunaan kata kunci

Pangkalan data	Kata kunci	Jumlah bahan
WOS	TS ("healthy city" OR "healthy city model")	90
Scopus	TITLE-ABS-KEY ("healthy city" OR "healthy city model")	132
Google scholar	ALL IN TITLE ("healthy city" OR "healthy city model")	352
Jumlah	-	574

2. Penyaringan

Penyaringan pula merupakan proses kedua, iaitu proses menapis bahan ilmiah di peringkat pertama untuk mendapatkan data yang lebih spesifik dan tepat bagi dianalisis secara sistematik (rajah 1). Saringan di peringkat kedua melibatkan dua tapisan. Pertama ialah tapisan kasar. Pangkalan data elektronik WOS, *Scopus*, dan *Google scholar* menyaring tajuk-tajuk bandar sihat yang tidak relevan. Kata kunci lebih khusus digunakan, iaitu "*halthy city implementation*". Hasilnya ialah dari keseluruhan 574 bahan ilmiah, 334 dikecualikan. Baki yang tinggal adalah 240 bahan. Kedua ialah tapisan halus. Sejumlah 240 baki bahan ilmiah yang tinggal ditapis; pertama, tapisan abstrak. Abstrak-abstrak yang tidak relevan dengan subjek yang dikaji (kajian bandar sihat) dikecualikan. Ketiga ialah tapisan penerbitan. Hanya penerbitan jurnal, bab dalam buku, dan buku terpilih sahaja yang diterima sebagai unit analisis kajian. Keempat ialah tapisan bahasa. Bahasa yang digunakan selain daripada Bahasa Inggeris dan Bahasa Melayu dikecualikan. Melalui saringan halus ini, dari sejumlah 240 bahan ilmiah, 115 dikecualikan. Baki yang tinggal adalah 125 bahan ilmiah sahaja.



Rajah 1. Carta alir PRISMA untuk penyaringan bahan ilmiah bandar sihat

3. Kelayakan

Kelayakan merupakan saringan di peringkat ketiga. Ia adalah saringan spesifik isi kandungan bahan ilmiah agar menepati kriteria “kemasukan” bagi analisis sistematik. Aspek yang disaring ialah hasil kajian. Mana-mana isi hasil kajian yang fokusnya selain daripada pelaksanaan bandar sihat dikecualikan. Justeru, dari jumlah 125 bahan ilmiah yang disaring, 70 telah dikecualikan. Baki yang tinggal ialah 55 bahan ilmiah sahaja.

4. Termasuk

Peringkat “termasuk” merujuk kepada dapatan akhir dan sebenar jumlah artikel yang diperolehi daripada proses PRISMA. Dalam kajian ini, jumlah artikel yang sebenar adalah 55 bahan ilmiah.

5. Pengekstrakan dan Analisis Data

Jumlah keseluruhan 55 bahan ilmiah tersebut dianalisis menerusi analisis kandungan dan diletakkan dalam jadual khusus (jadual 2 dan jadual 3). Setelah itu, dilakukan analisis tematik menerusi pembahagian tema, iaitu (i) dominasi kajian bandar sihat, (ii) fasa-fasa bandar sihat dan tumpuannya, dan (iii) pendekatan dan pelaksanaan bandar sihat. Pentemaan tersebut disahkan oleh pakar perancangan bandar dan sosiologi bandar.

Hasil Kajian

Jadual 2 adalah dapatan utama kajian-kajian bandar sihat terpilih di seluruh dunia, yang dilaksanakan di berbagai negara menerusi model tersendiri. Seterusnya, ia dihuraikan dalam struktur analisis tematik, iaitu: (i) dominasi kajian bandar sihat, (ii) fasa-fasa bandar sihat dan tumpuannya, dan (iii) pelaksanaan bandar sihat.

Jadual 2. Dapatan SLR terpilih berhubung kajian bandar sihat di seluruh dunia (tahun 1980an-2020an)

