

Kemandirian Keluarga Dalam Perawatan Anggota Keluarga Dengan Hipertensi

Family Independence In Caring For Family Members With Hypertension

Annisa Hardiyanti Saputri^{1*}, Hj Saenab Dasong¹, Novianti¹, Hidayati Ismail¹

¹Program Studi D-III Keperawatan, STIKES Panakkukang Makassar, Makassar, Indonesia

Kata Kunci:

Hipertensi, Kemandirian
Keluarga, Perawatan Keluarga

ABSTRAK

Pendahuluan: Hipertensi merupakan penyakit kronis yang memerlukan pengelolaan berkelanjutan dan keterlibatan keluarga. Kemandirian keluarga dalam mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan, memberikan perawatan, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan berperan penting dalam pengendalian hipertensi. Penelitian ini bertujuan menggambarkan tingkat kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Toddopuli Makassar. **Metode:** Penelitian menggunakan desain kuantitatif deskriptif dengan pendekatan potong lintang. Populasi penelitian berjumlah 314 keluarga dan sampel sebanyak 76 responden yang dipilih dengan teknik purposive sampling berdasarkan perhitungan Slovin. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner dan dianalisis secara univariat melalui distribusi frekuensi dan persentase. **Hasil:** menunjukkan bahwa kategori kemandirian terbanyak adalah cukup mandiri, yaitu 28 responden (36,8%), diikuti kategori mandiri sebanyak 24 responden (31,6%), kurang mandiri sebanyak 16 responden (21,1%), dan tidak mandiri sebanyak 8 responden (10,5%). Responden didominasi perempuan, berusia ≥ 56 tahun, berpendidikan SMA, bekerja sebagai ibu rumah tangga, dan telah menderita hipertensi selama 5–10 tahun. **Kesimpulan:** Temuan ini menunjukkan perlunya penguatan edukasi, pemantauan, dan pendampingan keluarga oleh puskesmas agar kemandirian keluarga dalam perawatan hipertensi meningkat.

Kata Kunci:

Hypertension, Family Self-
Reliant, Family Care

ABSTRACT

Introduction: Hypertension is a chronic disease that requires continuous management and active family involvement. Family independence in recognizing health problems, making decisions, providing care, modifying the home environment, and utilizing health services is important for hypertension control. This study aimed to describe the level of family independence in caring for family members with hypertension in the working area of Toddopuli Community Health Center, Makassar. **Method:** A descriptive quantitative study with a cross-sectional approach was conducted. The population consisted of 314 families, and 76 respondents were selected using purposive sampling based on the Slovin calculation. Data were collected using a questionnaire and analyzed univariately using frequency distributions and percentages. **Result:** The results showed that the largest proportion of respondents belonged to the moderately independent category, comprising 28 respondents (36.8%), followed by the independent category with 24 respondents (31.6%), less independent with 16 respondents (21.1%), and not independent with 8 respondents (10.5%). Most respondents were female, aged 56 years or older, had completed senior high school, worked as housewives, and had lived with hypertension for 5–10 years. **Conclusion:** These findings indicate the need to strengthen family education, monitoring, and assistance provided by community health centers to improve family independence in hypertension care.

Copyright © 2026 JKBD

Allrights reserved

Corresponding Author:

Annisa Hardiyanti Saputri

Email: annisahardiyanti021@email.com

Article history

Received date : 15 September 2026

Revised date : 24 September 2026

Accepted date : 05 Oktober 2026

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan masyarakat karena sering berlangsung tanpa gejala dan dapat menimbulkan komplikasi kardiovaskular, stroke, serta gangguan ginjal. Organisasi Kesehatan Dunia memperkirakan sekitar 1,28 miliar orang dewasa berusia 30–79 tahun hidup dengan hipertensi, dan sebagian besar tinggal di negara berpendapatan rendah dan menengah (World Health Organization, 2024). Tren global tersebut menunjukkan bahwa pengendalian hipertensi tidak cukup hanya mengandalkan pengobatan, tetapi juga memerlukan dukungan perawatan yang berkesinambungan di tingkat keluarga.

Keluarga berperan sebagai unit perawatan terdekat yang membantu anggota keluarga mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan, mengatur pola makan, mengawasi kepatuhan minum obat, memantau tekanan darah, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Dukungan keluarga berkaitan dengan kemampuan pasien mempertahankan gaya hidup sehat serta mengendalikan tekanan darah (Ayu et al., 2024; Hartono et al., 2023). Sebaliknya, keterbatasan pengetahuan, kepatuhan pengobatan, dan akses pelayanan dapat menghambat pengelolaan hipertensi (Indrawati et al., 2025; Rifai et al., 2025).

