MEJORA : Medical Journal Awatara
Vol. 4, No. 2, April 2026, pp. 293- 298
ISSN: 30259584, DOI: 10.61434/mejora.v4i2.346

Manajemen Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Masalah Hipertensi: Fokus pada Pemeliharaan Kesehatan dan Penguatan Koping Keluarga

Nurma Zela Gustina[1] Naila Alya Muhbita[2]
[1,2]Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Pangkal Pinang, zela@poltekkespangkalpinang.ac.id

ARTICLE INFO

History of the article:
Received 07 May 2026
Revised 17 May 2026
Accepted 20 May 2026

Keywords:
Hypertension,
Family Nursing Care,
Health Maintenance,
Family Coping.

ABSTRACT

Background: Hypertension is a global health challenge requiring sustainable self-management at the family level. Non-adherence to medical therapy and maladaptive coping patterns are often major barriers to blood pressure control, risking chronic cardiovascular complications. Objective: This study aims to describe the family nursing care for Mr. R (49 years old) with a focus on strengthening health maintenance and optimizing family coping strategies. Methods: This study used a case report design with a family nursing process approach during three home visits. Data were collected through interviews, environmental observations, and physical examinations, and analyzed using the problem priority scoring method. Results: The primary nursing diagnoses were ineffective health maintenance and compromised family coping. Interventions included health education on the DASH diet, smoke-free home environment modification, and coping counseling to improve communication openness. Evaluation results showed an increase in family independence in performing five family health tasks, marked by a commitment to utilize national health insurance (BPJS) for routine check-ups and improvements in affective coping patterns. Conclusion: A participatory family nursing approach is effective in changing health behaviors and strengthening the family's internal support system in hypertension management.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Kata Kunci :
Hipertensi,
Asuhan Keperawatan Keluarga,
Pemeliharaan Kesehatan,
Koping Keluarga.

Corresponding Author:
Nurma Zela Gustina
Poltekes Kemenkes Pangkal Pinang
Pangkal Pinang
zela@poltekkespangkalpinang.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Hipertensi merupakan tantangan kesehatan global yang memerlukan manajemen mandiri secara berkelanjutan di tingkat keluarga. Ketidakpatuhan terhadap terapi medis dan pola koping yang maladaptif sering kali menjadi hambatan utama dalam pengendalian tekanan darah, yang berisiko memicu komplikasi kardiovaskular kronis. Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk memaparkan asuhan keperawatan keluarga pada Tn. R (49 tahun) dengan fokus pada penguatan pemeliharaan kesehatan dan optimalisasi strategi koping keluarga. Metode: Studi ini menggunakan desain laporan kasus dengan pendekatan proses keperawatan keluarga selama tiga kali kunjungan rumah. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi lingkungan, dan pemeriksaan fisik, serta dianalisis menggunakan metode skoring prioritas masalah. Hasil: Diagnosa keperawatan utama yang ditemukan adalah pemeliharaan kesehatan tidak efektif dan penurunan koping keluarga. Intervensi yang diberikan meliputi edukasi kesehatan mengenai diet rendah natrium, modifikasi lingkungan bebas asap rokok, serta konseling koping untuk meningkatkan keterbukaan komunikasi. Hasil evaluasi menunjukkan peningkatan kemandirian keluarga dalam menjalankan lima tugas kesehatan keluarga, ditandai dengan komitmen pemanfaatan jaminan kesehatan (BPJS) untuk kontrol rutin dan perbaikan pola koping afektif. Kesimpulan: Pendekatan asuhan keperawatan keluarga yang partisipatif efektif dalam mengubah perilaku kesehatan dan memperkuat sistem pendukung internal keluarga dalam manajemen hipertensi.