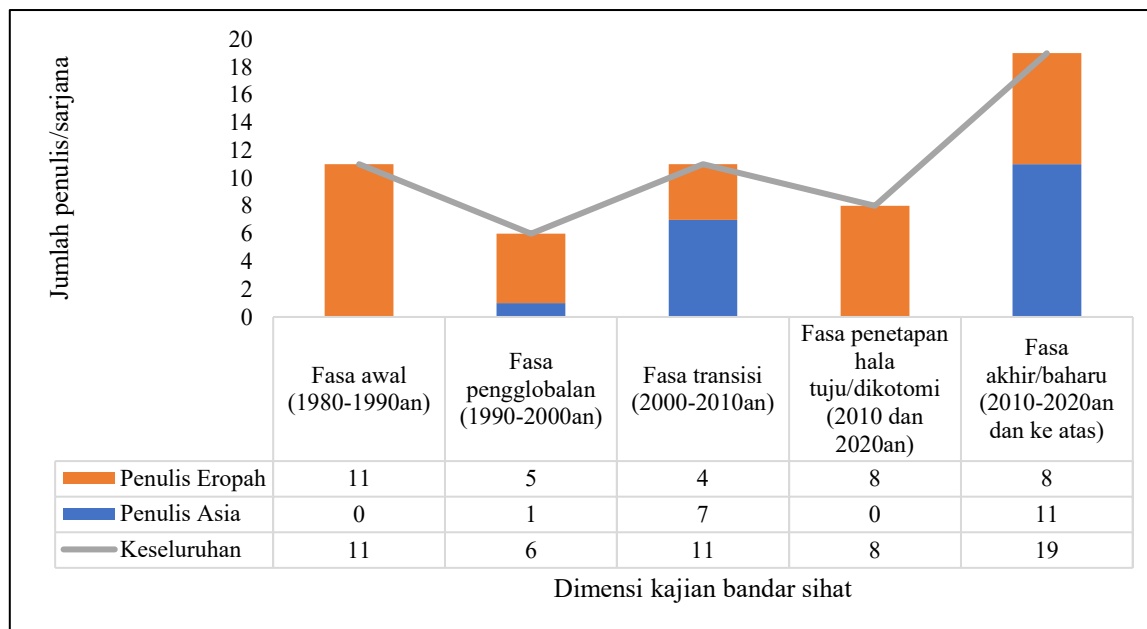
Penulis utama	Perspektif negara	Fasa bandar sihat	Fokus bandar sihat	Justifikasi alasan fokus kajian bandar sihat
Duhl (1986); Ashton et al. (1986); Ashton & Seymour (1988); Baum & Brown (1989); Duhl (1993); Flynn (1996); Dupriez (1996); Hancock (1996); Kenzer (1999).	Benua Eropah	Fasa awal (1980-1990an)	Pembinaan gagasan model (polisi dan strategi, fungsi organisasi, pendekatan komunikasi, penilaian di peringkat pelaksanaan, dan perkembangan bandar sihat).	Pada tahun 80an, penubuhan bandar sihat adalah baharu. Atas sebab itu, kajian-kajian pada waktu itu lebih terarah terhadap pembinaan gagasan model di Eropah.
Barten (1994); Harpham & Tanner (1995); Werna & Harpham (1995); Brito (1996); Giroult (1996); Jamilah et al. (1996)	i. Negara Utara-Selatan 2. Negara Membangun 3. Negara Arab	Fasa pengglobalan (1990-2000an)	Difusi global bandar sihat ke seluruh dunia.	Perkembangan positif bandar sihat mempengaruhi perspektif akademik dengan turut mengarahkan kajian mereka ke arah perspektif hubungan antarabangsa.
Aicher (1998); Werna et al. (1998); El Housseynoy et al. (1998); Boonekamp (1999); Takano & Nakamura (2001); Ismail (2003); Daud (2003); Edris (2003); Hisashi (2003); Irine (2003); De Leeuw & Skovgaard (2005); O'Neill & Simard (2006).	Naratif umum	Fasa transisi (2000-2010an)	Transisi bandar sihat, iaitu pertimbangan untuk menetapkan hala tuju.	Seiring persoalan bandar yang semakin kompleks, maka kajian-kajian tentang bandar sihat mula diarahkan terhadap hala tuju yang lebih khusus.
Bolivar et al. (2010); Dooris & Heritage (2011); Whittingham (2012); Barton & Grant (2011); De Leeuw (2011); Webster & Sanderson (2012); Grant (2015); Marzi et al. (2018).	Naratif umum	Fasa penetapan hala tuju/dikotomi (2010-2020an)	Perspektif dan penglibatan komuniti dalam bandar sihat	Hala tuju/dikotomi bandar sihat yang dipilih adalah hala tuju komuniti. Hal ini susulan, para sarjana dan pembuat dasar menyedari keperluan memilih hala tuju bandar sihat yang selari dengan isu komuniti di bandar.
Whittingham (2012); Grant (2015); Bapari et al. (2016); Martinez et al. (2016); Sharma & Nam (2017); Xin et al. (2018); Huang et al. (2019); Lee et al. (2019); Fudge & Grant (2020); Pinchoff et al. (2020); Lee & Yoon (2020); Fudge et al. (2020); Sukri et al. (2021); Golden et al. (2021); Krishnasamy (2022); Jiang et al. (2022); Han et al. (2023); Feng et al. (2024); Alhasan et al. (2025).	Naratif umum	Fasa baharu/akhir (2010-2020an dan ke atas)	Isu dalam populasi di bandar. Selain cadangan pelaksanaan bandar sihat yang bersifat kontemporari dan ideal dengan isu di bandar tersebut.	Seiring isu bandar yang semakin kompleks, maka kajian-kajian tentang bandar sihat turut meneroka isu dan impak hiliran yang berlaku di dalam seting bandar. Selain menawarkan bandar sihat sebagai cadangan penyelesaian.

55 pengkaji

Sumber: Kompilasi penulis berhubung kajian-kajian bandar sihat terpilih (tahun 1980an-2020an)

1. Dominasi Kajian Bandar Sihat

Dapatan SLR membuktikan bahawa korpus bandar sihat didominasi oleh pengkaji Eropah dan dilihat dari perspektif Negara-Negara Eropah berbanding naratif di luar Negara-Negara Eropah. Perspektif oleh para pengkaji daripada Negara-Negara Asia, terutamanya Asia Tenggara pula adalah sangat minimum (Rajah 2).



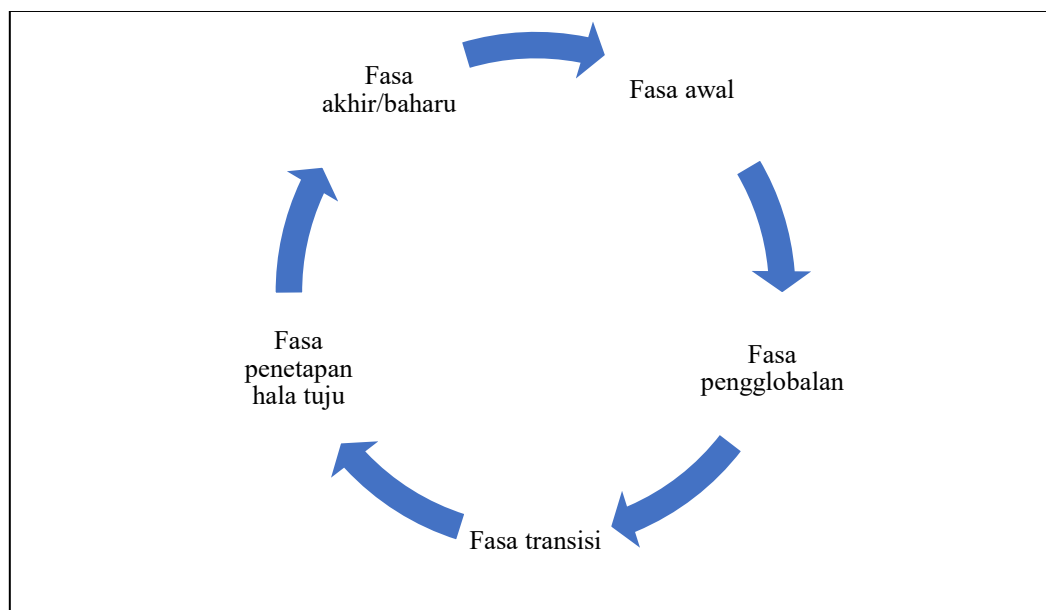
Rajah 2. Penulis dan dimensi kajian bandar sihat, 1980an-2020an

