

Penatalaksanaan Holistik Pada Pasien Hipertensi Dan Obesitas Derajat II Dengan Riwayat Stroke Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Tania Matalauta Sitepu¹, Diana Mayasari²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Hipertensi adalah salah satu penyakit tak menular yang menjadi sebuah masalah kesehatan penting di dunia karena prevalensinya yang terus meningkat. Sebanyak 9,4 juta kematian akibat penyakit kardiovaskular disebabkan oleh komplikasi hipertensi. Hipertensi merupakan penyakit multifactorial yang timbul karena interaksi antara faktor resiko yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi. Obesitas disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan antara energi yang masuk dengan energi yang keluar. Dalam studi Farmingham disebutkan bahwa 65% wanita dan 78% pria yang menderita hipertensi berhubungan langsung dengan peningkatan berat badan dan obesitas. Studi yang dilakukan adalah *Case Report*. Data primer diperoleh melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik dengan melakukan kunjungan rumah, mengisi *family folder*, dan mengisi berkas pasien. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik awal, proses, dan akhir kunjungan secara kuantitatif dan kualitatif. Berdasarkan diagnosis holistik, pasien memiliki keluhan merasa nyeri kepala dan sering diikuti dengan rasa berat dibelakang leher. Pasien juga memiliki riwayat stroke empat tahun yang lalu. Pasien merasa khawatir sakit semakin memberat, terjadi stroke berulang, dan memberatkan keluarga. Harapan pasien adalah keluhan penyakit berkurang, hipertensi terkontrol, tidak obesitas, dapat beraktifitas dan bekerja secara normal kembali. Pasien didiagnosis hipertensi dan obesitas derajat II berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pasien adalah seorang pria berusia 53 tahun yang obesitas, sering mengonsumsi makanan yang mengandung banyak garam, makanan berminyak, dan kurang aktivitas fisik. Pasien kurang mengetahui tentang penyakitnya dan gaya hidup yang tepat untuk penyakit yang diderita. Setelah dilakukan intervensi secara holistik dengan obat-obatan dan edukasi didapatkan penurunan gejala klinis dan perubahan perilaku dengan mengubah pola hidup dan rutin mengonsumsi obat. Penegakkan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan secara holistik, *patient centred*, *family approach* dan berdasarkan beberapa teori dan penelitian terkini.

Kata kunci : Hipertensi, obesitas, penatalaksanaan holistik, stroke

Holistic Management For Patient Hypertension And Obesity Grade II With History Of Stroke By Family Medicine Approach

Abstract

Hypertension is one of the non-infectious diseases which becomes an important health problem throughout the world because it keeps increasing. There are 9.4 million deaths from cardiovascular disease are caused by complications of hypertension. Hypertension itself is a multifactorial disease that arises mainly because of interactions between certain risk factors that can be modified or cannot be modified. Whereas, obesity is caused by an imbalance between the incoming energy and the energy that comes out. The prevalence of obesity throughout the world has tendency to increase in past 30 years. In addition, Farmingham study stated that 65% of women and 78% of men who suffer from hypertension are directly related to weight gain and obesity. The study was Case Report Study. Primary data is obtained through history taking and physical examination by making home visits, filling out family folders, and filling in patient files. Assessment is carried out based on the initial holistic diagnosis, process, and end of the visit quantitatively and qualitatively. Based on a holistic diagnosis, the patient has a complaint of feeling headache and often followed by a feeling of heaviness behind the neck. The patient also had a history of stroke four years ago. Patient feel worried that the disease is getting worse, has recurrent stroke, and be a burdensome for his family. The patient's expectation is less clinical symptoms, controlled hypertension, no longer obesity, and can do activity and work normally again. Patient was diagnosed with hypertension and obesity in grade II based on the results of history and physical examination. The patient is a 53-year-old man who is obese, often eating foods that contain lots of salt, oily food, and lack of physical activity. Patients are less aware of the disease and the right lifestyle for the illness. After the intervention is done holistically with drugs and education, he obtains a decrease in clinical symptoms and behavioral changes by changing lifestyle and routine taking drugs. Diagnosis and management of this patient has been doing holistically, patients center, family approach based on several theories and current research. In the process of behavior change, patient has reached the trial stage.

Keywords: Competency based curriculum, general graduate questionnaire, tracer study,

Korespondensi: Tania Malauta, alamat Jl. Wira Gg. Kenanga No.10, Labuhan Ratu, Gd. Meneng, Bandar Lampung, HP 081278817697, e-mail taniamsitepu@gmail.com

Pendahuluan

Hipertensi adalah salah satu penyakit tidak menular yang menjadi sebuah masalah kesehatan penting di seluruh dunia karena prevalensinya yang tinggi dan terus meningkat. Menurut *World Health Organization* (WHO) hipertensi bertanggung jawab setidaknya 45% dari kematian akibat penyakit jantung dan 51% kematian akibat stroke¹.

Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) yang dilakukan pada usia ≥ 18 tahun, prevalensi hipertensi di Indonesia mengalami peningkatan dari 34,1% pada tahun 2013 menjadi 25,8% pada tahun 2018. Prevalensi perempuan yang menderita hipertensi pada tahun 2018 berkisar 36,9%, lebih tinggi dari prevalensi pria yaitu 31,3%².

Hipertensi merupakan penyakit multifaktorial yang timbul terutama karena interaksi antara faktor-faktor risiko tertentu. Faktor pemicu hipertensi dibedakan menjadi yang tidak dapat dikontrol dan dapat dikontrol. Faktor pemicu yang tidak dapat dikontrol seperti riwayat keluarga, jenis kelamin, dan umur. Faktor yang dapat dikontrol seperti diet dan asupan garam, stres, obesitas, merokok, serta kurangnya aktivitas fisik³.

Usaha mencegah terjadinya perburukan akibat hipertensi dapat dilakukan dengan berbagai macam cara salah satunya dengan penurunan berat badan. Dalam studi Farmingham disebutkan bahwa 65% wanita dan 78% pria yang menderita hipertensi berhubungan langsung dengan obesitas⁴. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Natalia et al. (2011) yang menyatakan bahwa penderita obesitas mempunyai risiko mengalami hipertensi 2,2 kali lebih besar dibandingkan subjek yang mempunyai IMT normal⁵.

Obesitas terjadi disebabkan ketidakseimbangan antara energi yang masuk dengan energi yang keluar. Obesitas kini dinyatakan oleh *World Health Organization* (WHO) sebagai epidemi global, serta menjadi suatu masalah kesehatan yang harus segera ditangani. Prevalensi obesitas di Indonesia

sendiri juga masih tinggi. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018, prevalensi penduduk laki-laki dewasa obesitas berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) sebanyak 21,8%, lebih tinggi dari prevalensi tahun 2007 (10,5%) dan tahun 2013 (14,8%)⁶. Disamping hipertensi, obesitas menimbulkan dampak buruk bagi kesehatan lainnya seperti risiko menderita penyakit jantung koroner, stroke, dislipidemia, diabetes melitus tipe 2 serta sindroma metabolik³.

Penyakit hipertensi dan obesitas merupakan penyakit tidak menular yang perlu dilihat dari berbagai aspek dalam penatalaksanaannya. Pendekatan keluarga dalam penatalaksanaan membantu mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh baik secara klinis, personal, dan psikososial keluarga. Dengan pendekatan ini, penatalaksanaan akan lebih komprehensif dan diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kasus

Pasien Tn.A, seorang lelaki berusia 53 tahun, mengeluhkan nyeri kepala yang dirasakan sejak kurang lebih tiga hari yang lalu. Sakit kepala dirasakan hilang timbul dan semakin memberat ketika pasien sedang stress. Pasien juga mengeluhkan nyeri dan rasa berat dibelakang leher serta kelemahan pada ekstremitas kirinya. Keluhan ini sudah dirasakan sejak pasien menderita penyakit stroke 4 tahun yang lalu namun terasa memberat dalam beberapa hari terakhir.

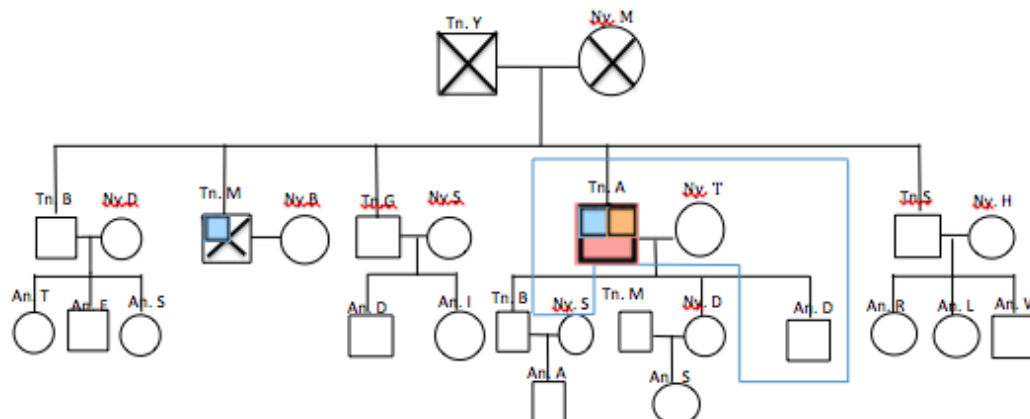
Sebelumnya, pasien tidak mengetahui bahwa dirinya menderita hipertensi dan tidak pernah memeriksakan diri ke dokter. Pasien tidak mengetahui bahwa keluhan yang sering dialaminya adalah gejala dari tekanan darah tinggi. Pasien baru mengetahui menderita tekanan darah tinggi saat terkena stroke. Pola pengobatan pasien dan keluarga adalah kuratif yaitu berobat bila telah sakit. Pasien hanya mengambil obat di Posyandu sebulan sekali dan tidak terlalu rutin mengonsumsi obat darah tingginya. Pasien memiliki kebiasaan yang buruk dalam pola makan.

