

Penatalaksanaan Holistik Osteoarthritis dan Obese Derajat 1 Pada Wanita Usia 64 Tahun Melalui Pendekatan Dokter Keluarga

Ani Purwati¹, Dian Isti Anggraini², Susi Kania³

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

³Bagian Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Osteoarthritis (OA) merupakan penyakit sendi degeneratif yang progresif ditandai dengan kerusakan tulang rawan sendi dan struktur sendi diarthrodial. Di Indonesia, OA merupakan penyakit reumatik yang paling banyak ditemui dibandingkan kasus penyakit reumatik lainnya. Penyebab OA bersifat multifaktorial, terutama meningkat pada usia 50 tahun, antara lain jenis kelamin, obese, faktor genetik dan ras, riwayat keluarga, cedera sendi, aktivitas fisik yang berat dan kebiasaan olah raga, pekerjaan, dan penggunaan sendi yang berulang-ulang. Metode yang digunakan yaitu analisis studi. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien Ny P, usia 64 tahun dengan diagnosis Osteoarthritis. Pasien memiliki aspek risiko internal kurang pengetahuan tentang OA, pola berobat kuratif, pola makan yang tidak teratur. Aspek risiko eksternal pada pasien adalah kurangnya pengetahuan dan dukungan keluarga dalam pengobatan. Selanjutnya dilaksanakan penatalaksanaan secara holistik terhadap pasien dan keluarga melalui media intervensi flipchart berupa informasi tentang OA dan aktifitas yang dianjurkan untuk pasien, mengedukasi tentang latihan fisik sederhana. Dalam evaluasi ditemukan keluhan pasien berkurang, dan sudah mau mengonsumsi makanan dengan pola hidup yang baik dan mencoba olahraga teratur. Penatalaksanaan secara holistik dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku pada pasien. Selain itu, peran keluarga amat penting dalam perawatan dan pengobatan pasien serta dukungan juga diperlukan

Kata Kunci : Dokter keluarga, osteoarthritis, penatalaksanaan holistik

Holistic Management of Grade 1 Osteoarthritis and Obesity in a 64-Year-Old Woman Through a Family Physician Approach

Abstract

Osteoarthritis (OA) is a progressive degenerative joint disease characterized by damage to joint cartilage and diarthrodial joint structures. In Indonesia, OA is the most common rheumatic disease compared to other rheumatic diseases. The causes of OA are multifactorial, especially increasing at the age of 50 years, including gender, obesity, genetic and racial factors, family history, joint injury, strenuous physical activity and exercise habits, work, and repetitive joint use. The method used is study analysis. Primary data were obtained through history taking, physical examination and home visits to complete family data, psychosocial and environmental data. Assessment is carried out based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study quantitatively and qualitatively. The patient is Mrs. P, 64 years old with a diagnosis of Osteoarthritis. Patients have internal risk aspects of lack of knowledge about OA, curative treatment patterns, irregular eating patterns. The external risk aspect for the patient is the lack of knowledge and family support in treatment. Furthermore, holistic management of patients and families is carried out through flipchart intervention media in the form of information about OA and recommended activities for patients, educating about simple physical exercises. In the evaluation, it was found that the patient's complaints were reduced, and they were willing to eat food with a good lifestyle and try regular exercise. Holistic management can improve knowledge, attitudes, and behavior in patients. In addition, the role of the family is very important in the care and treatment of patients and support is also needed

Keywords: Family physician, osteoarthritis, holistic management

Korespondensi: Ani Purwati, Bandar Lampung, anipurwati306@gmail.com

Pendahuluan

Osteoarthritis merupakan suatu penyakit degeneratif pada persendian yang disebabkan oleh beberapa faktor yaitu umur, jenis kelamin, ras, genetik, merokok, trauma, pekerjaan (aktivitas), kebiasaan olahraga dan obesitas.

Penyakit ini mempunyai karakteristik berupa terjadinya kerusakan pada kartilago (tulang rawan sendi). Kartilago merupakan suatu jaringan keras bersifat licin yang melingkupi sekitar bagian akhir tulang keras di dalam persendian. Jaringan ini berfungsi sebagai

penghalus gerakan antar tulang dan sebagai peredam (shock absorber) pada saat persendian melakukan aktivitas atau gerakan¹.