Analisis SLR mendapati terdapat 55 pengkaji aktif tentang bandar sihat di seluruh dunia. Secara keseluruhannya, pengkaji Eropah mendominasi (65%, $n=36$) korpus penulisan tentang bandar sihat berbanding pengkaji Asia (35%, $n=19$). Namun, di fasa akhir kajian bandar sihat (2010-2020an dan ke atas), subjek tersebut mula mendapat perhatian yang sewajarnya oleh para pengkaji dari Asia (58% daripada 19 pengkaji). Susulan penerimaan positif setiap negara terhadap pengagasan bandar sihat. Dominasi yang signifikan oleh pengkaji Eropah tersebut terkait dengan sejarah penubuhan bandar sihat yang sememangnya digagaskan di Eropah (Kanada) untuk memperbaiki tahap kesihatan awam bagi populasi di negara tersebut (Kenzer 1999). Oleh itu, kertas polisi dan persidangan antarabangsa lebih banyak dibahaskan di Eropah, sekali gus mendedahkan masyarakatnya dengan berbagai prospek gagasan tersebut.

Bagi Negara-negara Asia pula, pada tahun 80an, masyarakatnya berada di fasa transisi pembangunan. Di India dan Nepal sebagai contoh, tumpuan pembangunan masih berlegar di sekitar memperbaiki keperluan asas rakyatnya (*basic living condition of citizen*) berbanding membina gagasan bandar sihat yang inklusif (USAID 2022). Korea Selatan pula walaupun merupakan sebuah negara maju dengan Keluaran Dalam Negara Kasar (KDNK) per kapita pada tahun 1960 adalah US\$290 meningkat kepada US\$28,384 pada tahun 2010 (Park 2018). Namun, projek bandar sihat di Korea dimulakan dengan agak lewat. Ia diperkenalkan pada tahun 1998 menerusi bandar Kwachon, diikuti dengan bandar Wongju pada tahun 2004 (Sharma & Nam 2017). Akan tetapi, peningkatan penulisan tentang bandar sihat dari perspektif pengkaji di Negara-Negara Asia menunjukkan perkembangan yang positif impak difusi bandar sihat kepada negara-negara yang sedang membangun di seluruh dunia.

2. Fasa-Fasa Bandar Sihat Dan Tumpuannya

Konsensus para pengkaji juga, baik di Eropah mahupun Asia merumuskan bahawa evolusi bandar sihat memiliki lima fasa, iaitu (i) fasa awal (1980-1990an), (ii) fasa pengglobalan (1990-2000an), (iii) fasa transisi (2000-2010an), (iv) fasa penetapan hala tuju (2010-2020an) dan (v) fasa akhir (2010-2020an) (rajah 3).



Rajah 3. Fasa transisi bandar sihat, 1980an-2020an

Fasa transisi bandar sihat merujuk kepada sela masa tertentu pelaksanaan bandar sihat dan isu fenomena bandar yang wujud dalam tempoh sela tersebut. Di fasa awal (tahun 80an), pelaksanaan bandar sihat tertumpu terhadap pembinaan gagasan model. Duhl (1986), Ashton et al. (1986), Ashton dan Seymour (1988), serta Baum dan Brown (1989) mengkaji penetapan fungsi, pendekatan promosi, pelaksanaan serta penilaian bandar sihat bagi kesesuaian masyarakat di Eropah. Sebagai contoh, kerajaan England menyusun strategi promosi kesihatan kepada 2.5 juta penduduk di bandar Liverpool bagi memperbaiki tahap kesihatan mereka (Ashton & Seymour 1988). Hal ini menunjukkan sekitar tahun 80an, fokus bandar sihat tertumpu terhadap penggagasan model seiring entitinya sebagai sebuah model pembangunan baharu di Eropah. Fasa pengglobalan pula terkait dengan komitmen proaktif model bandar sihat di Eropah didifusikan ke Negara-Negara Selatan sebagai perluasan kesejagatan kesihatan global.

Pendekatan tersebut melibatkan koalisi pembangunan kesihatan di Negara Utara-Selatan (Harpham & Tanner 1995), kaedah penilaian di negara-negara membangun (Werna & Harpham 1995), penyesuaian model bandar sihat Eropah di Cuba (Brito 1996), pembangunan kemudahan air bersih di Negara-Negara Arab (Giroult 1996) dan difusi model bandar sihat di Sarawak, Malaysia (Jamilah et al. 1996). Di fasa transisi pula, proses pertimbangan dilakukan oleh negara masing-masing untuk menetapkan hala tuju bandar sihat mengikut keperluan masyarakatnya. Sarjana yang mempelopori subjek ini ialah Takano dan Nakamura (2001), Ismail (2003), De Leeuw dan Skovgaard (2005) yang mengkaji keanjalan model bandar sihat bagi kesesuaian tempatan. Fasa penetapan hala tuju pula merupakan tindakan negara memilih dikotomi akhir bandar sihat sebagai teras pembangunan tempatan. Secara khususnya, hala tuju bandar sihat yang dipilih oleh konsensus “negara” adalah komuniti. Susulan, komuniti adalah unit utama dalam ekologi yang mengalami kerentanan kesihatan akibat isu perbandaran (Kanyo et al. 2019). Selain bandar sihat dibina untuk komuniti, sudah tentu dimensi mereka adalah tepat (Barton & Grant 2011). Fasa terakhir pula tertumpu terhadap isu perbandaran di bandar akibat ledakan urbanisai dengan bandar sihat sebagai penyelesaian. Dimensi penyelidikan ini majoritinya didominasi oleh pengkaji dari Asia susulan impak kemajuan bandar akibat difusi dari Eropah mula menjengah ke Asia. Antara isu bandar yang dikaji adalah ruang fizikal bandar dan impak kesihatan (Whittingham 2012; Alhasan et al. 2025), urbanisasi dan berbagai penyakit berjangkit (Grant 2015; Han et al. 2023), serta masalah kesihatan mental (Lee et al. 2019).

