

## Penatalaksanaan Holistik Osteoarthritis dan Obesitas Derajat 2 pada Wanita Usia 69 Tahun Melalui Pendekatan Dokter Keluarga Abiyi Pratama Husada Widoyoko<sup>1</sup>, Firinda Soniya<sup>2</sup>, Fitria Saftarina<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup>Program Profesi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

<sup>3</sup>Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

### Abstrak

Osteoarthritis (OA) merupakan suatu penyakit degeneratif pada persendian yang disebabkan oleh beberapa faktor yaitu umur, jenis kelamin, ras, genetik, trauma, pekerjaan (aktivitas), dan obesitas. Berdasarkan data dari WHO 2019, prevalensi penyakit sendi dilaporkan 40% penduduk dunia yang lansia akan menderita OA, dari jumlah tersebut 80% mengalami keterbatasan gerak sendi. Penyebab nyeri yang terjadi bersifat multifaktorial. Obesitas merupakan faktor risiko terkuat yang dapat di modifikasi pada pasien OA. Selama berjalan, setengah berat badan bertumpu pada sendi. Peningkatan berat badan akan melipat gandakan beban sendi saat berjalan terutama sendi lutut. Pasien Ny. N, usia 69 tahun datang ke puskesmas rawat inap Panjang pada tanggal 11 November 2021 dengan keluhan nyeri dan kaku pada sendi di lutut kanan dan kiri sejak 1 minggu yang lalu, keluhan di rasakan terus menerus terutama ketika pasien sering melakukan kegiatan berjalan. Nyeri dirasakan pada lutut kanan dan kiri. Durasi muncul keluhan nyeri kurang dari 30 menit. Rasa nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul terutama pada pagi hari setelah bangun tidur. Pada pemeriksaan fisik didapatkan berat badan 87 kg, tinggi badan 168 cm, IMT 33,98. Diagnosis pada pasien ini adaah Osteoarthritis (OA) dan Obesitas derajat II. Penatalaksanaan dilakukan secara holistik terhadap pasien dan keluarga melalui media intervensi *flipchart* berupa informasi tentang OA dan obesitas dan juga menyarankan aktifitas yang dianjurkan untuk pasien. Penatalaksanaan secara holistik berdasarkan *Evidence Based Medicine* yang berbasis *patient-centered* dan *family approach* dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku pada pasien.

**Kata Kunci :** Obesitas, osteoarthritis, penatalaksanaan holistik

## Holistic Management of Osteoarthritis and 2<sup>nd</sup> Grade Obesity In 69 Years Old Woman Through Family Medicine Approach

### Abstract

Osteoarthritis (OA) is a degenerative disease of the joints caused by several factors there are age, gender, race, genetics, trauma, occupation (activity), and obesity. Based on data from the WHO 2019, the prevalence of joint disease is reported to be 40% of the world's elderly population will suffer from OA, which 80% have limited joint motion. The causes of pain that occur are multifactorial. Obesity is the strongest modifiable risk factor in OA patients. During activity, half of the body weight rests on the joints. An increase in body weight will double the load on the joints when walking, especially the knee joints. Patient Mrs. N, 69 years old, came to the Panjang health center on November 11, 2021 with complaints of pain and stiffness in the joints in the right and left knees since 1 week ago. The complaints were felt continuously, especially when the patient often walked. Pain is felt in the right and left knees. The duration of complaints of pain appears less than 30 minutes. The pain is felt like a stabbing and comes and goes, especially in the morning after waking up. On physical examination, the body weight was 87 kg, height 168 cm, BMI 33.98. The diagnosis in this patient was Osteoarthritis (OA) and 2<sup>nd</sup> Grade Obesity. Management is carried out holistically for patients and families through flipchart intervention media in the form of information about OA and obesity and also suggests recommended activities for patients. Holistic management based on Evidence Based Medicine through patient-centered and family approaches can improve knowledge, attitudes and behavior on the patient.