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pendampingan dan pemberdayaan keluarga dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengelola hipertensi (Pegan et al., 2025; Deswita et al., 2026). Namun, gambaran tingkat kemandirian keluarga pada konteks pelayanan primer di wilayah kerja Puskesmas Toddopuli Makassar belum terdokumentasi dalam bentuk artikel ilmiah. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan menggambarkan tingkat kemandirian keluarga dalam perawatan anggota keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Toddopuli Makassar.

Laporan WHO (2023), menekankan pentingnya penguatan layanan primer untuk

mendeteksi dan mengendalikan hipertensi. Dalam konteks ini, penilaian kemandirian keluarga dapat menjadi informasi awal bagi puskesmas untuk menentukan bentuk edukasi dan tindak lanjut. Penelitian *NCD Risk Factor Collaboration* (2021), memperlihatkan bahwa kemajuan deteksi, pengobatan, dan pengendalian hipertensi berbeda antarnegara. Data global tersebut menjelaskan urgensi pengelolaan berkelanjutan, tetapi tidak digunakan untuk memperkirakan tingkat kemandirian keluarga di wilayah penelitian.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif deskriptif dengan pendekatan potong lintang. Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Toddopuli Makassar pada 25 Mei 2026. Populasi penelitian adalah 314 keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan hipertensi. Besar sampel dihitung menggunakan rumus Slovin dengan tingkat kesalahan 10% sehingga diperoleh 76 responden. Responden dipilih menggunakan purposive sampling dengan kriteria inklusi: anggota keluarga yang memiliki diagnosis hipertensi, tinggal serumah dengan anggota keluarga tersebut, berusia ≥ 18 tahun, mampu berkomunikasi, dan bersedia mengikuti penelitian melalui *informed consent*.

Data dikumpulkan menggunakan kuesioner kemandirian keluarga yang mencakup kemampuan mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan, melakukan perawatan, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Pengumpulan data didukung observasi dan dokumentasi. Data melalui tahap pemeriksaan, pengkodean, pemasukan, pembersihan, dan tabulasi, kemudian dianalisis secara univariat menggunakan distribusi frekuensi dan persentase. Kategori kemandirian disajikan sebagai tidak mandiri, kurang mandiri, cukup mandiri, dan mandiri. Kerahasiaan identitas responden dijaga dan seluruh responden memberikan persetujuan setelah penjelasan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Sebanyak 76 responden berpartisipasi dalam penelitian. Karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan lama menderita hipertensi.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Dan Persentase Karakteristik responden

Variabel	Kategori	n	%
Umur	18–35 tahun	18	23,7
	36–45 tahun	20	26,3
	46–55 tahun	16	21,1
	≥56 tahun	22	28,9
Jenis kelamin	Laki-laki	26	34,2
	Perempuan	50	65,8
Pendidikan	SD	10	13,2
	SMP	19	25,0
	SMA	35	46,1
	S1	12	15,8
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	31	40,8
	Wiraswasta	14	18,4
	Petani	12	15,8
	PNS	7	9,2
	Pegawai swasta	5	6,6
	Tidak bekerja	7	9,2
Lama menderita	<5 tahun	22	28,9
	5–10 tahun	34	44,7
	>10 tahun	20	26,3

Sumber: Data primer, 2026.

Tabel 1. Di atas menunjukkan responden terbanyak berada pada kelompok umur ≥56 tahun (22 orang; 28,9%) dan berjenis kelamin perempuan (50 orang; 65,8%). Sebanyak 35 responden (46,1%) memiliki pendidikan terakhir SMA, 31 responden (40,8%) bekerja sebagai ibu rumah tangga, lama menderita hipertensi terbanyak adalah 5–10 tahun, yaitu 34 responden (44,7%).

Tabel 2. Tingkat Kemandirian Keluarga Dalam Perawatan Hipertensi

Kategori	n	%
Tidak mandiri	8	10,5
Kurang mandiri	16	21,1
Cukup mandiri	28	36,8
Mandiri	24	31,6
Total	76	100,0

Sumber: Data primer, 2026.