3. Pelaksanaan Bandar Sihat

Rumusan pelaksanaan bandar sihat pula dipaparkan di jadual 3. Model kajian-kajian lepas menjadi asas “material” bagi memperolehi dapatan tersebut. Ia menjadi model rujukan bagi pelaksanaan bandar sihat di Malaysia dan merupakan komponen terpenting dalam kajian ini.

Jadual 3. Konsensus penyelidik tentang pelaksanaan bandar sihat

Bandar sihat	Pendekatan dan pelaksanaan	Penyelidik
Fokus/matlamat utama	Matlamat utama: Memperkasakan tahap kesihatan seterusnya peningkatan kualiti hidup.	Taket (1988 [dalam Kenzer 1999]); Ashton & Seymour (1988); Duhl (1986).
	Mencapai Indeks kebahagiaan bandar sihat:	Lee & Yoon (2020).
	i. Kestabilan psikologikal ii. Tinggal bersama keluarga iii. Hubungan interpersonal yang positif iv. Adaptasi sosial yang efektif v. Kebahagiaan sendiri vi. Kestabilan kewangan vii. Kepuasan kerja viii. Kesihatan yang baik ix. Pemilikan kediaman	
Pengorganisasian	Jawatankuasa utama	Ashton et al. (1986); Dupriez (1996); Xin et al. (2018)
	i. Presiden ii. Majlis iii. Lembaga penyeliaan iv. Jawatankuasa pakar v. Kongres pekerja vi. Kongres komuniti	
	Jawatankuasa pelaksana:	Edris (2003); Dooris & Heritage (2011); Xin et al. (2018)
	i. Kerajaan tempatan ii. Agensi-agensi tempatan iii. Hub kesejahteraan kesihatan iv. Klinik kesihatan v. Hospital	
Pelaksanaan	Pentadbiran, perundangan, dan kewangan	Ashton et al. (1986); Dupriez (1996); Boonekamp (1999); Irine (2003); Hisashi (2003); Dooris & Heritage (2011); Sharma & Nam (2017); Huang et al. (2019); Jiang et al. (2022); Han et al. (2023); Feng et al. (2024); Alhasan et al. (2025).
	i. Akta Bandar Sihat ii. Pelan strategik bandar sihat nasional iii. Transformasi organisasi pengurusan iv. Kolaborasi inter-sektoral/inter-agensi v. Konsultasi bersama komuniti vi. Koordinasi silang antara bandar dengan bandar atau wilayah vii. Kerjasama dengan universiti untuk penyelidikan viii. Bandar sihat sebagai gagasan nasional ix. Pembinaan bandar sihat pintar x. Penggagasan bandar penjalan kaki xi. Pelancongan kesihatan xii. Teknologi kesihatan yang terkehadapan. xiii. Penggunaan hasil cukai tembakau/rokok xiv. Membangunkan pangkalan data (<i>baseline data</i>) xv. Penganjuran bengkel/seminar	
	Pembinaan zon sejahtera	Martinez Perez et al. (2016); Sharma & Nam (2017)
	i. Pusat perubatan dan sukan ii. Taman pinggir sungai iii. Projek kebudayaan jalanan iv. Pusat penyelidikan perubahan iklim v. Hub kesejahteraan keiranan (NCD) vi. Hub kesejahteraan komuniti bagi kes <i>Human Immunodeficiency Virus</i> (HIV) vii. Pusat meditasi viii. Klinik berhenti merokok	

	Teknologi aplikasi mudah alih	Golden et al. (2021)
	i. Aplikasi <i>COVID Coach and Calm</i>	
	ii. Aplikasi <i>BookDoc</i>	
	Pendidikan	Sharma & Nam (2017); Krishnasamy (2022); Sharma & Nam (2017)
	i. Sekolah sihat	
	ii. Pendidikan kesihatan	
	iii. Pendidikan persekitaran	
	Seting tempat bekerja	Kenzer (1999); Jamilah et al. (1996); Daud (2003); De Leeuw & Skovgaard (2005); Lee et al. (2019); Jiang et al. (2022); Han et al. (2023); Feng et al. (2024); Alhasan et al. (2025)
	i. Tempat kerja sihat	
	ii. Infrastruktur/polisi yang menyokong aktiviti gaya hidup sihat	
	Sosial, ekonomi, dan kesihatan	Ismail (2003); Sharma & Nam (2017); Jiang et al. (2022)
	i. Pasar sihat	
	ii. Kempen gerak tumpu pembersihan	
	iii. Kempen bebas denggi	
	iv. Hari khas komuniti	
	v. Penasihat kesihatan/pasukan kesihatan komuniti	
	vi. Projek dapur komuniti	
	vii. Intervensi landskap berasaskan bukti/ terapeutik	
	Seting kediaman/perumahan	Sharma & Nam (2017)
	i. Kampung/taman perumahan sihat	
	ii. Infrastruktur fizikal yang menyokong pembudayaan gaya hidup sihat	
	iii. Ruang dan saiz rumah yang bersesuaian	
	iv. Taman awam	
	Infrastruktur dan persekitaran fizikal	Bolivar et al. (2010); Marzi et al. (2018)
	i. Gimnasium	
	ii. Kolam renang	
	iii. Kawasan kejiranan	
	iv. Padang awam/ruang awam	
	v. Kemudahan penjalan kaki	
	Penilaian	Baum & Brown (1989); De Leeuw (2011); Whittingham (2012); Grant (2015); Sharma & Nam (2017); Feng et al. (2024)
	i. Penilaian/audit berasaskan bukti di lapangan yang kukuh	
	ii. Senarai semak bandar sihat	
	iii. Intervensi kelengkapan kemudahan fizikal	
	iv. Penilaian impak sosial	
	v. Penilaian impak kesihatan	