**Keywords :** Obesity, osteoarthritis, holistic management

Korespondensi : Abiyi Pratama Husada Widoyoko, alamat Jl. Abdul Muis 8 No. 9a, Gedung Meneng, Rajabasa, Bandar Lampung, HP 082377852775, e-mail abipratama45@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.

Osteoarthritis (OA) merupakan bentuk arthritis yang paling sering ditemukan di masyarakat, bersifat kronis, serta berdampak besar dalam masalah kesehatan masyarakatnya. Osteoarthritis dapat terjadi pada orang dari segala etnis, lebih sering mengenai wanita dan

merupakan penyebab tersering pada penyebab disabilitas jangka panjang pada pasien dengan usia lebih daripada 65 tahun.<sup>1</sup>

Berdasarkan data dari WHO 2019, prevalensi penyakit sendi dilaporkan 40% penduduk dunia yang lansia akan menderita OA, dari jumlah tersebut 80% mengalami keterbatasan gerak sendi. Penyakit ini biasanya terjadi pada usia diatas 70 tahun. Berdasarkan data dari RISKESDAS 2018 Indonesia tercatat sekitar 7,3% yang menderita osteoarthritis atau radang sendi yang umum terjadi. Sedangkan di Provinsi Lampung angka prevalensi penyakit sendi berdasarkan diagnosis dokter atau tenaga kesehatan pada umur  $\geq 15$  tahun (Masa Remaja Awal) yaitu 11,5%.<sup>2</sup>

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 penyakit.<sup>3</sup>

Obesitas merupakan faktor risiko terkuat yang dapat di modifikasi. Selama berjalan, setengah berat badan bertumpu pada sendi. Peningkatan berat badan akan melipat gandakan beban sendi saat berjalan terutama sendi lutut. Pada pasien dewasa di atas umur 45 tahun, sejumlah 19% dari mereka mengeluhkan nyeri yang terpusat di sendi lutut. Dapat disimpulkan bahwa meningkatnya rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien OA selain dipengaruhi oleh tingkat keparahan penyakit dan umur, status *obese* yang diderita pasien turut mempengaruhi.<sup>4,5</sup>

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).<sup>6,7</sup>

Penatalaksanaan 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 otot. Berdasarkan uraian di atas, pemeriksa tertarik untuk membahas mengenai penatalaksanaan holistik penyakit OA dan obesitas derajat 2 dengan prinsip pendekatan kedokteran keluarga.<sup>7</sup>

### Kasus

Pasien Ny. N, usia 69 tahun datang ke puskesmas rawat inap Panjang pada tanggal 11 November 2021 dengan keluhan nyeri dan kaku pada sendi di lutut kanan dan kiri sejak 1 minggu yang lalu. Keluhan di rasakan terus menerus terutama ketika pasien sering melakukan kegiatan berjalan. Nyeri dirasakan pada lutut kanan dan kiri. Durasi muncul keluhan nyeri kurang dari 30 menit. Rasa nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul terutama pada pagi hari setelah bangun tidur. 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 pernah dirasakan sejak 3 tahun yang lalu namun nyeri yang dirasakan pasien tidak sampai mengganggu aktivitas dan pasien mengatakan bahwa keluhan akan menghilang jika pasien beristirahat dan pasien mengaku pernah terdengar bunyi "krek" pada lutut sebelah kiri. Namun sejak 1 tahun terakhir ini keluhan semakin memberat sehingga mengganggu aktivitas dan membuat pasien untuk memeriksakan kondisi kesehatannya.

Keluhan ini bermula dari pasien banyak kegiatan berjalan karena mengikuti banyak kegiatan. Keluhan menghilang jika pasien diberi obat natrium diclofenak dan ditambah dengan beristirahat tetapi keluhan tidak sampai mengganggu aktivitas dan terkadang pula keluhan yang timbul sangat nyeri sehingga pasien sulit untuk berjalan. Pasien meminum obat tersebut sejak 1 tahun yang lalu tetapi tidak rutin meminumnya.