Tabel 2. Di atas menunjukkan kategori kemandirian terbanyak adalah cukup mandiri, yaitu 28 responden (36,8%), diikuti kategori mandiri sebanyak 24 responden (31,6%). Sebanyak 16 responden (21,1%) termasuk kurang mandiri dan 8 responden (10,5%) tidak mandiri. Dengan demikian, masih ada 24 dari

76 responden yang berada dalam dua kategori kemandirian terendah. Distribusi tersebut memperlihatkan perlunya dukungan yang disesuaikan dengan kondisi keluarga, terutama bagi keluarga yang masih memerlukan bantuan dalam menjalankan tugas perawatan.

Persentase cukup mandiri merupakan kategori terbesar, namun bukan bukti bahwa kebanyakan keluarga sudah melaksanakan setiap tugas perawatan secara konsisten. Sebaliknya, dengan hasil proporsi kurang mandiri dan tidak mandiri ini dapat membantu puskesmas mengidentifikasi kelompok yang memerlukan penilaian lanjutan. Namun, tanpa tabulasi silang dan skor per dimensi, peneliti tidak dapat menjelaskan tugas spesifik apa yang paling sulit dilakukan, siapa yang menghadapi kendala tersebut, atau faktor yang menyebabkannya.

Penelitian ini tidak melakukan analisis hubungan antara karakteristik responden dan kategori kemandiria. Proporsi perempuan yang lebih besar dapat menjadi pertimbangan saat menyusun jadwal dan media edukasi keluarga. Walaupun demikian, data karakteristik tidak membuktikan bahwa seluruh responden perempuan berperan sebagai pengasuh utama. Tenaga kesehatan tetap perlu melibatkan anggota keluarga lain agar tanggung jawab perawatan tidak hanya bergantung pada satu orang.

Komposisi usia dalam penelitian ini perlu dipertimbangkan ketika petugas menyampaikan materi kesehatan. *World Health Organization* (2024), menjelaskan bahwa hipertensi dapat berlangsung tanpa gejala, sehingga keluarga tidak dapat mengandalkan munculnya keluhan untuk menentukan kapan anggota keluarga harus memeriksakan tekanan darah. Pesan ini relevan bagi seluruh kelompok umur responden, termasuk kelompok berusia ≥56 tahun, tetapi penelitian ini tidak mengukur hubungan usia dengan pemahaman terhadap gejala.

Keterlibatan anggota keluarga merupakan unsur yang relevan dalam pengelolaan hipertensi di rumah. Ayu et al. (2024), membahas peran kemandirian kesehatan keluarga dalam kaitannya dengan kontrol diri individu yang mengalami hipertensi. Pabanne (2025), melalui penelitian deskriptif pada 50 responden di wilayah kerja Puskesmas Karang Rejo, melaporkan dukungan keluarga pada kategori baik sebesar

40%, cukup 36%, dan kurang 24%. Hasil tersebut memberi konteks bahwa dukungan keluarga memiliki tingkat yang beragam. Namun, dukungan keluarga dalam penelitian Pabanne dan kemandirian keluarga dalam penelitian ini merupakan konsep yang berbeda sehingga angka keduanya tidak dapat dibandingkan secara langsung.

Penelitian Ayu et al. (2024), pada 106 responden di Kabupaten Cianjur menemukan hubungan antara kemandirian kesehatan keluarga dan kontrol diri individu dengan hipertensi. Hasil tersebut memberi dukungan empiris pada pentingnya melibatkan keluarga, tetapi desain korelasional tidak membuktikan bahwa komposisi jenis kelamin atau usia menyebabkan perbedaan kemandirian. Dalam praktik keperawatan keluarga, pembagian peran dapat disepakati bersama, misalnya siapa yang membantu mengingatkan jadwal kontrol, mencatat tekanan darah, dan mendampingi pasien saat berkonsultasi.

Tingkat pendidikan formal juga tidak sama dengan kemampuan memahami informasi kesehatan. Tinjauan sistematis Berkman et al. (2011), menemukan bahwa literasi kesehatan yang terbatas berkaitan dengan kesulitan menggunakan informasi medis dan menjalankan pengobatan secara tepat. Oleh karena itu, edukasi bagi responden berpendidikan SD, SMP, SMA, maupun perguruan tinggi sebaiknya menyesuaikan pemahaman aktual, menggunakan bahasa sederhana, dan memeriksa kembali pemahaman melalui demonstrasi atau penjelasan ulang. Penelitian Toddopuli belum mengukur literasi kesehatan, sehingga saran ini merupakan pertimbangan praktik dan bukan hasil analisis variabel Pendidikan.