Sumber: Kompilasi penulis, 1980an-2020an

Terdapat empat komponen bandar sihat di seluruh dunia sebagai model rujukan bagi pelaksanaan bandar sihat di Malaysia. Akan tetapi, ia disesuaikan dengan sistem sosial di Malaysia. Komponen pertama ialah matlamat bandar sihat. Malaysia boleh mengguna pakai indeks kebahagiaan bandar sihat di Korea oleh Lee dan Yoon (2020) untuk merangka matlamat bandar sihat di negara ini. Namun, komponen beragama tidak dimasukkan dalam indeks kebahagiaan sosial tersebut kerana ia bukan keperluan bagi sistem sosial di Korea. Di Malaysia pula, komponen agama wajar dijadikan komponen indeks kebahagiaan bandar sihat yang mandatori, susulan sistem sosial masyarakatnya yang dicirikan dengan kebudayaan beragama. Kedua ialah pengorganisasian bandar sihat. Idea kepimpinan inklusif yang dirangkumkan dari Ashton et al. (1986), Dupriez (1996), Edris (2003), Dooris dan Heritage (2011), serta Xin et al. (2018) merupakan model terbaik bagi pelaksanaan bandar sihat di Malaysia.

Namun, model Xin et al. menerusi *Luohu model* sebagai rujukan utama. Dari rangkuman tersebut, terdapat jawatankuasa utama dan jawatankuasa pelaksana. Jawatankuasa utama terdiri daripada presiden, majlis, lembaga penyeliaan, jawatankuasa pakar, kongres pekerja, dan kongres komuniti. Jawatankuasa pelaksana pula terdiri daripada agensi-agensi pelaksana. Jawatankuasa utama merupakan penasihat kepada presiden. Jawatankuasa pelaksana bertanggungjawab kepada jawatankuasa utama. Namun, di Malaysia, jawatankuasa utama yang dilantik dicadangkan secara demokrasi oleh komuniti. Selain presiden tidak

mempunyai kuasa mutlak untuk perkara-perkara yang bersifat sensitif. Pendekatan ini adalah positif kerana mewakili penyertaan awam secara langsung dan eksklusif. Ketiga ialah pendekatan dan pelaksanaan bandar sihat. Inti pati komponen bandar sihat dalam jadual 3 signifikan dijadikan sebagai model pelaksanaan bandar sihat di Malaysia. Hal ini kerana ia meliputi kesemua segmen model bandar sihat yang efektif, iaitu (i) pentadbiran, perundangan, dan kewangan; (ii) pembinaan zon sejahtera; (iii) teknologi; (iv) pendidikan; (v) seting tempat kerja; (vi) sosial, ekonomi, dan kesihatan; (vii) seting kediaman; serta (viii) infrastruktur dan persekitaran.

Tambahan lagi, ia terhasil daripada libat urus bersama dengan komuniti, maka sudah tentu penglibatan komuniti dalam bandar sihat adalah organik. Penglibatan yang organik merealisasikan pembudayaan hidup sihat, seterusnya mengurangkan NCD. Keempat ialah aspek penilaian. Audit berasaskan bukti di lapangan dan matriks senarai semak bandar sihat perlu diadakan sepanjang proses pembangunan bandar sihat berlangsung, iaitu dari awal perancangan sehingga peringkat audit susulan (sebelum, semasa, dan selepas projek tersebut dijalankan). Kesemua kategori pembangunan (dasar, program, pelan, dan projek) mesti dinilai sepanjang proses pembangunan tersebut berlangsung. Maklum balas boleh diperolehi menerusi perbincangan, bengkel, forum, temu bual, mahupun soal selidik bersama kumpulan sasar. Pendekatan ini menjadi platform penyertaan awam yang efektif demi menghasilkan projek bandar sihat yang ideal. Konklusinya, keempat-empat komponen model bandar sihat di seluruh dunia signifikan sebagai panduan pelaksanaan bandar sihat di Malaysia seterusnya merealisasikan pembudayaan hidup sihat. Hal ini bererti, polisi yang komprehensif merupakan prasyarat wajib bagi merealisasikan sesuatu perubahan yang besar.

Perbincangan

Korpus bandar sihat di seluruh dunia (tahun 1980-2020an) menjadi rujukan bagi pembentukan idea dan struktur pelaksanaan bandar sihat di Malaysia. Gagasan bandar sihat di Malaysia walaupun sudah diperkenalkan semenjak tahun 1994, tetapi impak pelaksanaannya tidak memberangsangkan. Menerusi SLR korpus-korpus bandar sihat ini, dapattannya menjadi panduan menambahbaik pelaksanaan bandar sihat di Malaysia. Pertama, di negara-negara maju, sebelum sebuah gagasan bandar sihat digarabkan sebagai polisi nasional, punca kuasa bagi gagasan tersebut digubal terlebih dahulu. Berbagai libat urus bersama pemegang taruh dilakukan bagi mendapatkan asas punca kuasa yang terbaik. Korea Selatan sebagai contoh menggubal terlebih dahulu pelan bandar sihat nasional dan Akta Bandar Sihat sebelum gagasan bandar sihat menjadi polisi nasional.

