

Penatalaksanaan Holistik dengan Pendekatan Dokter Keluarga pada Laki-laki Usia 50 Tahun dengan Hipertensi Primer

Efry Theresia Sianturi¹, Sahab H. Sibuea²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Hipertensi merupakan masalah kesehatan global berakibat peningkatan angka kesakitan dan kematian serta beban biaya kesehatan termasuk di Indonesia, yang dapat ditangani dengan modifikasi faktor risiko berupa gaya hidup termasuk diet, kebiasaan olahraga, stres, dan kebiasaan merokok. Pendekatan kedokteran keluarga secara holistik dan komprehensif dalam identifikasi faktor risiko internal dan eksternal yang mengutamakan *patient-centred* dan *family-approached* diharapkan mampu meningkatkan kualitas hidup pasien. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah. Data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien di Puskesmas. Seorang laki-laki usia 50 tahun didiagnosis hipertensi primer sejak 5 tahun yang lalu. Pasien sudah mengonsumsi obat anti-hipertensi, tetapi tekanan darah pasien belum pernah berada di bawah 140/90 mmHg. Faktor risiko internal, yaitu usia 50 tahun, jenis kelamin laki-laki, status gizi *overweight*, pola berobat kuratif, pola diet yang belum sesuai, belum mengetahui bagaimana pemilihan makanan berdasarkan label fakta nutrisi, riwayat keluarga dengan ayah dan ibu hipertensi, dan ibu meninggal karena stroke. Faktor risiko eksternal, yaitu kurangnya dukungan adik pasien terkait pengobatan pasien dan lama kerja pasien 10 jam sehari. Dilakukan intervensi non-medikamentosa dan medikamentosa pada pasien dan keluarganya dengan edukasi terkait penyakit pasien dan pola diet yang dianjurkan dalam 3 kali kunjungan rumah. Hasil evaluasi yang didapatkan keluhan dan kekhawatiran pasien berkurang, pengetahuan pasien serta keluarganya terkait hipertensi meningkat dan perbaikan perilaku terkait hipertensi.

Kata kunci: Hipertensi primer, gaya hidup, pendekatan dokter keluarga

Holistic Management with Family Doctor Approach in A 50-year-old Male Patient with Primary Hypertension

Abstract

Hypertension is a global health problem resulting in an increase in morbidity and mortality and health costs, including in Indonesia, which can be handled by modifying lifestyle, including diet, exercise habits, stress, and smoking habits. Holistic and comprehensive family doctor approach in detecting internal and external risk factors, prioritizing patient-centered and family-approached is hoped to improve patient's quality of life. This study is a case report. Primary data were obtained through history taking, physical examination and home visits. Secondary data were obtained from medical records of the patient at the health center. A 50-year-old man was diagnosed with primary hypertension since 5 years ago. Patient has taken anti-hypertension medicine but his lowest blood pressure is 140/80 mmHg. Internal risk factors, namely 50 years of age, male, overweight, curative medical seeking behavioral, inappropriate diet, does not know how to choose food based on nutrition fact labels, family history with hypertensive father and mother, and mother died of stroke. External risk factors, namely the lack of support from his brother regarding the patient's treatment and the length of his work for 10 hours a day. Non-medical and medical interventions were done on the patient and his family with education related to the patient's disease and the recommended dietary pattern in 3 home visits. The evaluation results obtained that complaints and worries of patients were reduced, the knowledge of patients and their families regarding hypertension increased and behavior related to hypertension improved.

Key words: Lifestyle, family doctor approach, primary hypertension

Korespondensi: Efry Theresia Sianturi, alamat Jl. Bumi Manti 1 No. 74, Labuhan Ratu, Bandar Lampung, HP: 082364287037, email: efrysianturi@gmail.com.