Pasien biasanya makan makanan berat 2-3 kali dalam sehari. Dalam 1 kali makan, pasien mengambil nasi sebanyak 2 centong nasi, 1 lauk (ikan laut, ayam, tempe, tahu) dan makan sayur sebanyak 1 mangkok. Mayoritas lauk digoreng. Pasien cukup sering mengonsumsi sayur-sayuran. Pasien juga kadang-kadang makan camilan, dalam sehari bisa 2-3 kali. Camilan yang dikonsumsi adalah gorengan. Pasien mengaku cukup sering mengonsumsi buah. Buah yang sering pasien makan akhir-akhir ini adalah buah, jeruk, apel, pisang dan mangga

Pasien mengatakan sudah pernah berobat 3 tahun yang lalu ke tempat pengobatan alternatif tetapi tidak sembuh dan sudah pernah diberikan obat suntik oleh dokter tetapi keluhan kembali dirasakan. Pasien juga mengaku khawatir bila keluhan yang dirasakan berkembang sehingga menyebabkan kelumpuhan.

Dalam keluarga, pasien merupakan enam bersaudara dan hanya pasien yang diketahui menderita keluhan ini. Menurut pasien, saudara kandung pasien juga tidak pernah mengalami keluhan serupa. anak-anak pasien tidak ada yang mengalami keluhan serupa dan ketika pasien berobat pasien didampingi oleh keluarga

Pada Pemeriksaan Fisik didapatkan keadaan umum; tampak sakit sedang, kesadaran *compos mentis* dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*) 15. Tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 87x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu 36,6<sup>0</sup>C. Berat badan 87 kg, tinggi badan 168 cm, IMT 33,98. Berdasarkan kriteria Asia Pasifik, pasien tergolong ke dalam *obese* derajat II.

Pada status generalis didapatkan pemeriksaan kepala *normocephal*, konjungtiva

anemis (-/-), sklera ikterik (-/-). Telinga kesan dalam batas normal. Hidung tidak terdapat nafas cuping hidung. Bibir tidak terdapat sianosis. Pada pemeriksaan thoraks, didapatkan pergerakan dada yang simetris antara kanan dan kiri, sikatrik (-/-), penggunaan otot bantu napas (-/-), nyeri tekan (-), massa (-), fremitus taktil sama antara kanan dan kiri, perkusi sonor dikedua lapang paru, auskultasi didapatkan vesikuler (+/+), ronki (-/-), dan *wheezing* (-/-). Pada pemeriksaan jantung, ictus cordis tidak terlihat dan teraba di sela iga ke-5 linea mid-clavicula. Batas jantung dalam batas normal, bunyi jantung I dan bunyi jantung II reguler, tidak terdapat bunyi jantung tambahan.

Pemeriksaan abdomen, bentuk datar, bising usus 10x/menit, nyeri tekan (-), massa (-), perkusi timpani. Ekstremitas superior dekstra sinistra dan inferior dekstra sinistra tidak teraba hangat, edema (-), nyeri tekan (+) pada regio genu sinistra dan dekstra, CRT <2 detik.

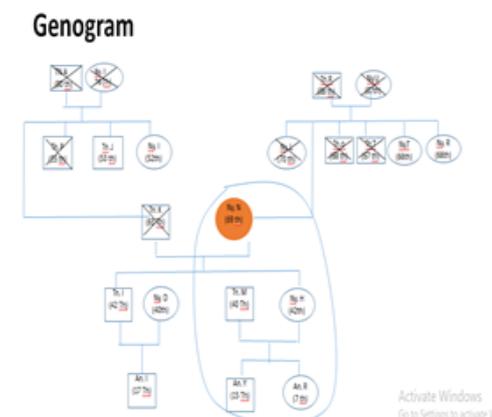
Pada status lokalis di dapatkan pada regio genue dextra dan sinistra deformitas (-/-), benjolan (-/-), edema (-), hiperemis (-/-), nyeri tekan (+/+), krepitasi (-/+), teraba panas (-/-), kekuatan otot (5/5), ROM nyeri pada saat akan melakukan gerakan fleksi kedepan. Pasien tidak melakukan pemeriksaan penunjang