Setelah itu, diikuti dengan penubuhan inisiatif perkongsian bandar sihat dan program penilaian impak kesihatan (Sharma & Nam 2017). Pendekatan tersebut boleh diguna pakai di Malaysia, susulan terdapat dasar pembangunan di negara ini kurang jelas dari sudut punca kuasa pelaksanaan. Kedua, di Negara-Negara Eropah, pelaksanaan bandar sihat dipantau sepanjang proses pembangunan berlangsung menerusi berbagai jawatankuasa penilai dalam dan luar yang ditubuhkan. Pemantauannya bermula dari peringkat pelan cadangan sehinggalah peringkat penilaian terakhir dan diikuti dengan audit susulan dalam sela masa tertentu. Pendekatan silang audit ini menjadikan projek pembangunan tersebut selesai mengikut jadual, selain memberi hasil yang lebih berkualiti (De Leeuw 2011; Whittingham 2012; Grant 2015). Ketiga, kemudahan, program, dan aktiviti yang dilaksanakan menerusi bandar sihat bersifat integrasi, in-situ, dan berpusatkan rakyat serta mewakili dasar bandar sihat yang efektif. Model aktiviti tersebut boleh diguna pakai untuk pelaksanaan di Malaysia. Keempat, Malaysia perlu mengambil iktibar daripada pengalaman negara-negara sedang membangun bahawa kemajuan mengakibatkan impak hiliran yang terkait (Abdul Malek & Ibrahim 2015).

Di Bangladesh, urbanisasi mengakibatkan kepadatan penduduk, pencemaran ekosistem, kemiskinan, dan peningkatan isu kesihatan (Bapari et al. 2016). Akta Bandar Sihat dan pelan strategik bandar sihat nasional yang terkehadapan perlu digubal bagi menangani fenomena sejagat tersebut. Ia mesti meliputi mitigasi penyelesaian jangka pendek, sederhana, dan panjang yang melibatkan berbagai pemegang taruh yang terkait. Kelima, fokus sebilangan besar pembangunan negara-negara membangun terhadap keperluan asas rakyatnya mengesampingkan gagasan pembangunan nasional yang lebih besar, sebagai mana yang berlaku di India dan Nepal. Malaysia perlu memastikan setiap pembangunan di negara ini dipandu oleh kerangka dasar nasional yang holistik meliputi gagasan kecil mahupun gagasan nasional agar pembangunan tersebut berkembang

dengan seimbang dan inklusif. Keenam, komuniti sebagai asas pembangunan negara. Di England, komuniti menjadi pembuat dasar bandar sihat menerusi berbagai libat urus yang diadakan secara bersama. Mana-mana idea pembangunan yang terhasil daripada nilai akar umbi, ia akan menokok nilai tambah yang konstruktif terhadap kejayaan pembangunan tersebut dan meminimumkan konflik antara rakyat dengan pemerintah akibat perbezaan aspirasi (Sen 1999).

Oleh itu, Pihak Berkuasa Negeri disyorkan melantik dua Ahli Majlis dalam PBT, iaitu wakil komuniti dan pakar (individu yang arif berhubung promosi kesihatan dan perancangan bandar sihat). Kelima-lima rangkuman dari pelaksanaan idea bandar sihat global tersebut menjadi rujukan penting bagi pelaksanaan bandar sihat yang efektif di Malaysia bagi menyelesaikan isu NCD yang dihadapi.

Kesimpulan

Hasil analisis SLR kajian-kajian bandar sihat dari tahun 1980an-2020an menyumbang kepada pemahaman tentang konsep bandar sihat yang konstruktif. Ia menjadi panduan yang pragmatik kepada pembuat dasar PLANMalaysia dalam merangka dasar bandar sihat yang efektif di Malaysia, susulan aspek kesihatan merupakan salah satu elemen teras dalam gagasan bandar berdaya huni dan mapan bagi penyelesaian isu NCD di negara ini. Menerusi panduan kajian ini, penilaian semula terhadap model bandar sihat di Malaysia wajar dilakukan bagi menilai semula keberkesanan pelaksanaannya kepada masyarakat. Panduan pragmatik yang diperolehi daripada dapatan SLR ini boleh dimasukkan sebagai input tambahan bagi penambahbaikan polisi dan program pembudayaan gaya hidup sihat rakyat Malaysia menerusi polisi perancangan bandar. *Ethnographic Decision Tree Modeling* boleh digunakan sebagai kaedah kajian demi memastikan dapatan pelaksanaan bandar sihat yang terhasil adalah tulen dari perspektif peserta kajian, selain boleh diintegrasikan bersama *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) bagi data yang lebih berfokus. Kajian ini menyumbang nilai tambah yang konstruktif dalam merangka dasar bandar sihat nasional yang komprehensif.

Penghargaan: Kami juga mengucapkan terima kasih kepada penilai artikel yang telah memberikan cadangan penambahbaikan bagi artikel ini.

Konflik Kepentingan: Pengkaji tidak mempunyai sebarang konflik kepentingan antara pihak yang terlibat secara langsung mahupun tidak langsung dalam kajian ini.