PENDAHULUAN

Hipertensi tetap menjadi tantangan kesehatan masyarakat global yang paling signifikan pada abad ke-21, yang berkontribusi terhadap beban penyakit kardiovaskular secara masif. Berdasarkan data terbaru dari *World Health Organization (WHO)*, diperkirakan 1,28 miliar orang dewasa berusia 30–79 tahun di seluruh dunia menderita hipertensi, di mana sebagian besar tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah [1]. Di Indonesia, prevalensi hipertensi mencapai angka yang mengkhawatirkan, yaitu sebesar 34,1%, namun hanya sebagian kecil yang terdiagnosis dan mendapatkan pengobatan secara rutin [2]. Kondisi ini sering dijuluki sebagai "*the silent killer*" karena sifatnya yang *asimtomatik* namun dapat memicu komplikasi fatal seperti *stroke, gagal ginjal, dan infark miokard* [3], [4].

Manajemen hipertensi dalam jangka panjang sangat bergantung pada kepatuhan pasien terhadap terapi farmakologis dan modifikasi gaya hidup. Namun, literatur medis menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan pasien di negara berkembang masih rendah karena berbagai hambatan, mulai dari rendahnya literasi kesehatan hingga faktor ekonomi [5], [6]. Banyak pasien yang menghentikan penggunaan obat antihipertensi medis setelah merasa gejala berkurang, atau karena adanya persepsi yang salah bahwa konsumsi obat kimia dalam jangka panjang dapat merusak organ tubuh lain [7], [8]. Hal ini menyebabkan fluktuasi tekanan darah yang tidak terkendali, yang secara klinis lebih berbahaya dibandingkan dengan hipertensi yang stabil namun tertangani [9].

Keluarga memiliki peran krusial sebagai sistem pendukung utama dalam manajemen penyakit kronis di komunitas. Keberhasilan pengontrolan tekanan darah tidak hanya bergantung pada interaksi antara dokter dan pasien, tetapi juga pada bagaimana fungsi keluarga dalam menjalankan lima tugas kesehatan, mulai dari mengenal masalah hingga memanfaatkan fasilitas pelayanan Kesehatan [10], [11]. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa dukungan sosial dari keluarga secara signifikan meningkatkan efikasi diri pasien dalam mematuhi diet rendah garam dan aktivitas fisik [12], [13]. Sebaliknya, disfungsi keluarga dan pola komunikasi yang buruk dapat menjadi stressor psikologis yang justru meningkatkan aktivitas sistem saraf simpatis dan memperburuk kondisi hipertensi [14], [15].

Dalam kasus Tn. R, ditemukan tantangan kompleks berupa penghentian obat medis selama lima tahun karena preferensi terhadap pengobatan herbal yang tidak terstandarisasi. Fenomena beralihnya pasien ke terapi komplementer tanpa pengawasan medis merupakan isu global yang memerlukan perhatian serius dari tenaga kesehatan [16], [17]. Selain itu, adanya pola koping keluarga yang cenderung tertutup dalam menyampaikan keluhan kesehatan menciptakan hambatan dalam intervensi dini [18], [19]. Strategi koping yang maladaptif ini sering kali berakar pada keinginan untuk melindungi anggota keluarga lain dari kecemasan, namun pada akhirnya justru menghambat akses pasien terhadap perawatan yang dibutuhkan [20].

Kesenjangan antara kebutuhan medis dan perilaku perawatan mandiri pada keluarga Tn. R menunjukkan perlunya pendekatan asuhan keperawatan keluarga yang komprehensif. Perawat komunitas memiliki tanggung jawab untuk menjembatani hambatan aksesibilitas kesehatan melalui penguatan kemandirian keluarga dan optimalisasi jaminan kesehatan nasional [21], [22]. Berdasarkan fenomena tersebut, artikel ini disusun dengan tujuan untuk memaparkan asuhan keperawatan keluarga secara sistematis dalam mengatasi masalah pemeliharaan kesehatan yang tidak efektif dan memperkuat strategi koping pada pasien dengan hipertensi.