Pendahuluan

Hipertensi merupakan kondisi dimana tekanan darah berada di atas normal secara menetap.¹ Berdasarkan JNC VII, tekanan darah yang digolongkan ke dalam hipertensi adalah tekanan darah sistol ≥ 140 mmHg dan/atau

diastol ≥ 90 mmHg.² Hipertensi tidak dapat disembuhkan, tetapi dapat dikendalikan.¹

Hipertensi merupakan masalah kesehatan global berakibat peningkatan angka kesakitan dan kematian serta beban biaya kesehatan termasuk di Indonesia.³ Di Indonesia, prevalensi hipertensi pada umur \geq

18 tahun sebesar 26,5% dengan banyaknya penderita yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan sebesar 9,4%. Prevalensi hipertensi meningkat seiring dengan peningkatan usia. Penderita hipertensi terbanyak adalah kelompok usia ≥ 75 tahun. Berdasarkan jenis kelamin, perempuan lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan dengan laki-laki.⁴ Jika dibandingkan dengan data tahun 2018, terjadi peningkatan prevalensi hipertensi di Indonesia dengan jumlah penduduk sekitar 260 juta adalah 34,1% dibandingkan 27,8% pada Riskesdas tahun 2013.⁵

Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko dari stroke yang dapat dimodifikasi. Risiko stroke meningkat seiring meningkatnya tekanan sistolik, yaitu di atas 115 mmHg. Pengontrolan tekanan darah yang adekuat dapat mengurangi risiko stroke 1-3 kali pada pasien hipertensi. Selain hipertensi, diabetes melitus, merokok, dan dislipidemia juga merupakan faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi.⁶

Suatu artikel tinjauan pustaka tahun 2015 merangkum faktor-faktor yang mempengaruhi hipertensi, yaitu genetik, obesitas, jenis kelamin, stres, kurang olahraga, pola asupan garam, dan kebiasaan merokok.⁷ Faktor genetik mempengaruhi risiko hipertensi dengan peningkatan kadar natrium intrasel dan rendahnya rasio antara kalium dan natrium individu dengan orang tua dengan hipertensi memiliki risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi dari pada orang yang tidak memiliki keluarga dengan riwayat hipertensi.⁸ Faktor lain, yaitu obesitas. Menurut *National Institutes for Health* USA tahun 1988, prevalensi tekanan darah tinggi pada pasien obesitas adalah 38% untuk pria dan 32% untuk wanita, dibandingkan dengan prevalensi 18% untuk pria dan 17% untuk wanita pada yang memiliki IMT normal.⁹

Stres dapat meningkatkan tekanan darah sewaktu, peristiwa ini terkait aktivitas hormon adrenalin yang mengakibatkan peningkatan *cardiac output*.¹⁰ Di sisi lain, kurang olahraga berhubungan dengan tekanan perifer. Olahraga teratur dapat menurunkan tekanan darah sehingga

peristiwa sebaliknya berisiko terjadi pada orang yang kurang olahraga.⁹

Faktor risiko lain adalah pola asupan garam. Konsumsi garam (natrium) yang berlebihan dapat menyebabkan konsentrasi natrium ekstrasel meningkat. Kondisi tersebut membuat cairan intrasel ditarik ke ekstrasel sehingga volume cairan ekstrasel meningkat. Hal ini menyebabkan peningkatan volume di vaskular sehingga dapat menyebabkan hipertensi.¹¹ Sementara kebiasaan merokok dihubungkan dengan peningkatan risiko hipertensi maligna dan risiko terjadinya stenosis arteri akibat aterosklerosis.⁷

Dengan demikian, penanganan hipertensi dapat dilakukan dengan modifikasi gaya hidup termasuk diet, kebiasaan olahraga, stres, dan kebiasaan merokok. Berdasarkan uraian di atas, pemeriksa tertarik untuk membahas mengenai penatalaksanaan holistik hipertensi dengan prinsip pendekatan kedokteran keluarga.

Kasus

Tn. R usia 50 tahun datang dengan keluhan nyeri kepala sejak 1 minggu yang lalu. Nyeri dirasakan seperti diikat. Keluhan ini disertai dengan rasa berat di bagian tengkuk atau leher. Keluhan pertama kali dirasakan oleh pasien sekitar 5 tahun yang lalu. Saat itu, pasien mengeluh kepalanya sangat nyeri sehingga memeriksakan diri ke Puskesmas dan diperoleh tekanan darah 160/90 mmHg. Pasien diberikan Captopril 25 mg yang diminum dua kali sehari dan Parasetamol 500 mg yang diminum tiga kali sehari atau jika nyeri. Sejak saat itu, pasien rutin memeriksakan dirinya ke Puskesmas setiap bulan.