Pasien sering mengonsumsi makanan tinggi garam dan gorengan. Pasien jarang beraktivitas fisik. Sebelum sakit, pasien juga aktif merokok sejak pasien masih duduk di sekolah menengah pertama.

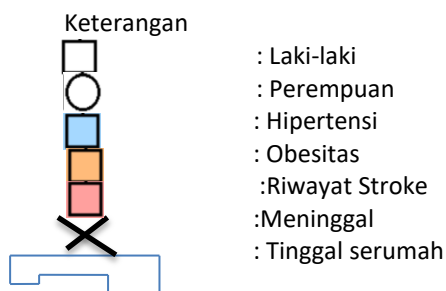
Dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak baik tampak sakit ringan, tekanan darah 170/100 mmHg, frekuensi nadi 98 x/menit, frekuensi nafas 20 x/menit, suhu 36,5 °C, berat badan 102 kg, tinggi badan 162 cm, IMT: 38.9, dan lingkaran perut 115 cm. Pada pemeriksaan status generalis didapatkan mata, telinga, hidung, dan mulut dalam batas normal. Pada pemeriksaan leher, JVP tidak meningkat, kelenjar dalam batas normal. Paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan rhonki dan wheezing, kelenjar dalam batas normal. Jantung, batas jantung dalam batas normal, BJ I/II reguler. Abdomen dan ekstremitas dalam batas normal. Muskuloskeletal kekuatan otot ekstremitas superior dextra 5, superior sinistra 4, inferior dextra 5, inferior sinistra 4, tidak didapatkan kelainan sendi, ROM dalam batas normal. Pemeriksaan neurologis menunjukkan reflek fisiologis; bisep (+/+), trisep (+/+), patella (+/+), achilles (+/+) reflek patologis; babinsky

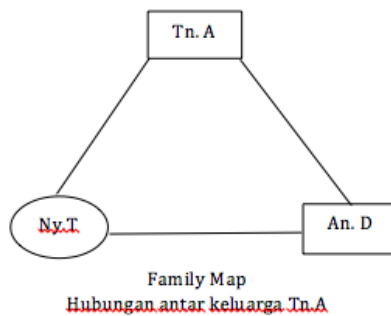
(-/-). Pemeriksaan sensorik; nyeri, termis, raba (+/+) dan pemeriksaan motorik; gerakan (+/+), normotrofi, normotoni, dan kekuatan otot.

Pasien sudah menikah dan memiliki tiga orang anak. Pasien tinggal bersama istri dan anak pasien yang paling bungsu. Sebelum sakit, pasien bekerja di PT. Astra bidang keamanan namun sekarang sudah berhenti bekerja. Istri pasien bekerja sebagai juru masak dan seringkali sudah berangkat bekerja dari subuh dan anak pasien yang paling bungsu masih sekolah. Kedua anak pasien yang lain sudah berkeluarga. Semenjak sakit, pasien sering merasa tidak percaya diri karena sudah tidak dapat beraktivitas dan bekerja seperti sebelumnya. Pasien juga sering khawatir memikirkan penyakitnya bisa bertambah parah dan berulang terutama ketika pasien sedang sendirian dirumah dan tidak ada yang menolong. Bentuk keluarga pada pasien ini adalah keluarga inti (*nuclear family*) yang terdiri suami, istri, dan tiga orang anak. Kebutuhan materi keluarga dipenuhi dari penghasilan istri pasien sebagai juru masak yaitu sebesar kurang lebih 1.000.000/bulan. Pola pengobatan keluarga pasien adalah kuratif.