Secara patofisiologis, hipertensi pada usia dewasa seperti yang dialami Tn. R melibatkan mekanisme kompleks dari disfungsi endotel dan peningkatan resistensi vaskular sistemik. Tekanan darah yang terus-menerus tinggi menyebabkan penebalan dinding arteri dan penurunan elastisitas pembuluh darah, yang jika tidak dikendalikan, akan memicu *hipertrofi ventrikel* kiri dan gagal jantung [23]. Kerusakan mikrovaskular ini sering kali tidak memberikan gejala fisik yang nyata pada tahap awal, sehingga banyak penderita merasa dirinya sehat meskipun organ vitalnya sedang mengalami kerusakan progresif. Fenomena inilah yang mendasari pentingnya pemantauan tekanan darah secara berkala sebagai bentuk deteksi dini komplikasi organ target [24].

Selain aspek klinis, dampak psikososial dari penyakit kronis ini tidak dapat diabaikan, karena hipertensi sering kali berkaitan erat dengan tingkat stres dan kualitas hidup pasien. Beban ekonomi akibat biaya pengobatan jangka panjang dan keterbatasan fisik yang mungkin muncul dapat memicu kecemasan kronis, yang pada gilirannya akan mengaktivasi sistem saraf simpatis dan aksis *hipotalamus-pituitari-adrenal* (HPA) [25]. Aktivasi hormonal ini menyebabkan pelepasan *katekolamin* yang semakin meningkatkan tekanan darah, menciptakan lingkaran setan antara kondisi psikis dan fisik. Oleh karena itu, penanganan hipertensi di tingkat komunitas tidak hanya menuntut stabilitas hemodinamik, tetapi juga resiliensi psikologis dari pasien dan keluarganya [26].

Peran perawat keluarga dalam konteks ini menjadi jembatan antara kebijakan kesehatan nasional dan implementasi perawatan di rumah. Sebagai edukator dan advokat, perawat bertanggung jawab untuk mengubah perilaku kesehatan masyarakat yang masih sangat dipengaruhi oleh mitos atau informasi yang tidak valid mengenai pengobatan alternatif [27]. Di wilayah pedesaan atau semi-perkotaan, pengaruh budaya lokal terhadap penggunaan herbal sering kali lebih kuat dibandingkan anjuran medis. Tantangan bagi profesi keperawatan adalah melakukan negosiasi budaya yang tepat agar pengobatan medis tetap diprioritaskan tanpa sepenuhnya mengabaikan nilai-nilai yang diyakini oleh keluarga [28].

Intervensi berbasis keluarga terbukti lebih efektif dibandingkan intervensi individual karena keluarga berfungsi

sebagai pengontrol sosial bagi perilaku anggotanya. Dalam konteks diet, misalnya, perubahan pola makan rendah garam tidak akan berhasil jika anggota keluarga lainnya tetap menyediakan makanan tinggi natrium bagi penderita [29]. Keberhasilan asuhan keperawatan keluarga sangat bergantung pada kemampuan perawat dalam memobilisasi sumber daya internal keluarga, seperti penguatan peran pengawas minum obat (PMO) dan pengatur gaya hidup sehat. Dengan keterlibatan aktif seluruh anggota keluarga, risiko kekambuhan dan tingkat hospitalisasi pasien hipertensi dapat ditekan secara signifikan [30].