Pasien mengeluh batuk selama mengonsumsi Captopril sekitar 3 bulan sehingga dokter mengganti obatnya menjadi Amlodipin 5 mg sekali sehari pada malam hari. Namun, tekanan darah pasien belum terkontrol. Berdasarkan pengukuran di puskesmas, tekanan darah pasien paling sering 140/90 mmHg, belum pernah mencapai angka di bawahnya.

Pasien mengatakan sudah rutin berolahraga lebih kurang 1 jam hampir setiap hari. Namun, pasien belum mulai mengubah

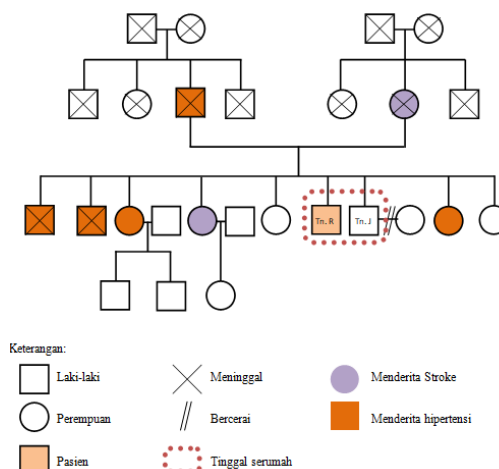
jenis makanan yang dikonsumsi. Pasien memasak makanannya sendiri. Pasien suka makanan yang asin, makanan cepat saji (tinggi natrium) dan makanan tinggi kolesterol. Pasien belum pernah memilih makanan berdasarkan analisis label fakta nutrisi pada bungkus makanan. Pasien tidak merokok. Selain darah tinggi, pasien menyangkal ada penyakit lain. Pasien pernah memeriksakan kolesterol darah, hasilnya tinggi. Namun, saat pemeriksaan ulang, kadar kolesterol sudah normal dan tidak ada keluhan lagi sejak itu. Pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit.

Pasien mengatakan bahwa di keluarganya, termasuk orang tua dan saudara, banyak yang mengalami hipertensi. Selain itu, ada saudara pasien yang mengalami serangan stroke sehingga pasien takut mengalami hal yang sama. Ibu pasien juga meninggal karena stroke. Ayah pasien juga sudah meninggal, tetapi pasien tidak mengetahui penyebabnya dan mengatakan dikarenakan sakit tua. Tidak ada riwayat kencing manis di keluarga pasien.

Pasien belum menikah dan tinggal serumah dengan adiknya. Mereka tinggal di rumah sendiri, pemberian dari orang tua mereka. Tipe keluarga ini adalah *single adult living alone*. Adik pasien berusia 47 tahun yang bekerja sebagai pedagang keliling. Keduanya berkumpul hampir setiap hari bersamaan dengan waktu makan untuk mendiskusikan kegiatan sehari dan khususnya bila ada masalah keluarga besar yang perlu dibahas. Keputusan pribadi cenderung diselesaikan secara pribadi sehingga pengambilan keputusan dilakukan sendiri. Namun, terkadang keduanya saling bertukar pikiran untuk membantu menyelesaikan masalah satu sama lain. Perilaku berobat pasien mengutamakan kuratif. Selain itu, dukungan dari adik pasien terkait penyakit dan pengobatan pasien masih kurang. Pasien berobat ke Puskesmas yang berjarak 4 km dari rumah pasien.

Hubungan pasien adiknya cukup baik. Pada kunjungan rumah pada tanggal 16 September 2020, dibuat genogram keluarga Tn. R (gambar 1). Fungsi keluarga dinilai dengan menggunakan *family APGAR score*, yaitu *Adaptation 1, Partnership 1, Growth 2, Affection 2, Resolve 2*. Dengan demikian,

fungsi keluarga ini baik karena bernilai total 8 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik).