Pasien memiliki 2 orang anak, namun yang tinggal bersama pasien yaitu anak ke 2 dari pasien beserta dengan menantu dan cucu, anak ke 1 pasien sudah menikah dan tinggal bersama dengan istrinya. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga *extended* yaitu terdiri dari ayah, ibu, satu orang anak laki-laki dan satu orang anak perempuan. Pasien seorang perempuan berusia 69 tahun dan bekerja sebagai kepala sekolah TK. Suami pasien sudah meninggal sejak 5 tahun yang lalu dikarenakan sakit diabetes melitus. Anak pasien yang pertama sudah berkeluarga bekerja sebagai pedagang, anak ke dua pasien bekerja sebagai karyawan swasta. Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga dimusyawarahkan bersama dan diputuskan oleh pasien karena sebagai orang tua di dalam keluarga tersebut.

Pendapatan dalam keluarga berasal dari pribadi pasien yang bekerja sebagai kepala sekolah di TK dengan gaji sekitar 1.500.000-2.000.000 beserta dari anak anaknya yang

bekerja sebagai karyawan swasta, pedagang dan menantu nya yang bekerja sebagai pedagang. Penghasilan yang didapatkan dirasa cukup untuk mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari.

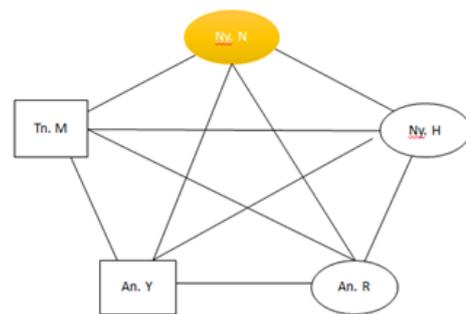
Hubungan antar anggota keluarga terjalin cukup erat. Keluarga masih menyempatkan untuk kumpul bersama dalam sehari, yakni biasanya untuk mengobrol saat sore atau malam hari setelah pasien dan anaknya pulang ke rumah. Keluarga pasien juga biasanya beribadah bersama di rumah. Keluarga mendukung untuk segera berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit dan saling mendampingi saat pergi berobat, kecuali apabila sedang ada keperluan lain. Perilaku berobat keluarga masih mengutamakan kuratif, yakni memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila ada keluhan mengganggu kegiatan sehari-hari. Jarak rumah ke puskesmas ± 1 kilometer.



- Keterangan**
- Laki Laki
  - Perempuan
  - X Laki Laki Meninggal
  - X Perempuan Meninggal
  - Pasien Osteoarthritis dan obesitas

**Gambar 1.** Genogram

Family mapping keluarga Ny. N dapat dilihat pada Gambar 2.



**Keterangan**  
 —= hubungan antar anggota keluarga (dekat)

**Gambar 2.** Family mapping

**Tabel 1 . Family APGAR SCORE**

	Selalu	Kadang - Kadang	Tidak Pernah
<b>A</b> Saya puas bahwa saya dapat kembali ke keluarga saya bila saya menghadapi masalah	✓		
<b>P</b> Saya puas dengan cara keluarga saya membahas dan membagi masalah dengan saya	✓		
<b>G</b> Saya puas dengan cara keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan kegiatan baru atau arah hidup yang baru	✓		
<b>A</b> Saya puas dengan cara keluarga saya mengekspresikan kasih sayangnya dan merespon emosi saya seperti kemarahan,	✓		

	perhatian, dll	
R	Saya puas dengan cara keluarga saya dan saya membagi waktu bersama	✓

*Adaptation* : 2  
*Partnership* : 2  
*Growth* : 2  
*Affection* : 2  
*Resolve* : 2  
 Total *Family APGAR Score* 10 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik).