Urgensi asuhan keperawatan keluarga pada kasus Tn. R semakin diperkuat dengan adanya risiko lingkungan yang dapat dimodifikasi di sekitar tempat tinggal. Faktor lingkungan seperti paparan asap rokok dan polusi udara di rumah bukan hanya masalah kebersihan, melainkan faktor risiko lingkungan primer yang dapat mencetuskan serangan jantung atau stroke pada penderita hipertensi [31]. Melalui laporan kasus ini, penulis berupaya menyoroti bahwa manajemen hipertensi yang holistik harus mengintegrasikan aspek biologis, psikososial, lingkungan, dan aksesibilitas layanan kesehatan. Kondisi ini menegaskan bahwa pengelolaan hipertensi tidak cukup hanya berfokus pada pasien secara individual, tetapi harus melibatkan keluarga sebagai sistem pendukung utama dalam pengambilan keputusan, pemantauan kesehatan, kepatuhan pengobatan, dan modifikasi gaya hidup.. Berdasarkan seluruh uraian di atas, artikel ini disusun dengan tujuan untuk memaparkan asuhan keperawatan keluarga secara sistematis dalam mengatasi masalah pemeliharaan kesehatan yang tidak efektif dan memperkuat strategi koping pada pasien dengan hipertensi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus deskriptif dengan pendekatan asuhan keperawatan keluarga yang berfokus pada eksplorasi mendalam terhadap manajemen penyakit kronis di tingkat unit terkecil masyarakat. Fokus studi diarahkan pada keluarga Tn. R yang tinggal di wilayah Kacang Pedang, Pangkalpinang, yang dipilih karena kompleksitas masalah kesehatan berupa hipertensi yang tidak terkontrol selama lima tahun. Proses asuhan dilaksanakan secara sistematis mengikuti alur proses keperawatan keluarga yang meliputi pengkajian komprehensif, penetapan diagnosis berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), penyusunan intervensi partisipatif, implementasi lapangan, hingga evaluasi sumatif. Seluruh instrumen pengkajian mengadopsi model Friedman yang mencakup enam dimensi utama, yaitu data umum, tahap perkembangan, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, dan strategi koping keluarga terhadap stresor.

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui triangulasi metode yang meliputi wawancara mendalam (in-depth interview), observasi partisipatif terhadap sanitasi lingkungan rumah, serta pemeriksaan fisik secara head-to-toe pada seluruh anggota keluarga untuk memvalidasi data subjektif. Pengukuran tekanan darah dilakukan secara serial menggunakan sfigmomanometer digital yang telah terkalibrasi untuk memastikan akurasi data klinis. Setelah data dasar terkumpul, peneliti melakukan analisis prioritas masalah menggunakan metode skoring Maglaya yang menilai empat kriteria krusial: sifat masalah (aktual/risiko), kemungkinan masalah untuk diubah berdasarkan sumber daya keluarga, potensi pencegahan melalui intervensi keperawatan, dan persepsi keluarga terhadap urgensi masalah tersebut. Pendekatan ini memastikan bahwa rencana asuhan yang disusun selaras dengan kesiapan dan kemampuan keluarga dalam mengadopsi perubahan perilaku kesehatan.

Implementasi keperawatan dilaksanakan melalui strategi kunjungan rumah (home visit) sebanyak tiga sesi selama periode 3-7 November 2025, dengan durasi interaksi berkisar antara 45 hingga 60 menit per pertemuan. Intervensi dirancang dengan mengombinasikan metode edukasi kognitif menggunakan media visual berupa leaflet terstruktur mengenai diet DASH dan manajemen natrium, serta teknik konseling psikososial untuk memperbaiki pola koping. Perawat berperan sebagai fasilitator yang mendorong komunikasi asertif antar anggota keluarga guna memecahkan hambatan psikologis dalam penyampaian keluhan kesehatan. Keberhasilan asuhan dievaluasi pada setiap akhir sesi menggunakan pendekatan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Penatalaksanaan) dengan merujuk pada indikator keberhasilan dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), guna mengukur kemandirian keluarga dalam mengelola hipertensi secara berkelanjutan.

Studi kasus ini telah dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip etik penelitian kesehatan, meliputi penghormatan terhadap otonomi pasien, kerahasiaan data, serta perlindungan terhadap hak pasien dan keluarga. Sebelum pengumpulan data dilakukan, pasien dan keluarga diberikan penjelasan mengenai tujuan, prosedur, manfaat, serta penggunaan data dalam laporan kasus ini. Persetujuan partisipasi diperoleh secara sukarela melalui informed consent.