Gambar 1. Genogram Keluarga Tn. R

Rumah pasien berukuran 10 x 15 m tidak bertingkat, memiliki 3 kamar tidur, seluruh anggota keluarga tidur dalam kamar masing-masing. Lantai keramik, dinding kombinasi antara papan dan tembok, dengan atap genteng. Penerangan dan ventilasi cukup. Kebersihan di dalam rumah cukup terawat di bagian ruang tamu dan ruang makan. Perabotan rumah tangga tertata rapi dan dengan penataan barang yang teratur. Rumah sudah menggunakan listrik. Jarak antara rumah pasien dengan rumah lainnya saling berdekatan. Sumber air dari sumur timba, digunakan untuk mandi, mencuci dan untuk diminum. Air minum dimasak sendiri dengan kompor gas. Limbah rumah tangga dialirkan ke kali belakang rumah. Rumah memiliki dua kamar mandi masing-masing dengan jamban yang sangat dekat dengan dapur. Bentuk jamban jongkok. Tempat sampah berada di luar rumah dan juga dapur. Lingkungan tempat tinggal pasien cukup padat.

Pasien bekerja di industri kikir yang berada tepat di samping rumah pasien. Tugas pasien di tempat kerjanya fleksibel, di antaranya merebus, membakar atau memotong kikir. Pasien sudah bekerja di sana selama 5 tahun terakhir. Regulasi masuk bekerja di tempat kerja pasien berselang-seling dengan tim lain. Pasien bekerja termasuk permintaan kikir sehingga bisa bekerja setiap hari atau hanya 3 kali dalam

seminggu. Dalam sehari, pasien bekerja lebih kurang selama 10 jam. Kebanyakan pekerjaan dilakukan dengan berdiri. Pasien mengatakan terkadang merasa kelelahan atau nyeri otot, tetapi membaik dengan istirahat. Pendapatan dalam keluarga berasal dari gaji pasien yang bekerja di industri rumah tangga pengolahan kikil tersebut. Pasien mengatakan bahwa pendapatannya cukup untuk digunakan untuk memenuhi kebutuhan primer dan sekunder, sesekali tersier.

Pada pemeriksaan fisik diperoleh penampilan normal, keadaan umum baik, kesadaran compos mentis dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*) 15. Berat badan 70 kg, tinggi badan 170 cm., IMT 24,2 kg/m² (*overweight*). Tanda-tanda vital: tekanan darah 140/90 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi pernapasan 18x/menit, suhu tubuh 36,8⁰C. Pada pemeriksaan status generalis diperoleh bahwa kepala, leher, paru, jantung, abdomen dan ekstremitas dalam batas normal. Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, diperoleh diagnostik holistik awal pada pasien ini, yaitu:

Aspek 1. Aspek Personal

- Alasan Kedatangan: Nyeri kepala dengan tekanan darah tinggi
- Harapan: Keluhan membaik dan tekanan darah terkontrol.
- Kekhawatiran: Pasien khawatir karena sudah minum obat, tetapi tekanan darah masih termasuk tinggi. Ada saudara pasien yang mengalami serangan stroke dengan riwayat hipertensi sehingga pasien takut mengalami hal yang sama.
- Persepsi: Pasien tahu keluhan nyeri kepala dan tengkuk serta sulit tidur diakibatkan atau ada hubungannya dengan tekanan darah pasien yang masih tinggi. Pasien mengetahui bahwa tekanan darah dapat dikontrol dengan rutin minum obat dari dokter dan mengubah pola diet, tetapi pasien tidak tahu tepatnya apa yang disarankan.

Aspek 2. Diagnosis Klinis Awal Hipertensi primer (ICD X: I10)

Aspek 3. Aspek Risiko Internal

- Usia 50 tahun
- Laki-laki
- Status gizi berdasarkan IMT 24,2 kg/m² termasuk kelompok *Overweight*
- Pola berobat kuratif
- Pola diet yang tidak sesuai (tinggi natrium dan kolesterol)
- Pasien belum mengetahui bagaimana pemilihan makanan berdasarkan label fakta nutrisi di kemasan makanan
- Riwayat keluarga dengan hipertensi (ayah dan ibu)
- Ibu meninggal karena stroke sebagai komplikasi hipertensi

Aspek 4. Aspek Risiko Eksternal

- Dukungan adik pasien terkait proses pengobatan pasien masih kurang
- Lama kerja 10 jam sehari, posisi kerja kebanyakan berdiri selama kerja di tempat kerja.