Sutini et al. (2022), meneliti pengetahuan keluarga mengenai perawatan mandiri hipertensi pada 145 keluarga di Desa Serangan, Denpasar Selatan. Penelitian tersebut melaporkan bahwa 66,2% keluarga memiliki pengetahuan yang memadai, sedangkan 33,8% masih memiliki pengetahuan kurang. Hasil itu mengingatkan bahwa pengalaman menghadapi hipertensi perlu dilengkapi dengan informasi tentang pola makan, aktivitas fisik, pengelolaan stres, kebiasaan merokok, dan kepatuhan pengobatan. Pengetahuan yang baik merupakan bekal untuk merawat pasien, tetapi tidak otomatis membuktikan bahwa suatu

keluarga telah mampu menjalankan seluruh tugas kesehatan secara mandiri.

Perbedaan pekerjaan dapat memengaruhi waktu yang tersedia untuk mendampingi pasien, sedangkan kebutuhan perawatan dapat berlangsung sepanjang hari. Karena itu, perawat sebaiknya melibatkan anggota keluarga yang benar-benar melakukan pendampingan, terlepas dari status pekerjaannya. Studi Rifai et al. (2025) pada 95 pasien hipertensi di Lubuk Pakam melaporkan hubungan antara dukungan keluarga, pengetahuan, dan paparan edukasi dengan kepatuhan minum obat. Penelitian tersebut menilai kepatuhan pasien, bukan kemandirian keluarga, sehingga hasilnya digunakan sebagai penjabar kebutuhan dukungan dan tidak dibandingkan langsung dengan distribusi kemandirian.

Indrawati et al. (2025), juga menemukan hubungan antara dukungan keluarga, dukungan tenaga kesehatan, serta sejumlah faktor kontekstual dengan ketidakpatuhan pengobatan dalam penelitian di Cirebon. Akan tetapi, pada penelitian tersebut pendidikan dan akses layanan tidak memiliki hubungan bermakna dalam analisis yang dilaporkan. Perbedaan ini menunjukkan perlunya menilai kondisi tiap keluarga alih-alih menganggap tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, atau lama menderita hipertensi pasti menentukan kemampuan merawat anggota keluarga.

Kemandirian keluarga dalam penelitian ini mencakup lima tugas kesehatan, yaitu mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan, melakukan perawatan, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Kelima tugas tersebut saling melengkapi. Sebagai contoh, keluarga perlu memahami kondisi hipertensi sebelum dapat mendukung keputusan pemeriksaan atau pengobatan, lalu menerapkan anjuran tersebut melalui kebiasaan harian di rumah. Akan tetapi, penelitian ini menyajikan skor kemandirian secara keseluruhan dan tidak melaporkan distribusi setiap tugas kesehatan. Karena itu, belum dapat ditentukan tugas mana yang paling sering berhasil atau masih menjadi kendala pada masing-masing kategori.

Tinjauan epidemiologi *NCD Risk Factor Collaboration* (2021), menunjukkan bahwa deteksi, pengobatan, dan kontrol hipertensi masih menghadapi kesenjangan pada berbagai populasi dunia. Temuan tersebut menguatkan

pentingnya kesinambungan pelayanan dan dukungan keluarga sebagai konteks kesehatan masyarakat. Namun, angka global tentang pengobatan dan pengendalian tekanan darah bukan ukuran yang setara dengan tingkat kemandirian keluarga, sehingga tidak dapat digunakan sebagai pembanding numerik dengan hasil penelitian di Toddopuli.

Tugas pertama, yaitu mengenali masalah kesehatan, mencakup kemampuan memahami bahwa hipertensi sering tidak menunjukkan keluhan, mengetahui perlunya pengukuran tekanan darah, dan mengenali kondisi yang perlu dikonsultasikan kepada tenaga kesehatan. Laporan *World Health Organization* (2023), dan pedoman Unger et al. (2020), menempatkan deteksi, pengukuran yang benar, edukasi, serta tindak lanjut sebagai bagian dari pengelolaan hipertensi. Berdasarkan landasan tersebut, perawat dapat menilai apakah keluarga mengetahui alasan pemeriksaan berkala. Penelitian ini tidak menyajikan skor tugas pertama secara terpisah, sehingga uraian tersebut merupakan kerangka interpretasi, bukan gambaran kemampuan aktual seluruh responden.