*Family SCREEM* keluarga Ny. N

*Social* : 4  
*Cultural* : 3  
*Religion* : 5  
*Economic* : 5  
*Education* : 2  
*Medical* : 5

Berdasarkan penilaian *family SCREEM* Ny. N didapatkan skor total 24 yang menunjukkan sumber daya keluarga cukup. Penilaian poin *cultural* sudah menunjukkan kepuasan atau kebanggaan terhadap budaya dan poin *medical* menunjukkan bahwa Ny.N merasa pelayanan kesehatan tersedia dengan fasilitas kesehatan yang cukup memadai. Poin *social* interaksi pasien dengan anggota keluarga cukup baik namun pasien tidak begitu dekat dengan lingkungan sosial luar keluarga. Keluarga Ny.N dari segi ekonomi merasa sangat cukup memenuhi kebutuhan pangan setiap hari. Pendidikan terakhir Ny. N hanya tamat SMP dan suaminya tamat SMP yang dinilai tingkat pendidikan keluarga cukup rendah.

Diagnostik Holistik Awal

#### Aspek 1. Aspek personal

- Alasan kunjungan: Keluhan sendi lutut bengkak disertai nyeri dan kaku sehingga sulit untuk sujud dan berjalan jauh
- Kekhawatiran: Keluhan berlanjut, pasien tidak bisa berjalan
- Harapan: Keluhan berkurang, tidak berulang dan dapat bebas dari rasa sakit

- Persepsi: Nyeri sendi yang makin memberat serta lemas mengganggu pasien dalam beraktivitas. Pasien tidak mengetahui bahwa penyakit yang diderita dapat menyebabkan komplikasi.

#### Aspek 2. Diagnosis klinis awal:

- Osteo Arthritis (ICD X: M19.90; ICPC: L90)
- Obesitas ( ICD E.66; ICPC : T 82)

#### Aspek 3. Risiko Internal

- Usia 69 tahun (lansia)
- Wanita
- Status gizi dengan IMT 33.98 termasuk dalam *obese* derajat 2
- Pola pengobatan hanya dilakukan ketika terdapat keluhan.

#### Aspek 4 Risiko Eksternal

- Dukungan dan pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita
- Sehari-hari beraktivitas dari pagi ke siang hari dan sering berjalan yang cukup jauh setiap harinya dengan jarak  $\pm 1$  km

#### Aspek 5. Psikososial Keluarga

- Pengetahuan keluarga mengenai penyakit yang diderita masih kurang
- Jarang berolahraga

**Skala fungsional:** Derajat dua yaitu masih mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam maupun di luar rumah.

Intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah edukasi dan konseling mengenai penyakit Osteoarthritis dan Obesitas derajat 2 kepada pasien dan anggota keluarga yang lainnya. Kegiatan terdiri dari tiga kali pertemuan. Pertemuan pertama adalah untuk melengkapi data dan menganamnesis pasien yang dilakukan saat kunjungan pasien ke puskesmas dan dilanjutkan kunjungan ke rumah pasien. Pertemuan kedua untuk melakukan intervensi secara tatap muka dan pertemuan ketiga adalah untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient center* dan *family focused*.

Penatalaksanaan pada osteoarthritis dan obesitas yaitu berupa tatalaksana farmakologi dan non farmakologi. Tatalaksana non farmakologi untuk pasien ini yaitu dapat diberikan edukasi kepada pasien mengenai penyakit OA dan obesitas, faktor risiko yang harus dihindari hingga komplikasi serta

rencana tatalaksananya, edukasi tentang keluhan yang di derita oleh pasien dengan media intervensi *flipchart* serta memotivasi pasien dan keluarga untuk edukasi di bagian gizi puskesmas mengenai makanan apa saja yang diperbolehkan, harus dibatasi dan dihindari sehingga tidak memperburuk OA dan obesitas dan dapat juga menginformasikan segala hal tentang OA dan aktifitas yang dianjurkan untuk pasien, mengedukasi tentang latihan fisik sederhana yang dapat dilakukan oleh pasien di rumah untuk melatih gerakan dan mencegah spasme otot, yaitu dengan olahraga yang minimal dilakukan 3x/minggu dengan intensitas ringan seperti berjalan santai.