Aspek 5. Skala Fungsional

Derajat 1. Masih sama seperti sebelum sakit.

Intervensi yang diberikan kepada pasien ini terbagi menjadi *patient-centered*, *family-approached* dan *community-based*. Intervensi secara *patient-centered* meliputi:

- Edukasi kepada pasien mengenai hipertensi, faktor risiko, pola diet yang disarankan, cara pencegahan, pengendalian, rencana tatalaksana dan komplikasi hipertensi.
- Edukasi kepada pasien untuk tetap rutin mengonsumsi amlodipine setiap hari pada malam hari.
- Edukasi kepada pasien mengenai pola diet yang disarankan untuk pasien hipertensi.
- Edukasi pasien mengenai cara memasak yang disarankan dari Kemenkes untuk pasien hipertensi.
- Edukasi dan memotivasi pasien untuk menurunkan berat badan dengan mengikuti anjuran makanan yang disarankan. Target berat badan

- Edukasi mengenai perilaku berobat, memotivasi pasien untuk mau memulai perilaku berobat secara preventif.
- Edukasi mengenai label pemilihan makanan dengan analisis label fakta nutrisi di bungkus makanan, khususnya kandungan sodium/natrium.
- Edukasi untuk melakukan peregangan setiap 2 atau 3 jam saat bekerja
- Medikamentosa: Amlodipin tablet 5 mg satu 1x1 (malam hari), Parasetamol tablet 500 mg 3x1 jika nyeri masih dirasakan.

Intervensi secara *family-approached* meliputi:

- Edukasi kepada keluarga pasien mengenai hipertensi, faktor risiko, pola diet yang disarankan, cara pencegahan, pengendalian, rencana tatalaksana dan komplikasi hipertensi.
- Edukasi keluarga supaya mendukung pola hidup pasien termasuk pola diet pasien dan motivasi untuk ikut melakukan tindakan menjaga pola makan dan mendukung pasien dalam mencapai berat badan ideal.

Intervensi secara *community-based*, yaitu:

- Berdiskusi dengan pemilik pekerjaan terkait pengendalian risiko kelelahan kerja pada pekerja
- Memotivasi pasien untuk mengikuti kegiatan di lingkungan terdekat yang dapat meningkatkan kebugaran.

Pembahasan

Pembinaan keluarga dengan prinsip kedokteran keluarga dilakukan terhadap Tn. R usia 50 tahun dengan hipertensi primer. Pembinaan ini dilakukan atas dasar Tn. R menderita hipertensi dan sudah rutin berobat ke Puskesmas sehingga tekanan darahnya sudah lebih baik dari sebelumnya, tetapi tekanan darah belum pernah di bawah 140/90 mmHg. Pasien khawatir mengalami stroke seperti ibu dan kakak pasien yang juga hipertensi. Pengetahuan pasien mengenai makanan yang dianjurkan pada pasien hipertensi dan cara pengendalian lain masih kurang. Kunjungan rumah dilaksanakan untuk melihat gaya hidup pasien dan aktivitasnya yang dapat mempengaruhi kondisi pasien.

Pasien sudah mengetahui penyakitnya sejak 5 tahun yang lalu. Pasien mengetahui bahwa hipertensi yang dideritanya ini ada kaitannya dengan ayah dan ibu pasien yang juga hipertensi.

Pada pasien ditegakkan diagnosis hipertensi berdasarkan panduan *The Joint National Community on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure VII (JNC VII)*, yaitu tekanan darah sistol ≥ 140 mmHg dan/atau diastol ≥ 90 mmHg.² Diagnosis ditegakkan jika kondisi tersebut didapatkan pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan tenang.¹² Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi hipertensi primer (esensial) dan sekunder. Hipertensi primer merupakan hipertensi yang tidak diketahui jelas etiologinya. Oleh karena itu tidak dapat diobati, tetapi dapat dikontrol. Hipertensi primer sering diturunkan dalam suatu keluarga. Hal ini menunjukkan bahwa faktor genetik berperan dalam risiko terjadinya hipertensi. Karakteristik genetik mempengaruhi keseimbangan natrium, tetapi juga didapatkan hasil studi yang menyatakan adanya mutasi genetik yang mengubah ekskresi kalikrein urin, pelepasan nitrit oksida, ekskresi aldosteron, steroid adrenal, dan angiotensinogen. Sementara hipertensi sekunder didasarkan pada penyakit komorbid tertentu.¹³