Tugas kedua berkaitan dengan keputusan mencari pertolongan dan mengikuti rencana perawatan. Pedoman *European Society of Hypertension* yang disusun Mancia et al. (2023) serta pedoman *European Society of Cardiology* oleh McEvoy et al. (2024) menekankan perlunya pendekatan pengelolaan tekanan darah yang mempertimbangkan kondisi pasien dan evaluasi berkala. Keluarga dapat mendukung komunikasi pasien dengan petugas kesehatan, membantu menyiapkan catatan pemeriksaan, dan mendorong keputusan bersama tentang tindak lanjut. Keluarga tidak menggantikan wewenang tenaga kesehatan dalam menentukan diagnosis, obat, maupun target tekanan darah individu.

Tugas ketiga mencakup praktik perawatan sehari-hari, terutama dukungan terhadap pengobatan yang diresepkan. Burnier dan Egan (2019) menjelaskan bahwa ketidakpatuhan dapat terjadi ketika pasien tidak memulai terapi, tidak mengonsumsi obat sesuai jadwal, atau menghentikannya dalam jangka panjang. Meta-analisis Lee et al. (2022), menemukan bahwa ketidakpatuhan pengobatan antihipertensi merupakan masalah di berbagai negara dengan variasi menurut metode pengukuran dan wilayah. Dua temuan

tersebut memberi alasan untuk memasukkan pengingat obat, pemeriksaan ketersediaan obat, dan konseling saat kontrol ke dalam pendampingan keluarga; studi Toddopuli sendiri tidak mengukur kepatuhan obat sebagai variabel tersendiri.

Pada aspek pengaturan makan, uji klinis Sacks et al. (2001) menunjukkan bahwa pengurangan natrium dan pola makan DASH menurunkan tekanan darah, dengan manfaat lebih besar ketika keduanya diterapkan bersama. Meta-analisis Cornelissen dan Smart (2013) juga menunjukkan bahwa latihan fisik terstruktur berkaitan dengan penurunan tekanan darah pada kelompok penelitian yang mereka analisis. Bukti tersebut mendukung pemberian edukasi tentang pilihan makanan rendah garam dan aktivitas fisik sesuai kondisi pasien, bukan pemberian menu atau intensitas olahraga yang sama bagi seluruh keluarga. Perawat perlu menyesuaikan praktik dengan kondisi medis dan anjuran tenaga kesehatan yang merawat.

Tugas keempat adalah memodifikasi lingkungan rumah agar pasien lebih mudah menjalankan perawatan. Keluarga dapat menyepakati penempatan catatan tekanan darah, pengingat obat, pilihan bahan makanan, dan pembagian tugas pendampingan. Temuan Sutini et al. (2022) tentang variasi pengetahuan keluarga pada beberapa komponen perawatan mandiri menjadi alasan untuk menilai kebutuhan setiap keluarga sebelum memberi materi. Lingkungan yang mendukung dapat mempermudah penerapan informasi, tetapi penelitian Toddopuli belum menguji hubungan perubahan lingkungan dengan perubahan tekanan darah atau kategori kemandirian.

Tugas kelima berkaitan dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Pedoman *World Health Organization* (2021) membahas inisiasi pengobatan, pemantauan lanjutan, dan kesinambungan perawatan pada orang dewasa dengan hipertensi. Dalam uji acak berbasis komunitas di Bangladesh, Pakistan, dan Sri Lanka, Jafar et al. (2020) melaporkan penurunan tekanan darah yang lebih besar pada kelompok yang menerima kunjungan rumah oleh petugas komunitas terlatih, konseling, dan koordinasi pelayanan dibandingkan dengan pelayanan biasa. Intervensi tersebut terdiri atas beberapa komponen, sehingga hasilnya tidak membuktikan bahwa kunjungan rumah saja

akan memberikan efek yang sama di Toddopuli. Meski demikian, studi tersebut mendukung pertimbangan koordinasi antara keluarga, kader, dan puskesmas.

Hasil ini dapat dibaca bersama penelitian Pegan et al. (2025), yang melaksanakan pendampingan selama empat minggu pada empat keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami hipertensi di Kelurahan Galur, DKI Jakarta. Penelitian tersebut melaporkan peningkatan tingkat kemandirian pada keluarga binaan, tetapi hasil uji statistiknya tidak mencapai signifikansi ($p = 0,080$). Oleh karena itu, penelitian tersebut memberikan gambaran potensi pendampingan dan belum cukup untuk menyimpulkan adanya pengaruh yang pasti. Berbeda dari penelitian Pegan, penelitian di Puskesmas Toddopuli menggunakan desain deskriptif potong lintang tanpa intervensi atau pengukuran sebelum dan sesudah.