Gambar 1. Genogram Keluarga Tn. A



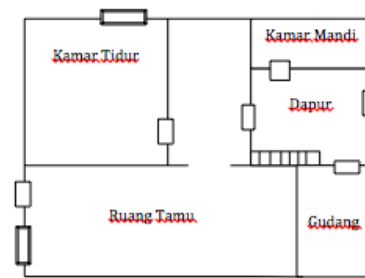


Gambar 2. Family Map Keluarga Tn.A

Pasien tinggal dirumah permanen milik sendiri yang berukuran 5 m x 6 m, tidak bertingkat, memiliki 1 buah kamar tidur, 1 ruang tamu, satu kamar mandi, dan satu dapur. Kamar tidur pasien terlihat berantakan, terdapat banyak baju yang tergeletak di tempat tidur dan tergantung. Jendela terdapat di depan rumah dan dalam kamar pasien berupa kaca tembus pandang yang jarang dibuka. Ventilasi rumah hanya ada di atas jendela dan di atas pintu depan. Pertukaran udara kurang baik. Kamar mandi kurang bersih dengan jamban jenis leher angsa di dalamnya. Sumber air berasal dari air sumur.

Diagnostik holistik awal pada pasien terdiri dari empat aspek yaitu aspek personal, klinis, risiko internal, dan aspek psikososial keluarga dan lingkungan eksternal. Aspek personal yaitu alasan kedatangan: pasien sering merasa nyeri kepala, kekhawatiran: takut penyakit stroke berulang kembali dan tidak bisa beraktifitas serta bekerja secara normal kembali, khawatir bila penyakitnya memberat; harapan: Keluhan penyakit berkurang, hipertensi terkontrol, tidak obesitas, dapat beraktifitas dan bekerja secara normal kembali. Aspek klinik yaitu hipertensi derajat II (ICD X-I10), riwayat Stroke (ICD X-Z86.73), dan obesitas (ICD X-E66).

Aspek risiko internal adalah IMT yang termasuk kriteria obesitas derajat II yaitu 38,9 kg/m², faktor riwayat keluarga hipertensi, suka mengonsumsi makanan asin dan banyak garam, jarang berolahraga, kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang



Keterangan:
□ : Pintu
▭ : Jendela

Gambar 3. Denah rumah Tn. A

dialami, terdapat stressor akibat kekhawatiran pasien karena sakit dan takut membebani keluarga, perilaku berobat kuratif. Aspek keempat adalah aspek psikososial keluarga dan lingkungan eksternal yaitu kurangnya pengetahuan keluarga untuk memotivasi pasien agar selalu memeriksakan kesehatannya dan menjaga pola hidup, kurangnya pengetahuan keluarga pentingnya memotivasi dan menyemangati pasien agar tidak merasa rendah diri dan patah semangat karena penyakit yang diderita, kurangnya pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga mengenai penyakit terkait dan kurangnya perilaku hidup sehat dalam keluarga.

Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient centered* dan *family focused*. Intervensi *patient centered* berupa terapi medikamentosa yaitu amlodipine 1x10 mg, furosemide 1x40 mg, paracetamol 3x500 mg (jika perlu). Terapi non-medikamentosa berupa edukasi kepada pasien mengenai penyakit yang sedang diderita oleh pasien (hipertensi, obesitas, dan stroke), program penatalaksanaan mandiri berupa modifikasi gaya hidup .edukasi tentang pencegahan terjadinya stroke berulang dan apa yang harus dilakukan apabila gejala berulang, ,memberikan motivasi untuk minum obat secara kontinu dan mengambil obat sekaligus mengontrol tekanan darah serta menganjurkan pasien untuk meneruskan mengikuti program BPJS.

Intervensi *family focused* berupa edukasi dan konseling mengenai penyebab,

risiko, pencegahan dan komplikasi penyakit hipertensi, obesitas, dan stroke serta peran keluarga dalam tatalaksana, edukasi untuk selalu menjalankan pola hidup sehat, memberikan edukasi mengenai pentingnya dukungan serta motivasi keluarga agar pasien tetap semangat dan percaya diri.

Diagnosis holistik akhir pada pasien ini adalah aspek personal: keluhan sudah berkurang, kekhawatiran pasien mulai berkurang dan harapan pasien saat ini keluhan hilang, tekanan darah terkontrol, dan stroke tidak berulang; aspek klinis yaitu hipertensi grade II (ICD X-I10.0), riwayat Stroke (ICD X-Z86.73). dan obesitas (ICD X- E66); aspek resiko internal yaitu pengetahuan mengenai penyakit bertambah, pengetahuan mengenai gaya hidup yang tepat sesuai penyakit yang diderita meningkat, pasien termotivasi untuk menurunkan berat badan, dan pasien mulai mau minum obat anti hipertensi rutin. Aspek psikososial keluarga terdiri dari keluarga mulai memahami peran penting dukungan dan motivasi pada kesehatan pasien, meningkatnya kesadaran keluarga untuk hidup sehat, keluarga memotivasi pasien agar senantiasa mengatur pola makan dan rutin minum obat, meningkatnya pengetahuan keluarga tentang penyakit terkait dan kesadaran terhadap pencegahan penyakit hipertensi yang mungkin diturunkan kepada generasi selanjutnya dari pasien. Derajat Fungsional akhir 2, yaitu mampu melakukan aktivitas fisik ringan, baik didalam rumah maupun diluar rumah.