Penyakit osteoarthritis hampir 70% dialami oleh mereka yang berusia di atas 50 tahun ditandai dengan adanya kerusakan struktur dalam persendian. Penyakit ini sebagian besar berlokasi di tangan, pergelangan tangan, serta sendi-sendi yang menahan beban tubuh seperti lutut, pinggul, dan punggung dikarenakan proses penekanan yang terus menerus selama bertahun-tahun².

Diagnosis OA biasanya didasarkan pada gambaran klinis dan radiografis. Pemeriksaan diagnostik secara visualisasi dapat digunakan alat seperti roentgen, Magnetic Resonance Imaging (MRI), Optical Coherence Tomography (OCT), dan Ultrasound (US). Radiografi berguna untuk penilaian dari struktur tulang, sementara OCT digunakan untuk mengevaluasi tulang rawan artikular dan US digunakan untuk evaluasi ligamen dan sinovium. Pemeriksaan MRI memungkinkan visualisasi dari semua struktur intra artikular, meskipun US atau OCT mungkin preferensial dalam beberapa keadaan. Untuk menegaskan diagnosis OA, kombinasi semua teknik visualisasi mungkin diperlukan untuk mendapatkan gambaran paling komprehensif dari penyakit³.

Gambaran radiografi sendi yang mendukung diagnosis OA adalah: (1) Penyempitan celah sendi yang seringkali asimetris (lebih berat pada bagian yang menanggung beban) (2) Peningkatan densitas (sklerosis) tulang subkhondrial (3) Kista tulang (4) Osteofit pada pinggir sendi (5) Perubahan struktur anatomi sendi. Berdasarkan perubahan radiografi tersebut, secara radiografi dapat digolongkan menjadi OA ringan sampai berat⁴.

Terapi non farmakologi sangat penting dalam pengelolaan OA. Menurut The American College of Rheumatology (ACR) 2012, Terapi non farmakologi dibedakan menurut lokasi OA, untuk terapi non farmakologi OA tangan yaitu menyediakan alat bantu untuk melakukan aktivitas sehari-hari, baik penyedia perawatan primer atau terapi okupasi dan penggunaan agen termal (di kompres) untuk menghilangkan rasa sakit serta kekakuan⁵.

Osteoarthritis lutut yaitu melakukan senam aerobik atau ketahanan latihan, latihan aquatic, dan untuk orang yang kelebihan berat badan harus menurunkan berat badan dan jika perlu menggunakan alat bantu berjalan. Osteoarthritis panggul yaitu melakukan senam aerobik atau ketahanan latihan, latihan aquatic, dan untuk orang yang kelebihan berat badan harus menurunkan badan dan jika perlu menggunakan alat bantu berjalan⁶.

Terapi farmakologi pada OA ditargetkan pada penghilangan rasa sakit. Karena sering terjadi pada individu lanjut usia yang memiliki kondisi medis lainnya, diperlukan suatu pendekatan konservatif terhadap pengobatan. Golongan analgesik seperti asetaminofen (analgesik oral) dan kapsaisin (analgesik topikal) lalu golongan NSAID serta dapat juga diberikan kortikosteroid. Terapi bedah diberikan bila terapi farmakologis tidak berhasil untuk mengurangi rasa sakit dan juga mengatasi apabila terjadi deformitas sendi yang mengganggu aktivitas sehari-hari⁷.

Penatalaksanaan OA baik secara non farmakologik dan farmakologik yang semula hanya ditujukan untuk mengurangi rasa nyeri, mempertahankan atau meningkatkan fungsi gerak sendi, mengurangi keterbatasan aktivitas fisik sehari-hari, meningkatkan kemandirian dan kualitas hidup seseorang terkait OA. Saat ini diharapkan dapat pula memodifikasi perjalanan penyakit bahkan mungkin mencegah terjadinya OA dengan pemberian disease-modifying drugs untuk OA (DMOADs)⁸.

Hasil terbaik bila dilakukan pendekatan multidisiplin dan tatalaksana yang bersifat multimodal. Perlu diketahui bahwa penyebab nyeri yang terjadi bersifat multifaktorial. Nyeri dapat bersumber dari regangan serabut syaraf periosteum, hipertensi intraosseous, regangan kapsul sendi, hipertensi intra-artikular, regangan ligament, mikrofraktur tulang subchondral, enthesopathy, bursitis dan spasme otot⁹. Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk membahas mengenai penatalaksanaan holistik penyakit OA dengan prinsip pendekatan kedokteran keluarga.