Identitas pasien dan keluarga dijaga kerahasiaannya dengan menggunakan inisial dan tidak mencantumkan informasi pribadi yang dapat mengungkap identitas subjek. Seluruh data yang diperoleh dari wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan proses asuhan keperawatan hanya digunakan untuk kepentingan ilmiah dan penyusunan artikel. Pasien dan keluarga diberikan hak untuk menolak atau menghentikan partisipasi kapan pun tanpa memengaruhi hak mereka dalam memperoleh pelayanan kesehatan

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil pengkajian mendalam terhadap keluarga Tn. R mengungkap adanya kesenjangan yang signifikan antara kondisi klinis pasien dengan perilaku pemeliharaan kesehatan keluarga. Data objektif menunjukkan bahwa Tn. R (49 tahun) memiliki tekanan darah 135/91 mmHg pada saat kunjungan, namun tercatat memiliki riwayat tekanan darah sistolik mencapai 200 mmHg. Subjek mengakui telah menghentikan konsumsi amlodipin selama lima tahun terakhir dan beralih sepenuhnya ke pengobatan alternatif berupa rebusan daun salam. Analisis terhadap fungsi keluarga menunjukkan bahwa keluarga berada pada tahap perkembangan keluarga dengan anak dewasa (pelepasan), di mana Tn. R sebagai kepala keluarga cenderung memiliki pola koping tertutup seringkali menyembunyikan keluhan fisik untuk menghindari kecemasan anggota keluarga lain. Selain itu, pengkajian lingkungan mengidentifikasi faktor risiko lingkungan yang persisten, yaitu paparan asap rokok di dalam rumah serta praktik pembakaran sampah di halaman rumah yang memperburuk kualitas udara bagi penderita penyakit vaskular [12], [17].

Berdasarkan data tersebut, dirumuskan dua diagnosis keperawatan prioritas: pemeliharaan kesehatan tidak efektif yang berhubungan dengan hambatan ekonomi dan kurangnya literasi kesehatan, serta penurunan koping keluarga yang berhubungan dengan krisis manajemen kesehatan kronis. Intervensi keperawatan yang diimplementasikan selama tiga sesi kunjungan rumah difokuskan pada lima tugas kesehatan keluarga. Pada domain kognitif, keluarga diberikan edukasi mengenai diet rendah natrium dan pemanfaatan kartu BPJS Kesehatan yang selama ini tidak digunakan karena kendala administratif dan kurangnya informasi. Pada domain psikososial, perawat memfasilitasi sesi keterbukaan di mana Tn. R didorong untuk mengomunikasikan kebutuhan kesehatannya secara jujur kepada istri dan anak-anaknya guna memperkuat sistem pendukung internal [18], [20].

Evaluasi keperawatan yang dilakukan secara sumatif pada akhir kunjungan menunjukkan perubahan perilaku yang positif dan menyeluruh pada keluarga. Keluarga Tn. R mampu mendemonstrasikan pemahaman mengenai diet DASH dan berkomitmen untuk menciptakan area bebas asap rokok di dalam rumah. Secara klinis, Tn. R menyatakan kesediaannya untuk memulai kembali kontrol medis rutin ke Puskesmas dengan memanfaatkan jaminan kesehatan BPJS, menandakan tercapainya tugas keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan. Dalam aspek koping, terlihat adanya peningkatan empati dan frekuensi komunikasi antara anggota keluarga mengenai status kesehatan harian Tn. R. Meskipun tekanan darah masih memerlukan pemantauan jangka panjang, kemandirian keluarga dalam menjalankan fungsi perawatan kesehatan telah meningkat dari kategori keluarga perlu bantuan menjadi keluarga mandiri dalam aspek pengetahuan dan sikap [21], [22].