Pembahasan

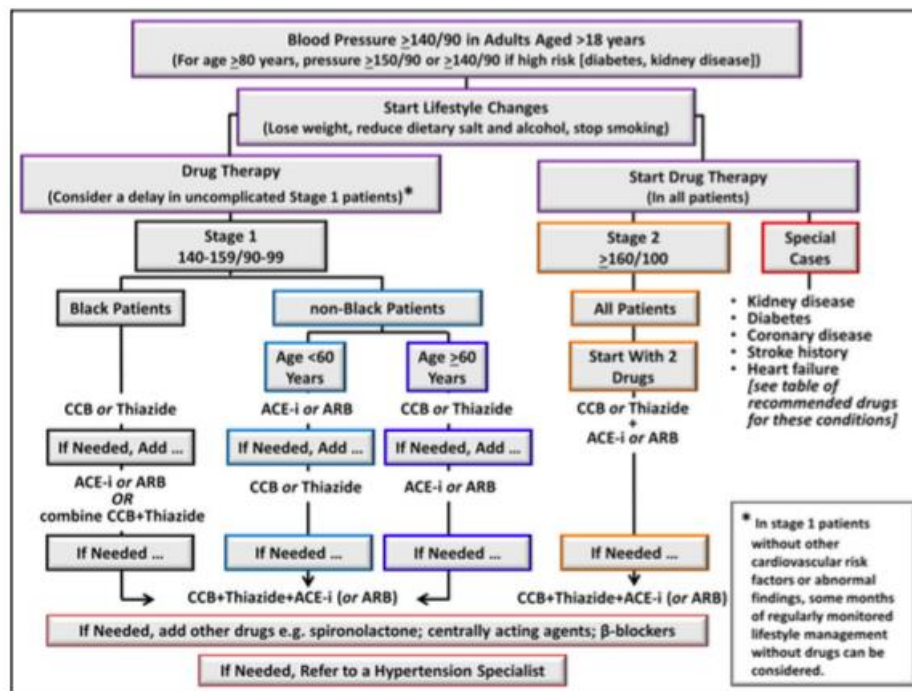
Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah seorang pasien Tn. A berusia 53 yang terdiagnosis hipertensi dan obesitas. Ketika memeriksakan diri ke Puskesmas Rawat Inap Gedong Tataan, Tn.A datang karena keluhan sakit kepala dan rasa berat pada leher yang hilang timbul, saat dilakukan pemeriksaan, didapatkan tekanan darah

pasien 170/100 mmHg dengan dua kali pemeriksaan.

Hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan atau diastolik lebih besar dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat (tenang). Hipertensi didefinisikan oleh *Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure 8* sebagai tekanan yang lebih tinggi dari 140 / 90 mmHg.⁷

Program Pada Pedoman Tatalaksana Hipertensi pada Penyakit Kardiovaskular di Indonesia yang dibuat oleh Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI) dijelaskan bahwa penatalaksanaan penyakit hipertensi dapat dibagi menjadi tatalaksana non-farmakologis dan farmakologis. Pada tatalaksana non farmakologis menjalani pola hidup sehat telah banyak terbukti dapat menurunkan tekanan darah, dan secara umum sangat menguntungkan dalam menurunkan risiko permasalahan kardiovaskular. Pada pasien yang menderita hipertensi derajat 1, tanpa faktor risiko kardiovaskular lain, maka strategi pola hidup sehat merupakan tatalaksana tahap awal, yang harus dijalani setidaknya selama 4 – 6 bulan. Terapi farmakologi baru dimulai pada penderita hipertensi derajat 1 yang tak mengalami penurunan tekanan darah setelah >6 bulan menjalani pola hidup sehat dan pada pasien hipertensi derajat ≥ 2 . Beberapa pola hidup sehat yang dianjurkan adalah penurunan berat badan, mengurangi asupan garam, olahraga, mengurangi konsumsi alkohol, dan berhenti merokok.⁸

Algoritme tatalaksana hipertensi yang direkomendasikan berbagai guidelines memiliki persamaan prinsip, dan dibawah ini adalah algoritme tatalaksana hipertensi secara umum, yang disadur dari *A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension 2013*:⁹