Kasus

Pasien Ny. P, usia 64 tahun datang ke puskesmas Rawat inap Panjang pada tanggal

23 Agustus 2021 dengan keluhan nyeri pada sendi di lutut kanan dan kaki kanan, terus menerus terutama saat malam hari dalam tiga hari terakhir, muncul ketika pasien sering melakukan kegiatan berjalan. Nyeri dirasakan pada kaki kanan, disertai bengkak pada sendi lutut kanan yang nyeri. Nyeri sangat mengganggu aktivitas sehingga pasien sulit untuk melakukan gerakan- gerakan sederhana seperti menekuk lutut saat sujud dan duduk.

Pasien mengaku keluhan nyeri sendi seperti ini sudah dirasakan sejak 5 tahun yang lalu namun nyeri yang dirasakan pasien tidak sampai mengganggu aktivitas dan pasien mengatakan bahwa keluhan akan menghilang jika pasien beristirahat. Namun 1 bulan terakhir ini keluhan semakin memberat sehingga mengganggu aktivitas dan membuat pasien untuk memeriksakan kondisi kesehatannya.

Keluhan ini bermula dari pasien banyak kegiatan membereskan rumah dan berjalan mengelilingi komplek. Keluhan menghilang jika pasien diberi obat atau beristirahat tetapi ada waktu-waktu tertentu dimana keluhan tidak sampai mengganggu aktivitas dan terkadang pula keluhan yang timbul sangat nyeri sehingga pasien sulit bangun dari tempat tidur.

Pasien akan berobat bila keluhan mengganggu aktivitas sehari-hari. Pasien juga mengaku khawatir bila keluhan yang dirasakan berkembang sehingga menyebabkan kelumpuhan. Dalam keluarga, pasien merupakan tiga bersaudara dan hanya pasien yang diketahui menderita keluhan ini. Menurut pasien, ibu pasien dahulu juga pernah mengalami keluhan nyeri sendi namun belum pernah memeriksakan ke dokter terkait keluhan tersebut. Saudara kandung pasien juga tidak pernah mengalami keluhan serupa dan belum memeriksakan kesehatannya jadi tidak diketahui apakah menderita penyakit tersebut. Anak-anak pasien tidak ada yang mengalami keluhan serupa dan ketika pasien berobat pasien didampingi oleh keluarga.

Pasien tidak memiliki riwayat minum-minuman beralkohol dan merokok. Pasien jarang minum kopi, susu maupun teh. Pasien jarang berolahraga dan pasien ingin mengikuti kegiatan senam lansia tetapi takut malah memperparah sakit nya

Pasien biasanya makan makanan berat 1-2 kali dalam sehari tergantung rasa lapar. Makanan yang dimakan kurang bervariasi. Dalam satu kali makan, pasien mengambil nasi sebanyak satu centong nasi, satu lauk (ikan, tempe, tahu) dan satu sendok makan sayur. Mayoritas lauk digoreng. Pasien jarang mengonsumsi sayur-sayuran. Pasien juga kadang- kadang makan camilan, dalam seminggu bisa 2-3 kali. Camilan yang dikonsumsi adalah gorengan dan juga kue kering. Pasien mengaku cukup sering mengonsumsi buah. Buah yang sering pasien makan akhir-akhir ini adalah buah pir, jeruk apel dan mangga.

Aktivitas sehari-hari yang rutin dikerjakan pasien adalah memasak di rumah dan membereskan rumah, sedangkan untuk mencuci dilakukan oleh anak perempuannya. Setelah selesai dari memasak pasien biasanya menonton televisi sambil ditemani cucu laki-lakinya. Menjelang sore hari, pasien duduk-duduk di teras rumah bersama anak dan cucu perempuannya.

Hubungan pasien dengan anak dan cucunya baik serta harmonis. Begitu pula hubungan dengan lingkungan tetangga baik dan harmonis. Pasien juga sadar akan penyakitnya dan menghindari stress. Dukungan keluarga untuk memotivasi pasien agar selalu memeriksakan kesehatannya dan menjaga pola makannya masing tergolong kurang.

Pendapatan dalam keluarga berasal dari menantu pasien yang bekerja sebagai penjual sayur dan kelapa di pasar. Penghasilan yang didapatkan dirasa cukup untuk mencukupi kebutuhan hidup sehari- hari.