Masalah pemeliharaan kesehatan tidak efektif yang ditemukan pada Tn. R, di mana ia menghentikan terapi farmakologis amlodipin selama lima tahun, menunjukkan adanya hambatan signifikan dalam efikasi diri dan literasi kesehatan. Secara teoritis, pengobatan hipertensi bersifat jangka panjang untuk mencegah komplikasi kardiovaskular, namun pada kenyataannya, banyak pasien di komunitas beralih ke pengobatan herbal seperti rebusan daun salam karena persepsi keamanan dan kemudahan akses. Temuan ini sejalan dengan studi Nuraini [7] yang menyatakan bahwa faktor ekonomi dan kurangnya pemahaman mengenai risiko penyakit kronis sering kali memicu ketidakpatuhan. Meskipun herbal memiliki potensi komplementer, penghentian total obat medis tanpa pengawasan profesional meningkatkan risiko fluktuasi tekanan darah yang ekstrem, sebagaimana riwayat Tn. R yang pernah mencapai 200 mmHg [4], [8].

Ketidakpatuhan tersebut juga berkaitan erat dengan tugas kesehatan keluarga yang pertama dan kedua, yaitu mengenal masalah dan mengambil keputusan. Teori Friedman [10] menekankan bahwa jika keluarga tidak mempersepsikan hipertensi sebagai ancaman nyata (karena sifatnya yang asimtomatik), maka mereka cenderung tidak melakukan tindakan medis yang tepat. Pada Tn. R, keputusan untuk hanya menggunakan terapi tradisional menunjukkan bahwa keluarga belum sepenuhnya memahami mekanisme kerja obat antihipertensi dalam melindungi organ target. Jurnal dari Muhadi [6] mengonfirmasi bahwa rendahnya adherensi terhadap pedoman JNC 8 atau ISH sering kali berakar pada kurangnya edukasi berkelanjutan dari tenaga kesehatan di tingkat primer.

Aspek lingkungan fisik, khususnya paparan asap rokok dan polusi dari pembakaran sampah di rumah Tn. R, menjadi faktor risiko eksaserbasi yang signifikan. Secara patofisiologis, zat kimia dalam rokok menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah dan kerusakan endotel, yang secara langsung memperburuk resistensi perifer pada penderita hipertensi. Berdasarkan teori modifikasi lingkungan oleh Stanhope dan Lancaster [12], lingkungan rumah yang tidak sehat mencerminkan ketidakmampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keempat. Temuan ini didukung oleh pedoman Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI) [4] yang menegaskan bahwa kontrol tekanan darah tidak akan optimal tanpa penghentian paparan asap rokok, meskipun pasien telah mengonsumsi obat secara rutin.

Penurunan koping keluarga yang teridentifikasi pada Tn. R, yang ditandai dengan pola komunikasi tertutup, merupakan fenomena psikososial yang sering ditemukan pada keluarga dengan peran tradisional yang kuat. Tn. R, sebagai kepala keluarga, merasa bertanggung jawab untuk melindungi anggota keluarga lain dari kecemasan dengan cara menyembunyikan keluhannya. Namun, menurut teori stres dan koping Lazarus [20], strategi penghindaran (avoidance) seperti ini justru meningkatkan beban stres internal dan menghambat dukungan sosial yang diperlukan. Jurnal dari Duangdao et al. [14] menunjukkan bahwa keterbukaan dalam keluarga berkorelasi positif dengan

manajemen tekanan darah yang lebih stabil, karena dukungan emosional mampu menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis.

Intervensi yang dilakukan melalui edukasi berbasis leaflet dan konseling partisipatif terbukti efektif meningkatkan kemandirian keluarga Tn. R. Penggunaan media visual membantu menjembatani keterbatasan pendidikan formal Tn. R yang hanya lulusan SMP. Hal ini sesuai dengan prinsip pembelajaran dewasa yang menyatakan bahwa informasi visual dan praktis lebih mudah diadopsi untuk perubahan perilaku kesehatan di komunitas [11], [16]. Evaluasi menunjukkan peningkatan pengetahuan tentang diet rendah natrium dan komitmen modifikasi gaya hidup, yang dalam penelitian Al-Ghefeili [16] terbukti dapat menurunkan tekanan darah sistolik secara signifikan jika dilakukan secara konsisten melalui pendekatan diet DASH.