Gambar 4. Algoritme Tatalaksana Hipertensi⁹

Dengan memahami pedoman tata laksana hipertensi ini, maka dapat dipahami bahwa yang menjadi dasar utama adalah pola hidup sehat. Bila pasien tidak mengalami penurunan tekanan darah setelah >6 bulan menjalani gaya hidup sehat, maka diberikan satu golongan obat untuk hipertensi derajat 1 pilihan awal berupa golongan thiazide dan pertimbangkan juga golongan ACEI dan ARB, BB dan CCB. Dan kombinasi dua golongan obat yang cara kerjanya berbeda untuk hipertensi derajat 2, contohnya golongan thiazide dan ACEI.⁹

Dalam guideline JNC 8, beberapa modifikasi gaya hidup yang dianjurkan adalah penurunan berat badan. Penurunan berat badan dapat mengurangi tekanan darah sistolik 5-20 mmHg/ penurunan 10 kg. Rekomendasi ukuran pinggang <80 cm untuk wanita, indeks massa tubuh <25 kg/m².⁷ Rekomendasi penurunan berat badan meliputi nasihat mengurangi asupan kalori dan juga meningkatkan aktivitas fisik. Mengadopsi pola makan DASH (Dietary Approaches To Stop Hypertension) dengan mengganti makanan tidak sehat dan memperbanyak makan buah, sayuran, dan produk susu rendah lemak dengan kandungan lemak jenuh dan total

lebih sedikit kaya potassium dan calcium juga dapat menurunkan berat badan dan tekanan darah sistolik hingga 8 – 14 mmHg. Selanjutnya adalah mengurangi asupan garam. Di Indonesia, makanan tinggi garam dan lemak merupakan makanan tradisional pada kebanyakan daerah. Tidak jarang pula pasien tidak menyadari kandungan garam pada makanan cepat saji, makanan kaleng, daging olahan dan sebagainya. Restriksi garam harian dapat menurunkan tekanan darah sistolik 2-8 mmHg. Dianjurkan untuk konsumsi sodium chloride ≤6 g/hari (100 mmol sodium/hari). Aktivitas fisik yang dilakukan secara teratur dapat menurunkan tekanan darah sistolik 4 – 9 mmHg. Beraktivitas fisik dengan intensitas sedang pada kebanyakan, atau setiap hari pada 1 minggu (total harian dapat diakumulasikan, misalnya 3 sesi, 1 sesi dilakukan selama 10 menit). Olah raga juga dapat dilakukan yaitu sebanyak 30 – 60 menit/hari, minimal 3 hari/ minggu, dapat menolong penurunan tekanan darah. Selanjutnya adalah mengurangi konsumsi alkohol. Walaupun konsumsi alkohol belum menjadi pola hidup yang umum di negara kita, namun konsumsi alkohol semakin hari semakin meningkat seiring dengan perkembangan pergaulan dan

gaya hidup, terutama di kota besar. Konsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria dan lebih dari 1 gelas per hari pada wanita dapat meningkatkan tekanan darah.⁷ Modifikasi gaya hidup yang terakhir adalah berhenti merokok. Walaupun hal ini sampai saat ini belum terbukti berefek langsung dapat menurunkan tekanan darah, tetapi merokok merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular, dan pasien sebaiknya dianjurkan untuk berhenti merokok.⁸

Berdasarkan JNC 8, bila pasien tidak mengalami penurunan tekanan darah menjalani gaya hidup sehat, maka untuk pasien diberikan satu golongan obat untuk terapi hipertensi awal, pilihan awal berupa golongan thiazide dan pertimbangkan juga golongan ACEI, ARB, dan CCB. Jika target tekanan darah dalam tidak tercapai dalam 1 bulan perawatan, tingkatkan dosis obat awal atau tambahkan obat kedua dari salah satu kelas yang direkomendasikan. Jika target tekanan darah tidak dapat dicapai dengan 2 obat, tambahkan dan titrasi obat ketiga dari daftar yang tersedia.⁷

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan mengintervensi pasien beserta keluarga sebanyak 4 kali, dimana dilakukan kunjungan pertama pada tanggal 11 Mei 2019. Pada kunjungan keluarga pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihal penyakit yang telah diderita. Selain itu, pada kunjungan ini juga dinilai mengenai karakteristik demografi keluarga, fungsi keluarga, dan identifikasi faktor lain yang berpengaruh pada penyakit Tn. A.