Pembahasan

Pembinaan dengan prinsip kedokteran keluarga ini dilakukan terhadap Ny. P berusia 64 tahun dengan diagnosis klinis OA dan obese derajat satu. Pembinaan ini dilakukan dengan pertimbangan Ny.P menderita penyakit menahun dan kurang memiliki pengetahuan mengenai penyakitnya. Pasien baru mengetahui penyakitnya sejak satu bulan yang lalu dan mengaku bahwa orang tua yaitu ibu pasien menderita keluhan nyeri sendi yang serupa dengan pasien. Diagnosis klinis OA ditegakkan berdasarkan pada kriteria American

College of Rheumatology 1986 dan diagnosis OA dapat ditegakkan bila skor memenuhi $\geq 5/9$ dari kriteria.

Hal ini sesuai dengan riwayat perjalanan penyakit pasien dan kondisi klinis saat pasien memeriksakan diri ke puskesmas. Pasien memiliki skor 5 yaitu usia di atas 50 tahun, kaku sendi kurang dari 30 menit, krepitus, nyeri tulang, dan tidak teraba hangat ketika palpasi. Skor bisa meningkat karena pasien belum pernah melakukan pemeriksaan laboratorium maupun rontgen sebelumnya.

Osteoarthritis merupakan penyakit sendi degeneratif yang ditandai dengan kerusakan tulang rawan sendi dan struktur sendi diarthrodial. Di Indonesia, OA merupakan penyakit reumatik yang paling banyak ditemui dibandingkan kasus penyakit reumatik lainnya. Penyebab OA bersifat multifaktoral antara lain jenis kelamin, obese, faktor genetik, ras, riwayat keluarga, cedera sendi, aktivitas fisik yang berat, pekerjaan, dan melakukan gerakan pada sendi yang sama berulang-ulang serta faktor usia yang meningkatkan risiko terjadinya OA pada usia 50 tahun ke atas¹⁰.

Pada kunjungan pasien ke puskesmas rawat inap Panjang tanggal 23 Agustus 2021, pasien diberikan terapi medikamentosa dengan NSAID Natrium diklofenak 50 mg dua kali sehari. Obat ini dikonsumsi terutama saat pasien mengeluh nyeri pada sendi-sendi. Pasien juga dibuat rujukan ke dokter spesialis ortopedi untuk terapi lebih lanjut.

Pemberian NSAID pada pasien OA dengan tujuan untuk mengurangi nyeri dan inflamasi sehingga selain dapat mengurangi gejala juga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Omeprazole dapat diberikan 20 mg satu kali sehari pada pasien untuk mengurangi efek samping yang ditimbulkan akibat pemakaian jangka panjang NSAID non selektif yaitu meningkatkan risiko perdarahan mukosa lambung¹¹.

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan mengintervensi pasien beserta keluarga sebanyak tiga kali dimana kunjungan pertama pada tanggal 23 Agustus 2021. Pada kunjungan pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien dan keluarga serta menerangkan tujuan kedatangan diikuti

dengan anamnesis tentang penyakit yang diderita dan keadaan keluarga pasien.

Pada kunjungan kedua dilakukan intervensi berupa pemberian edukasi menggunakan materi leaflet berisi tentang OA, definisi, faktor risiko, gejala, komplikasi, pengaturan diet dan contoh aktivitas fisik yang dapat dilakukan oleh pasien di rumah untuk membantu melatih otot dari sendi yang terkena sehingga dapat meningkatkan mobilitas pasien dan mencegah spasme. Pasien juga dilakukan food recall untuk menilai kepatuhan pasien terhadap anjuran diet yang sudah diberikan. Anjuran diet yang diberikan yaitu rendah protein untuk lansia karena pada lansia sudah mengalami penurunan fungsi organ ginjal sehingga perlu dilakukan diet yang sesuai.

Kunjungan ketiga dilakukan pada tanggal 10 Oktober 2021 setelah kunjungan kedua. Hal yang dievaluasi adalah mengenai perubahan pola perilaku, pengetahuan pasien setelah diberikan penjelasan sebelumnya, penimbangan berat badan, dan pelaksanaan anjuran-anjuran yang telah diberikan pada kunjungan kedua. Evaluasi perubahan perilaku dengan melihat form food recall yang telah diberikan dan didapatkan hasil Ny. P hampir semua sudah mengikuti anjuran yang telah diberikan meskipun ada beberapa hal yang belum dapat diterapkan seperti konsumsi buah setiap hari yang masih jarang dan kegiatan tentang olahraga yang dilakukan.