Rujukan

- Abdul Malek, J., & Ibrahim, M. A. (2015). Bandar selamat dan keselamatan komuniti bandar selamat. *e-Bangi: Journal of Social Sciences and Humanities*, 10(1), 1–14.
- Aicher, J. (1998). *Designing healthy cities: prescriptions, principles, and practice*. Melbourne: Kreiger Publishing.
- Alhasan, N., Alhazmi, A., Abugabah, A., & Shah, M. H. (2025). How walkable a city is depends on where you live: Measuring walkability indicators using global open geodata. *Cities & Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/23748834.2025.2496010>
- Ashton, J., Grey, P., & Barnard, K. (1986). Healthy cities - WHO's new public health initiative. *Health Promotion International*, 1(3), 319-324. <https://doi.org/10.1093/heapro/1.3.319>
- Ashton, J., & Seymour, H. (1988). *The new public health: the Liverpool experience*. Philadelphia: Open University Press.
- Bapari, M. Y., Haque, M. E., Chowdhury, M. K., & Islam, M. J. (2016). Impacts of unplanned urbanization on the socio-economic conditions and environment of Pabna Municipality, Bangladesh. *Journal of Environment and Earth Science*, 6(9), 105-114.
- Barten, F. (1994). Health in a city environment. *World Health*, 3(4), 24-25.
- Barton, H., & Grant, M. (2011). Urban planning for healthy cities: a review of the progress of the European healthy cities programme. *Journal of Urban Health*, 90(1), 129-141. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9649-3>

- Baum, F., & Brown, V. A. (1989). Healthy city (Australia) project: issues of evolution for the new public health. *Community Health Studies*, 13(2), 140-149. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.1989.tb00190.x>
- Bolivar, J., Daponte, A., Rodriguez, M., & Sanchez, J. J. (2010). The influence of individual, social and physical environment factors on physical activity in the adult population in Andalusia, Spain. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 7, 60-77. <https://doi.org/10.3390/ijerph7010060>
- Boonekamp G. M., Colomer, C., Tomas, A., & Nunez, A. (1999). Healthy cities evaluation: the co-ordinators perspective. *Health Promotion International*, 14(2), 103-110. <https://doi.org/10.1093/heapro/14.2.103>
- Brito, A. D. (1996). The global project of Cienfuegos. In C. Price & A. Tsouros (Eds.), *Our cities, our future: Policies and action plans for health and sustainable development* (pp. 186-192). World Health Organization.
- Daud, R. (2003). Towards a healthy city Johor Bahru. In T. Takano (Ed.), *Healthy cities and urban policy research* (pp. 266-270). Spon Press.
- De Leeuw, E. (2011). Do healthy cities work? A logic of method for assessing impact and outcome of healthy cities. *Journal of Urban Health*, 89(2), 217-231. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9617-y>
- De Leeuw, E., & Skovgaard, T. (2005). Utility-driven evidence for healthy cities: Problems with evidence generation and application. *Social Science & Medicine*, 61(6), 1331-1341. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.01.028>
- Dooris, M., & Heritage, Z. (2011). Healthy cities: Facilitating the active participation and empowerment of local people. *Journal of Urban Health*, 90(1), 74-91. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9623-0>
- Duhl, L. J. (1986). The healthy city: Its function and its future. *Health Promotion International*, 1(1), 55-60.
- Duhl, L. J. (1993). Conditions for healthy cities: diversity, game boards, and social entrepreneurs. *Environment and Urbanization*, 5(2), 112-124.
- Dupriez, A. (1996). The Quebec Network. *World Health*, 1(2), 19-21.
- Edris, A. (2003). Promoting quality of life through participation in healthy cities programme: sharing the experiences of Kuching Cities. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities*, 11(2), 165-172.
- El Housseynoy, L., Simard, P., Eddje, D. O., & O'Neill, M. (1998). Research into the applicability of the healthy cities movement in Dakar District. *Environment and Urbanization*, 10(2), 235-244. <https://doi.org/10.1177/095624789801000211>
- Feng, X., Li, Y., & Zhang, Z. (2024). The EWM-based evaluation of healthy city construction levels in China. *Sustainability*, 16(10), 4311. <https://doi.org/10.3390/su16104311>
- Flynn, B. C. (1996). Healthy cities: Toward worldwide health promotion. *Annual Review of Public Health*, 17, 299-309. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.17.050196.001503>
- Fudge, C., & Grant, M. (2020). Transforming cities and health: policy, innovation and practice. *Cities & Health*, 4(2), 153-155.
- Fudge, C., Grant, M., & Wallbaum, H. (2020). Transforming cities and health: Policy, action, and meaning. *Cities & Health*, 4(2), 135-151. <https://doi.org/10.1080/23748834.2020.1792729>
- Giroult, E. R. (1996). Innovations in West and North Africa. *World Health*, 49(1), 11.
- Golden, E. A., Zweig, M., Danieleto, M., Landell, K., Nadkarni, G., Bottinger, E., Katz, L., Somarriba, R., Sharma, V., Katz, C. L., Marin, D. B., DePierro, J., & Charney, D. S. (2021). A resilience-building app to support the mental health of health care workers in the COVID-19 era: Design process, distribution, and evaluation. *JMIR Formative Research*, 5(5), e26590. <https://doi.org/10.2196/26590>
- Han, Z., Xia, T., Xi, Y., & Li, Y. (2023). Healthy Cities: A comprehensive dataset for environmental determinants of health in England cities. *Scientific Data*, 10, 165. <https://doi.org/10.1038/s41597-023-02060-y>
- Hancock, T. (1996). Planning and creating healthy and sustainable cities: The challenge for the 21st century. In C. Price & A. Tsouros (Eds.), *Our cities, our future* (pp. 65-88). World Health Organization.
- Harpham, T., & Tanner, M. (1995). *Urban health in developing countries: progress and prospects*. London: Earthscan Publications.