Tatalaksana farmakologis yang dapat diberikan pada pasien ini adalah golongan *Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAID)* yaitu natrium diklofenak dengan dosis 50 mg dapat diberikan 2 kali dalam sehari. Pada pasien ini juga dapat diberikan vitamin B kompleks dan dapat dikonsumsi 1 kali dalam sehari.

Pada kasus ini, difokuskan juga beberapa edukasi terhadap keluarga pasien yaitu mencakup penjelasan penyakit OA, penyebab, tanda dan gejala, pengobatan serta pencegahannya. Edukasi keluarga pasien tentang obesitas agar memberikan makanan dengan gizi yang cukup dan tidak berlebihan dalam mengkonsumsi makanan. Edukasi kepada keluarga pasien mengenai pentingnya berobat teratur ke tenaga kesehatan agar penyakit pasien dapat terkontrol. Edukasi kepada keluarga pasien tentang faktor risiko eksternal, terutama lingkungan dan kondisi rumah dan menginformasikan mengenai olahraga minimal 3x/minggu seperti berjalan dengan intensitas ringan dan makanan yang sehat seperti buah dan sayur serta rendah lemak.

### **Pembahasan**

Pembinaan dengan prinsip kedokteran keluarga ini dilakukan terhadap Ny. N berusia 69 tahun dengan diagnosis klinis OA dan *obese* derajat 2. Pembinaan ini dilakukan dengan pertimbangan Ny.N menderita penyakit menahun yang tidak kunjung sembuh dan

kurang memiliki pengetahuan mengenai penyakitnya.

Dari anamnesis, beberapa faktor risiko juga didapatkan pada pasien ini, yaitu faktor umur, jenis kelamin, dan obesitas. Usia pasien ini yaitu 75 tahun, dimana semakin meningkat usia maka akan semakin meningkat juga risiko terjadinya OA. Estimasi di dunia, sekitar 9,6% laki-laki dan 18% wanita dengan usia  $\geq 60$  tahun memiliki gejala OA. Pasien memiliki Indeks massa tubuh yaitu 33,98. Faktor risiko tersebut mempengaruhi progresifitas kerusakan rawan sendi dan pembentukan tulang yang abnormal. Pada stadium lanjut rawan sendi mengalami kerusakan yang ditandai dengan adanya fibrilasi, fissura dan ulserasi yang dalam pada permukaan sendi.<sup>1</sup>

Pasien baru mengetahui penyakitnya sejak tiga tahun yang lalu dan mengaku bahwa orang tua yaitu bapak 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.<sup>5</sup>

Hal ini sesuai dengan riwayat perjalanan penyakit pasien dan kondisi klinis saat pasien memeriksakan diri ke puskesmas. Dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik pasien, pasien memiliki skor 5 berdasarkan kriteria yang ada yaitu usia di atas 50 tahun, kaku sendi kurang dari 30 menit, krepitus, nyeri tekan tulang, dan tidak teraba hangat ketika palpasi.<sup>5</sup>

Pemeriksaan penunjang pada pasien kasus ini belum dilakukan. Namun dapat dilakukan pemeriksaan berupa rontgen untuk membantu mengkonfirmasi diagnosis, menentukan derajat OA dan mencari tahu apakah terdapat patologi lain. Pemeriksaan *ultrasound* dapat dilakukan untuk mengetahui adanya hipertrofi dan inflamasi pada sendi sinovial. Pemeriksaan MRI dan CT-Scan jarang dilakukan. Namun pemeriksaan tersebut dapat membantu mengidentifikasi faktor predisposisi OA seperti adanya trauma pada ligamen anterior cruciata dan meniscus, serta mendeteksi OA di sendi yang lebih dalam, yang tidak bisa dilakukan oleh pemeriksaan *ultrasound*.<sup>3</sup>