Untuk evaluasi pengetahuan pasien tentang penyakitnya dilakukan dengan menanyakan beberapa pertanyaan tentang komplikasi dari OA. Pada saat kunjungan ketiga ini juga dilakukan penimbangan berat badan kembali dan didapatkan berat badan pasien sebesar 74 kg, turun 600 gram dari kunjungan kedua. Pada saat kunjungan ini pasien nyeri sendi dan bengkak sudah jauh berkurang dan pasien sudah lebih leluasa bergerak dan mampu melakukan aktivitas fisik ringan seperti

Laporan dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 mengungkapkan bahwa prevalensi penyakit sendi di Indonesia mencapai 7,3%. Masalah sendi yang terjadi tentu beragam, namun yang paling rentan dan umum terjadi adalah osteoarthritis (OA) atau radang sendi. 8 yang dianjurkan. Dilakukan

intervensi terhadap keluarga pasien berupa health promotion: melakukan pola hidup bersih dan sehat dan hindari stress¹².

Simpulan

Penegakan diagnosis OA pada kasus ini sudah sesuai dengan beberapa teori dan telaah kritis dari penelitian terkini. Telah dilakukan penatalaksanaan pada pasien secara holistik dan komprehensif, *patient center, family appropriated* dengan pengobatan OA secara literatur berdasarkan *evidence based medicine*. Pasien diberikan edukasi mengenai pentingnya menghindari faktor pencetus kekambuhan OA, mengikuti fisioterapi sesuai anjuran dokter spesialis ortopedi, olahraga ringan teratur dan pola makan yang sehat. Dukungan keluarga diperlukan untuk membantu pasien mengendalikan penyakit pasien. Intervensi yang diberikan telah mengubah beberapa perilaku pasien dan keluarga, meskipun ada beberapa perilaku pasien yang tidak berubah, hanya terbatas pada penambahan pengetahuan namun tidak diikuti dengan kesadaran diri pasien.

Daftar Pustaka

1. Sharma L. Osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med*. 2021;384(1):51-59.
2. Katz JN, Arant KR, Loeser RF. Diagnosis and treatment of hip and knee osteoarthritis: a review. *Jama*. 2021;325(6):568-578.
3. Wang X, Oo WM, Linklater JM. What is the role of imaging in the clinical diagnosis of osteoarthritis and disease management? *Rheumatology*. 2018;57(suppl_4):iv51-iv60.
4. Roemer FW, Demehri S, Omoumi P, et al. State of the art: Imaging of osteoarthritis—Revisited 2020. *Radiology*. 2020;296(1):5-21.
5. Abramoff B, Caldera FE. Osteoarthritis: pathology, diagnosis, and treatment options. *Med Clin*. 2020;104(2):293-311.
6. Ceballos-Laita L, Estébanez-de-Miguel E, Martín-Nieto G, Bueno-Gracia E, Fortún-Agúd M, Jiménez-del-Barrio S. Effects of non-pharmacological conservative treatment on pain, range of motion and physical function in patients with mild to moderate hip osteoarthritis. A systematic review. *Complement Ther Med*. 2019;42:214-222.
7. Mora JC, Przkora R, Cruz-Almeida Y. Knee osteoarthritis: pathophysiology and current treatment modalities. *J Pain Res*. 2018;11:2189.
8. Oo WM, Little C, Duong V, Hunter DJ. The development of disease-modifying therapies for osteoarthritis (DMOADs): the evidence to date. *Drug Des Devel Ther*. 2021;15:2921.
9. de Wit M, Cooper C, Tugwell P, et al. Practical guidance for engaging patients in health research, treatment guidelines and regulatory processes: results of an expert group meeting organized by the World Health Organization (WHO) and the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Aging Clin Exp Res*. 2019;31(7):905-915.
10. Hawker GA. Osteoarthritis is a serious disease. *Clin Exp Rheumatol*. 2019;37(Suppl 120):3-6.
11. Hermann W, Lambova S, Muller-Ladner U. Current treatment options for osteoarthritis. *Curr Rheumatol Rev*. 2018;14(2):108-116.
12. Sartiwi W, Yanti E. Characteristics and physical activity with incidence of osteoarthritis in hospital. in: Vol 1. ; 2020.