Kedua ini sesuai dengan kondisi pasien. Tekanan darah pasien saat pertama kali didiagnosis adalah 160/90 mmHg dan setelahnya, tekanan darahnya belum pernah berada di bawah 140/90 mmHg. Pasien tidak memiliki penyakit lain yang mendasari hipertensi sehingga pasien didiagnosis hipertensi primer.

Pada kunjungan pertama, pasien sedang dalam pengobatan Amlodipin tablet 5 mg rutin satu kali setiap hari. Kemudian diberikan Parasetamol tablet 500 mg yang dikonsumsi 3 kali sehari bila ada keluhan nyeri kepala.

Amlodipin merupakan obat anti-hipertensi golongan penghambat kanal kalsium (*Calcium canal blocker*) yang memiliki efek vasodilatasi, memperlambat laju jantung dan menurunkan kontraktilitas otot jantung

sehingga tekanan darah turun.¹⁴ Penggunaan amlodipine pada malam hari lebih efektif daripada pagi hari karena amlodipine memiliki efek yang dapat menurunkan *nighttime blood pressure*, khususnya pada pasien hipertensi tipe non-dipper.¹⁵ Sementara Parasetamol memiliki efek analgesik sentral dan ektivitas penghambat produksi prostaglandin dengan menghambat aktivitas COX-2 yang setara dengan NSAID.¹⁶

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan kunjungan rumah banyak tiga kali dimana kunjungan pertama pada tanggal 16 September 2020. Pada kunjungan pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien dan keluarga serta menerangkan tujuan kedatangan diikuti dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik terkait penyakit yang diderita, wawancara mengenai keluarga dan lingkungan pasien.

Pada kunjungan kedua yaitu tanggal 23 September 2020, dilakukan intervensi berupa pemberian edukasi menggunakan materi leaflet berisi tentang Hipertensi, meliputi definisi, faktor risiko, gejala, pencegahan, pengendalian, komplikasi, dan pengaturan diet terkait hipertensi.

Berdasarkan IMT, pasien termasuk *overweight* sehingga pasien disarankan untuk memperhatikan pola dietnya. Pasien diberi edukasi tentang "Isi Piringku" dari Kemenkes untuk digunakan sebagai panduan dalam memilih jenis dan jumlah makanan untuk satu kali makan demi keseimbangan *intake*. Pasien juga diberikan *food recall* saat kunjungan kedua untuk nanti dibandingkan dengan saat evaluasi pada kunjungan ketiga. Keduanya dibandingkan untuk menilai kepatuhan pasien terhadap anjuran diet yang sudah diberikan. Diberikan informasi kepada pasien mengenai target penurunan berat badan pada pasien dengan obesitas berdasarkan rekomendasi WHO yaitu penurunan berat badan 2-4 kg per bulan.⁹ Selain itu, diberikan juga edukasi kepada pemilik kerja mengenai risiko kelelahan kerja di tempat kerja akibat jam kerja yang berlebihan.

Pada kunjungan ketiga, dilakukan evaluasi terhadap pengetahuan dan perilaku pasien. Evaluasi pengetahuan dilakukan dengan tanya jawab dengan pasien.

Kekhawatiran pasien terhadap stroke sudah berkurang. Pasien sudah memulai perilaku berobat preventif dengan kontrol rutin tekanan darah walaupun tidak ada keluhan. Evaluasi klinis dilakukan dengan menanyakan keluhan dan tekanan darah pasien. Didapatkan bahwa nyeri kepala pasien dapat diatasi dengan Parasetamol dan sudah jarang muncul. Pasien rutin mengonsumsi Amlodipin. Tekanan darah pasien 140/80 mmHg. Dengan demikian, terdapat perbaikan klinis pasien walaupun belum signifikan.