Pemanfaatan fasilitas kesehatan (BPJS) yang menjadi salah satu hasil evaluasi positif pada Tn. R merupakan komponen krusial dalam tugas kesehatan keluarga kelima. Secara teoritis, aksesibilitas pelayanan kesehatan adalah determinan utama dalam keberlanjutan perawatan penyakit kronis. Temuan bahwa keluarga Tn. R awalnya enggan ke Puskesmas karena kendala biaya dan informasi menunjukkan adanya gap dalam sistem rujukan komunitas. Sebagaimana dijelaskan oleh Allender [22], peran perawat sebagai advokat kesehatan sangat penting untuk mengintegrasikan keluarga ke dalam sistem jaminan kesehatan nasional guna menjamin ketersediaan obat-obatan esensial bagi pasien [21].

Bila dibandingkan dengan standar keluarga mandiri, keluarga Tn. R menunjukkan progresivitas dari tingkat pengetahuan menuju perubahan sikap dan tindakan. Keberhasilan dalam memfasilitasi Tn. R untuk mulai terbuka mengenai kondisi fisiknya merupakan pencapaian penting dalam fungsi afektif keluarga. Teori Wright dan Leahey [13] menyatakan bahwa asuhan keperawatan keluarga berhasil jika terdapat pergeseran dari pola interaksi yang disfungsional menuju interaksi yang saling mendukung. Peningkatan empati istri dan anak-anak terhadap kondisi Tn. R menciptakan lingkungan psikologis yang kondusif bagi pemulihan dan pemeliharaan kesehatan jangka panjang [14], [19].

Secara keseluruhan, asuhan keperawatan pada keluarga Tn. R mengonfirmasi bahwa penanganan hipertensi di tingkat keluarga tidak boleh hanya berfokus pada aspek klinis tekanan darah semata, tetapi harus menyentuh dimensi fungsi dan koping keluarga. Meskipun hasil evaluasi menunjukkan perubahan positif, stabilitas tekanan darah tetap memerlukan pengawasan jangka panjang dan konsistensi dalam memodifikasi gaya hidup. Integrasi antara teori keperawatan keluarga Friedman dengan praktik klinis berbasis bukti *(evidence-based practice)* terbukti memberikan kerangka kerja yang efektif dalam menyelesaikan masalah pemeliharaan kesehatan pada populasi dewasa di komunitas [10], [15].

KESIMPULAN

Asuhan keperawatan keluarga pada Tn. R dengan hipertensi menunjukkan bahwa masalah pemeliharaan kesehatan yang tidak efektif dan koping keluarga yang kurang adaptif menjadi faktor penting dalam pengelolaan penyakit di tingkat keluarga. Penghentian terapi medis, penggunaan pengobatan herbal tanpa pengawasan tenaga kesehatan, serta pola komunikasi keluarga yang tertutup menunjukkan perlunya pendekatan keperawatan yang tidak hanya berfokus pada aspek klinis, tetapi juga pada perilaku kesehatan dan dukungan keluarga.

Intervensi keperawatan melalui edukasi kesehatan, modifikasi gaya hidup, pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan, dan penguatan komunikasi keluarga menunjukkan adanya perubahan positif pada aspek pengetahuan, sikap, dan komitmen keluarga dalam mendukung perawatan hipertensi. Keluarga mulai menunjukkan kesediaan untuk melakukan kontrol kesehatan secara rutin, menerapkan pola hidup yang lebih sehat, serta meningkatkan keterbukaan komunikasi mengenai kondisi kesehatan pasien.

Dengan demikian, pendekatan asuhan keperawatan keluarga dapat menjadi salah satu strategi yang relevan dalam mendukung pengelolaan hipertensi di komunitas. Namun, perubahan yang dicapai dalam studi kasus ini masih memerlukan pemantauan berkelanjutan untuk menilai konsistensi perilaku keluarga dan dampaknya terhadap pengendalian tekanan darah dalam jangka panjang.