Tatalaksana yang dapat diberikan ialah non-medikamentosa dan medikamentosa. Tatalaksana non-medikamentosa yang dapat dilakukan adalah mengurangi faktor risiko yang dapat dimodifikasi, misalnya mempertahankan atau mengurangi berat badan pada penderita obesitas. Selain itu, pasien disarankan untuk melakukan aktivitas fisik karena dapat mengatasi keluhan nyeri, meningkatkan fungsi sendi dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Namun aktivitas yang terlalu berat harus dihindari. Sarankan pasien untuk melakukan aktivitas fisik. olahraga yang minimal dilakukan 3x/minggu dengan intensitas ringan.<sup>8,9,10</sup>

Sedangkan tatalaksana medikamentosa lini pertama OA adalah menggunakan NSAID (*Non-Steroid Anti Inflammatory Drugs*) atau acetaminophen (paracetamol). NSAID diketahui lebih efektif dibandingkan acetaminophen. NSAID sangat dianjurkan dan merupakan obat oral pilihan pertama pada pengobatan OA terlepas dari lokasi anatomisnya. NSAID berupa diclofenac dapat diberikan dengan dosis 75 – 150 mg/hari, terbukti secara statistik dan klinis efektif sebagai tatalaksana osteoarthritis.<sup>6</sup>

Pada kunjungan pasien ke puskesmas rawat inap Panjang tanggal 11 November 2021, pasien diberikan terapi medikamentosa dengan NSAID Natrium diklofenak 50 mg dua kali sehari dan vitamin B kompleks. Obat ini dikonsumsi terutama saat pasien mengeluh nyeri pada sendi-sendi.

Pemberian NSAID pada pasien OA dengan tujuan untuk mengurangi nyeri dan inflamasi sehingga selain dapat mengurangi gejala juga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Vitamin B Kompleks untuk membantu metabolisme tubuh dan memperkuat sistem imunitas tubuh. NSAID berupa natrium diclofenac dapat diberikan dengan dosis 50 – 150 mg/hari, terbukti secara statistik dan klinis efektif sebagai tatalaksana osteoarthritis.<sup>6</sup>

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan mengintervensi pasien beserta keluarga sebanyak tiga kali dimana kunjungan pertama pada tanggal 13 November 2021. Pada kunjungan pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien dan keluarga serta menerangkan tujuan kedatangan diikuti dengan anamnesis dan

pemeriksaan fisik yang berkaitan dengan penyakit yang diderita dan keadaan keluarga pasien.

Pada kunjungan kedua dilakukan intervensi pada tanggal 24 November 2021. Sebelum dilakukan intervensi, pasien bersama keluarga diberikan *pretest* dengan tujuan untuk menilai tingkat pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit Osteoarthritis dan obesitas. Pada hasil *pretest* Ny.N mendapatkan skor 50, skor tersebut masih belum baik. Hal ini menunjukkan bahwa pasien belum mengetahui seutuhnya tentang penyakit yang di derita saat ini. Setelah dilakukan *pretest*, kemudian dilakukan pemberian edukasi menggunakan *flipchart* berisi tentang OA, definisi, faktor risiko, gejala, pengaturan diet, tindakan yang dilakukan apabila sudah mengalami obesitas dan juga memberikan edukasi tentang 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 lemak untuk pasien obesitas agar kalori atau lemak yang masuk kedalam tubuh pasien dapat terkontrol.<sup>6</sup>

Pada kunjungan ketiga dilakukan evaluasi terhadap intervensi yang sudah dilakukan pada tanggal 29 November 2021. Sebelum dilakukan evaluasi, pasien bersama keluarga diberikan *posttest* dengan tujuan untuk mengevaluasi tingkat pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit Osteoarthritis dan obesitas setelah dilakukan penyuluhan sebelumnya. Pada hasil *posttest* Ny.N mendapatkan skor 100, skor tersebut sudah sangat baik. Hal ini menunjukkan bahwa pasien sudah mengetahui seutuhnya tentang penyakit yang di derita saat ini.