Hartono et al. (2023), meneliti pendidikan kesehatan menggunakan media audio visual pada keluarga yang merawat lansia dengan hipertensi di Kota Tasikmalaya. Dalam studi tersebut, perbandingan kelompok intervensi dan kontrol menunjukkan perbedaan tingkat kemandirian setelah edukasi. Sementara itu, Deswita et al. (2026), melaporkan kegiatan pemberdayaan dan edukasi terhadap 42 keluarga dalam pengendalian hipertensi di Kabupaten Indragiri Hulu. Kedua sumber tersebut menawarkan contoh bentuk edukasi keluarga, tetapi konteks, rancangan, dan luaran keduanya berbeda dari penelitian deskriptif di Toddopuli. Efektivitas program serupa di lokasi penelitian ini masih perlu diuji.

Penelitian Aliyah (2025), pada 102 responden di salah satu puskesmas di Kota Palembang melaporkan hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dan kepatuhan minum obat antihipertensi ($p < 0,05$). Temuan tersebut mendukung perhatian pada aspek kepatuhan pengobatan ketika keluarga melakukan perawatan hipertensi. Namun, kepatuhan minum obat merupakan salah satu perilaku pengelolaan penyakit, bukan ukuran yang sama dengan seluruh aspek kemandirian keluarga. Penelitian ini juga tidak mengukur hubungan antara dukungan keluarga dan kepatuhan obat sehingga hubungan serupa tidak dapat diasumsikan terjadi pada responden di Puskesmas Toddopuli.

Pemantauan tekanan darah di rumah merupakan bentuk keterampilan yang dapat dilatihkan kepada pasien dan keluarga. Pernyataan kebijakan Shimbo et al. (2020), menjelaskan peran pengukuran mandiri menggunakan perangkat yang sesuai dan komunikasi hasil kepada tenaga kesehatan. Meta-analisis data individual Tucker et al. (2017), menemukan bahwa pemantauan mandiri dapat membantu menurunkan tekanan darah, terutama jika petugas memberikan dukungan tambahan. Bukti ini menjadi dasar penyusunan latihan pencatatan hasil pengukuran dalam edukasi, namun penelitian Toddopuli tidak mendata kepemilikan alat, ketepatan teknik, ataupun perubahan tekanan darah setelah latihan.

Penguatan kepatuhan juga perlu mempertimbangkan kesenjangan antara mengetahui anjuran dan menjalankannya. Aliyah (2025), serta Indrawati et al. (2025), menempatkan dukungan keluarga sebagai faktor yang berkaitan dengan perilaku minum obat pada populasi penelitian masing-masing. Kajian Burnier dan Egan (2019), menambahkan bahwa kepatuhan merupakan proses jangka panjang, sehingga edukasi satu kali tidak menjamin pasien selalu mengikuti pengobatan. Oleh sebab itu, pemantauan berkala sebaiknya memeriksa kendala yang nyata dialami pasien, seperti lupa, pemahaman resep, efek yang dirasakan, atau kesulitan mengakses obat, kemudian menindaklanjutinya bersama petugas kesehatan.

Dalam konteks pelayanan primer, keluarga yang berada pada kategori cukup mandiri dapat memperoleh penguatan praktik, misalnya latihan pencatatan hasil pengukuran tekanan darah, penyusunan pengingat minum obat sesuai resep, serta perencanaan kunjungan kontrol. Bagi keluarga yang kurang mandiri dan tidak mandiri, perawat dapat memulai dengan menilai pemahaman tentang hipertensi, mendemonstrasikan perawatan sederhana yang sesuai anjuran tenaga kesehatan, dan mengidentifikasi hambatan akses pelayanan. Rekomendasi tersebut merupakan implikasi praktis dari distribusi kemandirian, bukan hasil pengujian efektivitas intervensi dalam penelitian ini.

Implikasi bagi Puskesmas Toddopuli adalah menyusun edukasi yang berulang, praktis, dan melibatkan anggota keluarga yang

mendampingi pasien. Materi dapat mencakup pengenalan hipertensi dan tanda bahaya, kepatuhan pada pengobatan yang diresepkan, pengaturan konsumsi garam, pemantauan tekanan darah, dukungan aktivitas fisik sesuai kondisi pasien, serta jadwal kontrol. Pendekatan pemberdayaan keluarga yang digunakan Deswita et al. (2026) dapat menjadi salah satu bahan pertimbangan dalam menyusun kegiatan edukasi di masyarakat. Pelaksanaannya tetap perlu menyesuaikan kebutuhan dan sumber daya keluarga setempat.