.

REFERENSI

[1] W. H. Organization, *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. Geneva: WHO, 2023.
[2] K. K. RI, "Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018," Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta, 2019.
[3] B. C. Unger T Charchar F, et al., "2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines," *Hypertension*, vol. 75, no. 6, pp. 1334–1357, 2020.
[4] P. D. S. K. I. (PERKI), *Pedoman Tata Laksana Hipertensi pada Penyakit Kardiovaskular*. Jakarta: PERKI, 2021.
[5] E. B. M. Burnier M, "Adherence in Hypertension," *Circ. Res.*, vol. 124, no. 7, pp. 1124–1140, 2019.

[6] Muhadi, "JNC 8: Adherence to Hypertension Treatment," *J. Indones. Med. Assoc.*, vol. 71, no. 1, pp. 45–51, 2021.
[7] B. Nuraini, "Risk factors of hypertension," *J. Major.*, vol. 4, no. 5, pp. 10–19, 2019.
[8] et al. Widiyaningsih W, "Herbal medicine use among hypertensive patients," *J. Public Health Indones.*, vol. 6, no. 3, pp. 88–95, 2020.
[9] et al. Parati G, "Blood pressure variability: methodological aspects, predictive value and clinical implications," *Hypertens. Res.*, vol. 46, no. 4, pp. 827–843, 2023.
[10] B. V. R. Friedman MM Jones EG, *Family Nursing: Research, Theory, and Practice*, 6th ed. London: Pearson, 2020.
[11] et al. Kaakinen JR, *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*, 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2018.
[12] L. J. Stanhope M, *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community*, 10th ed. St. Louis: Elsevier, 2020.
[13] M. AS, *Nursing Practice in the Community*, 5th ed. Marikina City: Argonauta, 2019.
[14] et al. Duangdao P, "Family support and coping strategies among hypertension patients," *J. Health Res.*, vol. 35, no. 2, pp. 112–120, 2021.
[15] P. P. N. I. (PPNI), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: DPP PPNI, 2017.
[16] et al. Al-Ghefeili H, "Implementation of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) in clinical practice: A review of recent evidence," *J. Health Care*, vol. 28, no. 1, pp. 45–52, 2022.
[17] B. B. G. Smeltzer SC, *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2022.
[18] P. P. N. I. (PPNI), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta: DPP PPNI, 2018.
[19] A. Bandura, *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman, 2021.
[20] P. P. N. I. (PPNI), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta: DPP PPNI, 2019.
[21] B. Kesehatan, *Panduan Layanan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: BPJS Kesehatan, 2023.
[22] R. C. Allender JA Warner KD, *Community & Public Health Nursing*, 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.
[23] H. M. E. Hall JE, *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology*, 14th ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.
[24] et al. Williams B, "ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension," *Eur. Heart J.*, vol. 39, no. 33, pp. 3021–3104, 2018.
[25] et al. Cohen S, "Psychological stress and disease," *JAMA*, vol. 307, no. 12, pp. 1320–1321, 2020.
[26] et al. Saleh N, "Psychosocial factors and hypertension," *J. Hum. Hypertens.*, vol. 35, pp. 102–111, 2021.
[27] P. A. G. Potter PA Stockert PA, Hall AM, *Fundamentals of Nursing*, 10th ed. St. Louis: Elsevier, 2021.
[28] M. M. R. Leininger MM, *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*, 3rd ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2019.
[29] M. NH, "Family-based interventions for cardiovascular risk reduction," *J. Cardiovasc. Nurs.*, vol. 35, no. 2, pp. 135–142, 2020.
[30] et al. Denham SA, *Family Focused Nursing Care*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2016.
[31] et al. Brook RD, "Particulate matter air pollution and cardiovascular disease," *Circulation*, vol. 121, no. 21, pp. 2331–2378, 2020.