Setelah melaksanakan *posttest*, kemudian dilanjutkan untuk menganamnesis dan pemeriksaan fisik terhadap pasien. Dari hasil anamnesis didapatkan bahwa keluhan nyeri pada sendi lutut kanan dan kiri sudah tidak ada nyeri dan pada saat pemeriksaan fisik sudah tidak ada nyeri tekan. Saran aktivitas fisik yang diberikan sudah dilakukan dan pasien mengatakan setelah melakukan

aktivitas fisik intensitas ringan tersebut lutut sudah tidak nyeri. Hasil evaluasi mengenai pengetahuan pola makan, pasien sudah mengerti dan mulai menerapkannya.

### Simpulan

Pada pasien ini, penegakkan diagnosis osteoarthritis dan obesitas dapat ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang dan dari perhitungan IMT. Pasien ini datang ke puskesmas rawat inap Panjang dengan keluhan nyeri dan kaku pada sendi di lutut kanan dan kiri sejak 1 minggu yang lalu. Keluhan di rasakan terus menerus terutama ketika pasien sering melakukan kegiatan berjalan. Nyeri dirasakan pada lutut kanan dan kiri. Durasi muncul keluhan nyeri kurang dari 30 menit. Pada Pemeriksaan Fisik didapatkan keadaan umum; tampak sakit sedang. Pada status lokalis pada regio genu dextra dan sinistra didapatkan nyeri tekan (+/+), krepitasi (-/+).

Tatalaksana yang dapat diberikan untuk osteoarthritis dan obesitas adalah berfokus pada pengendalian faktor risiko, melakukan aktivitas fisik, pengaturan pola makan dan kontrol ke fasilitas kesehatan. Adapun faktor eksternal yang memengaruhi kondisi pasien berupa pengetahuan keluarga yang juga masih kurang tentang penyakit yang diderita pasien dan pola pengobatan keluarga yang masih bersifat kuratif dan faktor internal pasien seperti dari faktor usia, obesitas dan pola pengobatan secara kuratif dapat juga memengaruhi kondisi pasien. Perubahan pengetahuan pada pasien dan keluarga pasien terlihat setelah dilakukan intervensi secara *patient-centred* dan *family focused*.

### Daftar Pustaka

1. Perhimpunan Reumatologi Indonesia. Rekomendasi IRA untuk Diagnosis dan Penatalaksanaan Osteoarthritis. Divisi Reumatologi Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSCM. 2014: 1–3 p.
2. RISKESDAS 2018. Laporan\_Nasional\_RKD2018\_FINAL.pdf [Internet]. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2018; p. 198. Available from: [http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan\\_Nasional\\_RKD2018\\_FINAL.pdf](http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf)
3. Braun HJ, Gold GE. Diagnosis of osteoarthritis: Imaging. *Bone*. 2012;51(2):278–88.
4. Soeroso, Juwono., Isbagio, Harry., Kalim, Handono., Broto, Rawan., Pramudyo, Riyadi., Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi Ke-6 Jakarta: Internal Publishing, 2014; 3197-3209
5. American College of Rheumatology. *Osteoarthritis*. Lake Boulevard NE, Atlanta; 2012.
6. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res*. 2012;64(4):465–74.
7. Pawanti S. KOTA PONTIANAK Oleh : SHANTY PAWANTI; 2015.
8. Zhang, Z., Huang C., Jiang, Q., et al. Guidelines for The Diagnosis and Treatment of Osteoarthritis in China. *Ann Transl Med*. 2020; 8(19): 1213
9. Abramoff, B dan Caldera, FE. Osteoarthritis: Pathology, Diagnosis, and Treatment Options. *Med Clin N Am*: .2019;1-19
10. Roth., SH. Diclofenac in The Treatment of Osteoarthritis. *International Journal of Clinical Rheumatology*. 2013; 8(2): 185-203