Edukasi dapat menggunakan bahasa sederhana, latihan langsung, video singkat, dan penjelasan ulang oleh anggota keluarga. Pilihan tersebut selaras dengan temuan Hartono et al. (2023) mengenai pendidikan berbasis media audio visual dan telaah Berkman et al. (2011) mengenai pentingnya penyampaian informasi yang dapat dipahami. Untuk memastikan materi dapat digunakan di rumah, petugas dapat meminta pendamping menunjukkan cara mencatat tekanan darah, menyebutkan jadwal kontrol, dan menjelaskan langkah yang akan dilakukan ketika pasien menghadapi kendala pengobatan. Kegiatan tersebut merupakan usulan penerapan dan belum pernah diuji dalam penelitian ini.

Bagi keluarga pada kategori kurang mandiri dan tidak mandiri, perawat dapat menyusun rencana tindak lanjut secara bertahap berdasarkan lima tugas kesehatan. Bagi keluarga yang sudah mandiri, pemantauan tetap dibutuhkan agar rutinitas perawatan bertahan. Pedoman Unger et al. (2020), Mancina et al. (2023), dan McEvoy et al. (2024) dapat menjadi rujukan klinis untuk menyelaraskan pesan kesehatan, sedangkan pedoman World Health Organization (2021) membantu penataan tindak lanjut terapi sesuai kewenangan tenaga kesehatan dan kebijakan setempat. Kategori kemandirian tidak boleh dijadikan dasar untuk mengubah dosis obat atau menghentikan pengobatan.

Penilaian ulang secara berkala dapat membantu petugas mengetahui apakah keluarga sudah mampu menerapkan materi edukasi. Petugas dapat menggunakan lima tugas kesehatan keluarga sebagai pedoman pendampingan dan mengutamakan bantuan pada tugas yang masih sulit dilakukan. Kunjungan rumah atau tindak lanjut saat kontrol dapat menjadi pilihan bagi keluarga dengan hambatan mobilitas, pengetahuan, atau

akses. Penelitian lanjutan perlu menguji faktor yang berhubungan dengan kemandirian dan mengevaluasi hasil program pendampingan sebelum menyimpulkan efektivitas suatu pendekatan.

Penelitian ini menggunakan purposive sampling pada 76 responden di satu wilayah kerja puskesmas, sehingga hasilnya menggambarkan responden yang diteliti dan tidak otomatis mewakili seluruh keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami hipertensi. Analisis univariat tidak dapat menjelaskan hubungan sebab akibat maupun faktor penentu kemandirian. Selain itu, laporan hasil tidak memisahkan skor kelima tugas kesehatan keluarga dan tidak menyajikan pengukuran perubahan perilaku atau tekanan darah setelah pendampingan. Keterbatasan tersebut perlu diperhatikan ketika menafsirkan hasil dan merancang penelitian berikutnya.

KESIMPULAN

Sebagian besar keluarga yang merawat anggota keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Toddopuli Makassar berada pada kategori cukup mandiri (36,8%), diikuti kategori mandiri (31,6%). Responden didominasi perempuan, berusia ≥ 56 tahun, berpendidikan SMA, bekerja sebagai ibu rumah tangga, dan telah menderita hipertensi selama 5–10 tahun. Puskesmas perlu memperkuat edukasi, pendampingan, pemantauan tekanan darah, dan pemberdayaan *caregiver* agar keluarga mampu melakukan perawatan hipertensi secara konsisten serta mencegah komplikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aliyah, N. (2025). Dukungan keluarga dalam kepatuhan minum obat anti hipertensi. *GALENICAL: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh*, 4(6), 1–12. <https://doi.org/10.29103/jkkmm.v4i6.24133>.
- Ayu, S. A., Achmad, V. S., Wijayaningsih, K. S., & Nurajizah, R. S. (2024). Peran kemandirian kesehatan keluarga terhadap kontrol diri pada individu penderita hipertensi. *MAHESA: Malahayati Health Student Journal*, 4(3), 907–927.