Dari anamnesis, faktor risiko yang ditemukan pada pasien ini adalah genetik, dan faktor gaya hidup (pola makan dan olahraga). Secara genetik, pasien memiliki kakak yang juga menderita hipertensi bahkan meninggal karena stroke. Adanya riwayat keluarga dekat yang menderita hipertensi meningkatkan risiko terkena hipertensi, terutama pada hipertensi primer. Keluarga yang memiliki hipertensi dan penyakit jantung meningkatkan risiko hipertensi 2-5 kali lipat.³ Pasien juga

memiliki pola hidup yang kurang baik karena suka mengonsumsi makanan asin dan banyak garam, makanan berminyak, serta kurang beraktivitas fisik. Pola aktivitas fisik yang tidak baik memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian hipertensi dan berisiko meningkatkan kejadian hipertensi masing-masing sebanyak 6,1 kali dan 3,5 kali lebih besar.¹¹

Pada pemeriksaan fisik awal didapatkan tekanan darah 170/100 mmHg. Berdasarkan hasil pengukuran, Indeks Massa Tubuh pasien 38,9 kg/m² termasuk kategori obesitas derajat II. Risiko terjadinya hipertensi meningkat empat kali lipat pada penderita obesitas. Hal ini terjadi karena adanya resistensi insulin, peningkatan kadar leptin, peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis, peningkatan aktivitas sistem renin-angiotensin aldosteron, dan peningkatan reabsorpsi sodium renal pada individu yang obesitas.³

Kunjungan kedua dilaksanakan pada tanggal 16 Mei 2019. Pada kunjungan kedua ini dilakukan pengecekan tekanan darah pasien, pengisian family folder, menilai aspek personal, aspek klinis, risiko eksternal, psikososial dan derajat fungsional. Pasien merasa khawatir dengan keadaan keluarganya saat ini karena dirinya tak bekerja lagi. Stres dapat memicu naiknya tekanan darah. Reaksi pembuluh darah jantung oleh hormon stres akan mengakibatkan peningkatan kerja, sehingga sistem pompa jantung menjadi tidak stabil.¹¹

Dalam hal lingkungan rumah, pasien tinggal di pemukiman yang cukup padat penduduk. Pasien tidur bersama istri pasien dalam satu kamar yang sempit dengan ventilasi dan pencahayaan yang kurang baik. Akses ke pelayanan kesehatan cukup dekat. Hal ini juga berpengaruh dalam perilaku kesehatan pasien karena untuk menuju ke fasilitas kesehatan primer memerlukan kendaraan bermotor dan pasien hanya dapat bergantung kepada orang lain karena tidak dapat mengendarai motor dan keterbatasan mobilitas.

Kunjungan ketiga dilaksanakan pada tanggal 24 Mei 2019 untuk melakukan intervensi terhadap pasien dan keluarga

pasien dengan menggunakan media flipchart tentang penyakit hipertensi, obesitas, dan stroke dari definisi, faktor resiko, komplikasi, sampai pencegahannya, pengendalian, serta makanan yang dianjurkan dan yang tidak dianjurkan untuk pasien, dampak psikologis dan pentingnya dukungan keluarga pada pasien paska-stroke serta motivasi diri pada pasien paska stroke serta memberikan alat untuk memeriksa tekanan darah sehari – hari. Pada kunjungan kedua ini juga dilakukan pemeriksaan tekanan darah terhadap pasien dengan menggunakan alat spigmomanometer jenis jarum dan didapatkan tekanan darah sebesar 160/100 mmHg, juga dilakukan pemeriksaan kekuatan otot.

Intervensi ini dilakukan dengan tujuan untuk merubah pengetahuan sikap dan perilaku pasien tentang penyakit hipertensi dan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Edukasi pada pasien meliputi pemantauan tekanan darah secara berkala, konsumsi obat secara rutin dan pastikan ketersediaan obat, pemantauan efek samping obat, olahraga atau meningkatkan aktifitas fisik, diet seimbang terutama mengurangi asupan garam, dan menghindari asap rokok. Dengan tujuan tekanan darah dapat terkontrol dengan target tekanan darah yang telah banyak direkomendasikan oleh berbagai studi pada pasien hipertensi dengan penyakit jantung dan pembuluh darah, adalah tekanan darah sistolik < 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik < 90 mmHg.