Pasien sudah melakukan perubahan pola diet yang dilihat dari *food recall* yang dibandingkan dengan sebelumnya. Pasien juga sudah melakukan pemilihan makanan yang didasarkan pada analisis label fakta nutrisi yang ada di bungkus makanan. Pada kunjungan ketiga ini juga dilakukan penimbangan berat badan, didapatkan penurunan berat badan 500 gram.

Faktor pendukung dalam penyelesaian masalah pasien dan keluarga adalah telah didapatkan dukungan dari adik pasien dalam pengobatan pasien, salah satunya dengan bersedia memakan makanan yang sesuai dengan diet hipertensi sehingga diharapkan ini bisa dijadikan pola makan tetap di keluarga ini. Selain itu, pemilik kerja bersedia mengomunikasikan dengan pekerja mengenai *shift* kerja, yaitu semua pekerja hadir setiap ada bahan baku, tetapi *shift* dibagi dua sehingga seorang pekerja bekerja selama 5 jam dalam satu hari.

Berdasarkan perbaikan yang didapatkan pada saat evaluasi, yaitu berupa peningkatan pengetahuan, perubahan perilaku, dan kondisi klinis, dapat ditetapkan prognosis pasien ini dalam hal *quo ad vitam: dubia ad bonam; quo ad functionam: dubia ad bonam; quo ad sanationam: dubia ad malam* karena pasien penyakit ini tidak bisa sembuh.

Simpulan

Hipertensi merupakan penyakit yang tidak bisa disembuhkan, tetapi bisa dikontrol dengan pemberian terapi secara medikamentosa dan non-medikamentosa yang disesuaikan dengan kondisi pasien tersebut, yaitu meliputi faktor risiko internal dan eksternal. Penatalaksanaan holistik

dengan pendekatan dokter keluarga mampu mengatasi permasalahan pasien.

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan RI. Pedoman teknis penemuan dan tatalaksana penyakit hipertensi. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular; 2013.
2. Kementerian Kesehatan RI. Buletin InfoDATIN, Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI. Jakarta: Kemenkes RI; 2014.
3. PERHI. Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi 2019. Jakarta: PERHI; 2019.
4. Balitbangkes Kemenkes RI. Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2013. Jakarta: Kemenkes RI; 2013.
5. Balitbangkes Kemenkes RI. Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2018. Jakarta: Kemenkes RI; 2018.
6. Bendok, Bernard. Haemorrhagic and ischemic stroke medical imaging, surgical, and interventional approach. New York: Thieme Medical Publisher Inc.; 2011.
7. Nuraini B. Risk factors of hypertension. *J Majority*. 2015; (4)5: 10-19.
8. Wade A, Hwheir DN, Cameron A. Using A problem detection study (pds) to identify and compare health care provider and consumer views of antyhypertensive therapy. *Journal of Human Hypertension*. 2003; 17(6): 397.
9. Cortas K, et al. Hypertension. [disitasi tanggal 27 September 2020]. Tersedia di <http://www.emedicine.com>.
10. Sari TW, Sari DK, Kurniawan MB, Syah MIH, Yerli N, dan Qulbi S. Hubungan tingkat stres dengan hipertensi pada pasien rawat jalan di puskesmas sidomulyo rawat inap kota pekanbaru. *CMJ*. 2018; 1(3): 55-65.
11. Shapo L, Pomerleau J, McKee M. Epidemiology of hypertension and associated cardiovascular risk factors in a country in transition. *Journal Epidemiology Community Health*. 2003; 57: 734-39.
12. Kemenkes RI. Panduan praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Jakarta: Kemenkes RI; 2017.
13. Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J (eds.) *Harrison's principles of internal medicine*. Edisi ke-18. New York; Mc Graw Hill; 2011.
14. Sudoyono AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S. Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid II. Edisi V. Jakarta: Interna Publishing; 2015.
15. Yifan L, Lixian R, Mingyan J, Yang C. Anti-hypertensive efficacy of amlodipine dosing during morning versus evening: A meta-analysis. *Reviews in Cardiovascular Medicine*. 2019; 20(2): 91-98.
16. Arslan M, Celep B, Cicek R. Comparing the efficacy of preemptive intravenous paracetamol on the reducing effect of opioid usage in cholecystectomy. *J Research Med Sci*. 2013; 25: 172-89.