- Harpham, T., Burton, S., & Blue, I. (2001). Healthy city projects in developing countries: The first evaluation. *Health Promotion International*, 16(2), 111–125. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.111>
- Hisashi, O. (2003). Healthy cities project in the Western Pacific. In T. Takano (Ed.), *Healthy cities and urban policy research* (pp. 21–40). Spon Press.
- Huang, N.-C., Kuo, H.-W., Hsueh, T.-J., & Huang, S. C. (2019). Do healthy city performance awards lead to health in all policies? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224552>
- Irine, S. (2003). Baseline data in ASEAN member countries. In T. Takano (Ed.), *Healthy cities and urban policy research* (pp. 189–226). Spon Press.
- Ismail, R. (2003). Healthy city Malacca: The community's expectation, satisfaction, and contribution: Malaysia. In T. Takano (Ed.), *Healthy cities and urban policy research* (pp. 278–287). Spon Press.
- Jamilah H., Kiyu, A., & Hardin, S. (1996). Giving the public their say. *World Health*, 49(1), 26.
- Jiang, S., Datta, U., & Jones, C. (2022). Promoting health and behaviour change through evidence-based landscape interventions in rural communities: A pilot protocol. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010014>
- Kanyo, N.-I., Rainis, R., Abdul Rahman, A. T., Nor, N. M., Samuni, N., & Lajimin, S. A.-N. A. (2019). Kesesuaian pelaksanaan langkah-langkah dalam program bandar selamat mengikut perspektif keruangan di Sabah: Tinjauan lokal. *e-Bangi: Journal of Social Sciences and Humanities* 16(8), 1–15.
- Kenzer, M. (1999). Healthy cities: A guide to the literature. *Environment and Urbanization*, 11(1), 201–220. <https://doi.org/10.1177/095624789901100115>
- Krishnasamy, G., Gnanasigamani, J., Ambigapathy, S., & Zainal Abidin, A. (2022). IFitEr achievement in wellness hub, Buntong Health Clinic, Kinta District, Perak. *Electronic-Perak Medical Journal*, 2(2), 6.
- Lee, M., Park, S., & Yoon, K. (2019). Does health promotion program affect local residents' emotions? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(4), 549. <https://doi.org/10.3390/ijerph16040549>
- Lee, M., & Yoon, K. (2020). Effects of the health promotion programs on happiness. *Sustainability*, 12(2), 528. <https://doi.org/10.3390/su12020528>
- Leh, O. L., Shaharom, N. H., Marzukhi, M. A., & Marzuki, S. Z. (2018). Healthy lifestyle of urban residents: Case study: Sri Pahang Public Housing, Bangsar, Kuala Lumpur, Malaysia. *Planning Malaysia*, 16(3), 1–12. <https://doi.org/10.21837/pmjournal.v16.i8.414>
- Martinez Perez, G., Cox, V., Ellman, T., Moore, A., Patten, G., Shroufi, A., Stinson, K., Van Cutsem, V., & Ibeto, M. (2016). 'I know that I do have HIV but nobody saw me': Oral HIV self-testing in an informal settlement in South Africa. *PLoS ONE*, 11(4), e0152653. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152653>
- Marzi, I., Demetriou, Y., & Reimer, A. (2018). Correlates of independent mobility in children: A systematic review taking sex/gender differences into account. *International Journal of Health Geographics*, 17(24), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12942-018-0145-9>
- Abu Bakar, M. Z., & Ishak, R. (2023). Pelaksanaan komuniti pembelajaran profesional: Suatu kajian literatur bersistematik. *Jurnal Kepimpinan Pendidikan*, 10(4), 76–90.
- Mohd Zin, N. A., Ku Johari, K. S., Abu Bakar, A. Y., & Mahmud, M. I. (2024). Intervensi pendekatan spiritual untuk kemurungan pelajar: Kajian literatur bersistematik. *Akademika*, 94(2), 454–473. <https://doi.org/10.17576/akad-2024-9402-12>
- O'Neill, M., & Simard, P. (2006). Choosing indicators to evaluate healthy cities projects: A political task? *Health Promotion International*, 21(2), 145–152. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal011>
- Park, Y. (2018). *Modern Korean economy 1984–2008*. The Academy of Korean Studies.
- Pinchoff, J., Mills, C., & Balk, D. (2020). Urbanization and health: The effects of the built environment on chronic disease risk factors among women in Tanzania. *PLoS ONE*, 15(11), e0241810. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241810>
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Alfred A. Knopf.

- Sharma, B., & Nam, E. W. (2017). A healthy city project: A case study of Wonju City, South Korea and its relevance to the cities in Nepal. *Journal of Gandaki Medical College-Nepal*, 10(1), 34–42.
- Su, T. T., Meram, A., Adewale, A. P., Thangiah, N., Zainol, R., & Majid, H. (2018). Physical activity and health-related quality of life among low-income adults in metropolitan Kuala Lumpur. *Journal of Epidemiology*, 29(2), 43–49. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20170053>
- Sukri Palutturi, L., Lalu Muhammad Saleh, M., Muhammad Rachmat, M., Jalaluddin Abdul Malek, & Eun Woo, N. (2021). Principles and strategies for aisles communities empowerment in creating Makassar Healthy, Indonesia. *Gaceta Sanitaria*, 35(1), 46–48. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.004>
- Takano, T., & Nakamura, K. (2001). An analysis of health levels and various indicators of urban environments for healthy cities projects. *Epidemiology and Community Health*, 55, 263–270. <https://doi.org/10.1136/jech.55.4.263>
- USAID. (2022). *Implementation plan: Municipal actions for air quality in the Kathamandu Valley*. Arlington, VA: USAID.
- Webster, P., & Sanderson, D. (2012). Healthy cities indicators – a suitable instrument to measure health. *Journal of Urban Health*, 90(1), 52–61. <https://doi.org/10.1007/s11524-012-9692-7>
- Werna, E., & Harpham, T. (1995). The evaluation of healthy city projects in developing countries. *Habitat International*, 19(4), 629–641. [https://doi.org/10.1016/0197-3975\(95\)00026-2](https://doi.org/10.1016/0197-3975(95)00026-2)
- Werna, E., Harpham, T., Blue, I., & Goldstein, G. (1998). *Healthy city projects in developing countries*. London, UK: Earthscan.
- Whittingham, N. (2012). Art towards the healthy city: A reflection on planning for health. *NALARs*, 11(1), 1–24.
- Xin, W., Xizhuo, S., Fangfang, G., Yixiang, H., Lijin, C., Yong, Z., & Stephen, B. (2018). The Luohu model: A template for integrated urban healthcare systems in China. *International Journal of Integrated Care*, 18(4), 1–10. <https://doi.org/10.5334/ijic.4168>