Edukasi juga memuat tentang gaya hidup yang baik dengan olahraga sesuai dengan kondisi penyakit pasien. Berdasarkan PERKI 2015, Olahraga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30-60 menit/hari, minimal 3 hari/minggu, dapat menolong penurunan tekanan darah.⁸ Sesuai juga dengan rekomendasi PERKI 2015 penderita hipertensi dianjurkan untuk asupan garam yang tidak melebihi 2 gr/hari.⁸ Dengan diet seimbang dan aktivitas fisik juga dapat menurunkan berat badan yang berdampak baik untuk mengurangi obesitas sekaligus menurunkan tekanan darah. Pasien juga diedukasi untuk tetap berperilaku hidup sehat untuk mencegah kemungkinan stroke berulang dan

mengendalikan faktor risiko serta harus tetap percaya diri dan tidak merasa dikucilkan oleh keluarga dan masyarakat. Edukasi ini dilakukan bukan hanya kepada pasien namun juga pada keluarga pasien agar menambah pengetahuan dan informasi mengenai penyakit dan penatalaksanaan pada penyakit pasien serta keluarga pasien menerapkan pola hidup yang sehat dan mencegah penyakit degeneratif. Disini juga keluarga pasien diedukasi untuk melakukan latihan fisik pada pasien, edukasi keluarga untuk menyempatkan waktu dalam menemani pasien setiap kali kontrol ke pelayanan kesehatan, dan edukasi mengenai pentingnya dukungan keluarga terhadap pasien dalam melakukan pengobatan dan menyemangati pasien.

Kunjungan keempat dilakukan pada tanggal 31 Mei 2019, yaitu dilakukan 7 hari setelah intervensi. Saat kunjungan pasien mengatakan keluhan sakit kepala yang menjalar ke leher sudah tidak terlalu sering dirasakan. Pasien juga mengatakan bahwa pasien telah mencoba mengikuti pola makan yang dianjurkan dan yang tidak dianjurkan. Istri pasien juga menyatakan bahwa pasien lima hari terakhir ini melakukan jalan pagi dan sore hari kurang lebih 30-50 menit sehari dan rutin kontrol tekanan darah serta minum obat. Pasien juga mengatakan akan berusaha mengaktifkan kartu BPJS nya kembali agar dapat sering memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan yang tersedia. Pada pemeriksaan fisik, berat badan dan lingkar perut pasien masih sama dengan pemeriksaan awal, tetapi terdapat penurunan tekanan darah menjadi 160/100.

Meskipun tekanan darah pasien masih diluar target karena masih diatas 140/90, berat badan dan lingkar perut masih sama, namun tekanan darah tersebut sudah berangsur-angsur turun dibandingkan dengan saat pasien pertama kali diukur. Hal tersebut merupakan sesuatu yang wajar mengingat bahwa perubahan gaya hidup dan kebiasaan tidaklah mudah dan hasilnya tidak bisa dinilai dalam waktu yang dekat. Butuh waktu agar pasien benar-benar dapat mengadopsi perilaku secara keseluruhan sehingga]menjadi

gaya hidup yang akan dilakukan hingga seterusnya.

Simpulan

Pada kasus ini didapatkan pasien pria usia 53 tahun yang menderita hipertensi dan obesitas dengan riwayat stroke dengan pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang dialaminya dan gaya hidup yang tidak tepat. Dalam melakukan intervensi terhadap pasien tidak hanya memandang dalam hal klinis tetapi juga terhadap psikososialnya, oleh karenanya diperlukan pemeriksaan dan penanganan yang holistik, komperhensif dan berkesinambungan. Perubahan perilaku pada Tn. A terkait penyakit yang diderita pasien terlihat setelah pasien diberikan intervensi dan akhirnya mengubah pola hidupnya dengan pola makan yang sehat, aktivitas fisik, dan pola pengobatan yang teratur.

Daftar Pustaka

1. WHO. A global brief on Hypertension. Geneva: World Heart Organization; 2013.
2. Kementerian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2018.
3. Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata S, Setiati S. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi ke-5. Jakarta: Publishing Interna; 2010.
4. Wilson PWF, Agustino RB, Sullivan L, Parise H, Kannel WB. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk. The Framingham Experience. *Arc. Intern. Med.* 2002; 162(16):1867-72.
5. Natalia D, Hasibuan P, Hendro. 2014. Hubungan Obesitas dengan Hipertensi pada Penduduk Kecamatan Sintang, Kalimantan Barat. *eJKI.* 2014; 2(3):156-8
6. WHO. Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization; 2015.
7. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment High Blood Pressure (JNC). The Eight Report of Hypertension Guidelines: An In-Depth Guide. *Am J Manag Care.* 2014.
8. PERKI. Pedoman Tatalaksana Kardiovaskuler Indonesia. Jakarta; 2015.
9. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Jour of Hypertension.* 2013; 31:1281-1357.
10. Notoatmojo S. Pendidikan Dan Prilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2003.
11. Lu Y, Lu M, Dai H, et al. Lifestyle and risk of hypertension: Follow-up of a young pre-hypertensive cohort. *Int J Med Sci.* 2015; 12(7):605-612.