- <https://doi.org/10.33024/mahesa.v4i3.13921>.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., et al. (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. *Evidence Report/ Technology Assessment*, (199), 1–941. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23126607/>.
- Burnier, M., & Egan, B. M. (2019). Adherence in hypertension. *Circulation Research*, 124(7), 1124–1140. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220>.
- Cornelissen, V. A., & Smart, N. A. (2013). Exercise training for blood pressure: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, 2(1), e004473. <https://doi.org/10.1161/JAHA.112.004473>.
- Deswita, D., Yulianto, Y., Aulia, N., & Lestari, K. (2026). Peningkatan kemandirian keluarga dalam pengendalian hipertensi di Desa Tanah Datar Kabupaten Indragiri Hulu Riau. *Community Development Journal: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 7(2), 528–531. <https://doi.org/10.31004/cdj.v7i2.54144>.
- Hartono, D., Cahyati, P., Arifin, U., & Warijan, W. (2023). Pengaruh pendidikan kesehatan dengan media audio visual terhadap peningkatan kemandirian keluarga dalam merawat lansia hipertensi di Kota Tasikmalaya. *Health Information: Jurnal Penelitian*, 15 (2), Artikel 1144. <https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/hijp/article/view/1144>.
- Indrawati, I., Badriah, D. L., Heriana, C., & Tseng, S. (2025). Determinan ketidakpatuhan minum obat antihipertensi pada penderita hipertensi. *Journal of Public Health Innovation*, 5(2), 278–287. <https://doi.org/10.34305/jphi.v5i2.1580>.
- Jafar, T. H., Gandhi, M., de Silva, H. A., Jehan, I., Naheed, A., et al. (2020). A community-based intervention for managing hypertension in rural South Asia. *The New England Journal of Medicine*, 382(8), 717–726. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1911965>.
- Lee, E. K. P., Poon, P., Yip, B. H. K., Bo, Y., Zhu, M.-T., et al. (2022). Global burden, regional differences, trends, and health consequences of medication nonadherence for hypertension during 2010 to 2020: A meta-analysis involving 27 million patients. *Journal of the American Heart Association*, 11(17), e026582. <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.026582>.
- Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., et al. (2023). 2023 ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 41(12), 1874–2071. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480>.
- McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., et al. (2024). 2024 ESC guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal*, 45(38), 3912–4018. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>.
- NCD Risk Factor Collaboration. (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: A pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet*, 398(10304), 957–980. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1).
- Pabanne, F. U. (2025). Gambaran dukungan keluarga terhadap pengendalian hipertensi. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 7(5), 175–180. <https://doi.org/10.37287/jppp.v7i5.487>.
- Pegan, M. M. B. K., Nelviany, M. C., & Kusumaningsih, C. I. (2025). Pengaruh pendampingan terhadap tingkat kemandirian pada tahap perkembangan keluarga dewasa dengan hipertensi Kelurahan Galur, DKI Jakarta. *Journal of Public Health Science*, 2(1), 50–58. <https://doi.org/10.70248/jophs.v2i1.2043>.
- Rifai, A., Kasim, F., Widyaningsih, F., Rambey, H., Bangun, S. M. B., & Indriani, R. (2025). Prevalensi dan determinan kepatuhan konsumsi obat pada penderita hipertensi: Studi cross-sectional. *Haga Journal of Public*

- Health*, 2(3), 94–101.
<https://doi.org/10.62290/hjph.v2i3.56>.
- Sacks, F. M., Svetkey, L. P., Vollmer, W. M., Appel, L. J., Bray, G. A., et al. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *The New England Journal of Medicine*, 344(1), 3–10.
<https://doi.org/10.1056/NEJM20010104.3440101>.
- Shimbo, D., Artinian, N. T., Basile, J. N., Krakoff, L. R., Margolis, K. L., Rakotz, M. K., & Wozniak, G. (2020). Self-measured blood pressure monitoring at home: A joint policy statement from the American Heart Association and American Medical Association. *Circulation*, 142(4), e42–e63.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000803>.
- Sutini, N. K., Maharini, K. A. A., Antari, N. W. S., & Suyasa, I. G. P. D. (2022). Gambaran pengetahuan keluarga dengan hipertensi tentang perawatan mandiri hipertensi pada masa pandemi COVID-19. *Jurnal Medika Usada*, 5(2), 55–63.
<https://doi.org/10.54107/medikausada.v5i2.138>.
- Tucker, K. L., Sheppard, J. P., Stevens, R., Bosworth, H. B., Bove, A., et al. (2017). Self-monitoring of blood pressure in hypertension: A systematic review and individual patient data meta-analysis. *PLOS Medicine*, 14(9), e1002389.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002389>.
- Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., et al. (2020). 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334–1357.
<https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>.
- World Health Organization. (2021). Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240033986>.
- World Health Organization. (2023). Global report on hypertension: The race against a silent killer. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>.
- World Health Organization. (2024). Hypertension.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>