

Penatalaksanaan Holistik Pada Wanita Usia 63 Tahun dengan Osteoarthritis, Hipertensi, dan Dispepsia melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Thaharatin Giza Wulandari¹, Azelia Nusadewiarti²

¹Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Bagian Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Osteoarthritis merupakan suatu penyakit kronis ditandai dengan adanya kerusakan tulang rawan sendi sehingga menimbulkan rasa kaku, nyeri dan gangguan gerak. Sedangkan hipertensi merupakan keadaan dimana tekanan darah sistolik dan diastolik seseorang sebesar $\geq 140/90$ mmHg. Baik osteoarthritis dan hipertensi merupakan penyakit yang harus ditatalaksana secara komprehensif karena bersifat kronik. Menerapkan pelayanan dokter keluarga dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berbasis *Evidence-Based Medicine* yang bersifat *family-approach*, *patient-centred* dan *community oriented*. Studi yang dilakukan adalah laporan kasus. Pasien Ny. S, wanita, 63 tahun, memiliki keluhan utama terdapat nyeri di kedua sendi lutut sejak kurang lebih 3 hari yang lalu. Nyeri dirasakan hilang timbul dan memberat terutama pada pagi hari dengan durasi sekitar 15 menit. Pasien memiliki keluhan tambahan berupa nyeri kepala dan nyeri ulu hati. Pasien didiagnosis dengan osteoarthritis dengan hipertensi dan dispepsia. Beberapa faktor dapat memengaruhi keadaan pasien yaitu faktor risiko internal dan eksternal. Pada kasus ini telah dilakukan diagnosis dan tatalaksana sesuai dengan teori dan jurnal terkini. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan penurunan gejala klinis dan peningkatan pengetahuan pasien dan keluarganya. Diagnosis osteoarthritis dengan hipertensi dan dispepsia pada pasien ini sudah sesuai dengan teori dari beberapa panduan dan jurnal, terlihat adanya perubahan pengetahuan pada pasien dan keluarganya setelah dilakukan intervensi berdasarkan *Evidence-Based Medicine* yang bersifat *patient-centred* dan *family approach*.

Kata Kunci: Geriatri, hipertensi, kedokteran keluarga

Holistic Management Of 63 Years Old Woman With Osteoarthritis, Hypertension And Dyspepsia Through Family Medicine Approach

Abstract

Osteoarthritis is a chronic disease characterized by damage of joint cartilage that causing stiffness, pain, and movement disorders. While hypertension is a condition where a person's systolic and diastolic blood pressure is $\geq 140/90$ mmHg. Both osteoarthritis and hypertension are diseases that must be managed comprehensively because they are chronic. Implementing family doctor services by identifying risk factors, clinical problems, as well as patient management based on evidence-based medicine that is family-approach, patient-centred dan community oriented. The study conducted is a case report. Patient, Mrs. S, a woman, 63 years old, has a complaint of pain in both knee joints since about 3 days ago. Pain felt come and go and getting worse especially in the morning with a duration is about 15 minutes. The patient has an additional complaint of headache and epigastric pain. The patient was diagnosed as osteoarthritis with hypertension and dyspepsia. Several factors can affect patient's condition, both internal and external risk factors. In this case, diagnosis and treatment have been carried out according to the latest theory and journals. After the intervention, there was a decrease in clinical symptoms and an increase in the knowledge of patients and their families. The diagnosis of osteoarthritis with hypertension and dyspepsia in this patient was in accordance with the theory from several guidelines and journals, it was seen that there were a change in knowledge of the patient and his family after the intervention based on *evidence-based medicine* yang bersifat *patient-centred* dan *family medicine approach*.

Keywords: Geriatric, hypertension, family medicine

Korespondensi: Thaharatin Giza Wulandari, alamat Jl. Siwaoratu Blok O No. 4, Gedong Meneng, Rajabasa, Bandar Lampung, e-mail: thaharatingiza@gmail.com

Pendahuluan

Osteoarthritis merupakan suatu penyakit kronis yang ditandai dengan kerusakan tulang rawan sendi dan mengakibatkan tulang saling bergesekan sehingga menimbulkan rasa kaku, nyeri dan gangguan gerak. WHO mengestimasi

10% – 15% populasi dewasa memiliki osteoarthritis.⁴ Di Indonesia, prevalensi penyakit sendi berdasarkan Riskesdas tahun 2018 adalah sebesar 7,30% dengan prevalensi di Provinsi Lampung sebesar 7,61%.⁵

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan osteoarthritis antara lain obesitas, kelemahan otot, aktivitas fisik yang berlebihan atau kurang, riwayat trauma, dan faktor genetik. Diagnosis osteoarthritis ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Umumnya, penegakkan osteoarthritis didasarkan pada gejala klinis saja. Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk memonitoring penyakit dan menyingkirkan kemungkinan arthritis lainnya. Pada anamnesis, bisa didapatkan nyeri yang berangsur-angsur, kaku sendi yang bila disertai inflamasi maka akan teraba hangat, bengkak minimal tanpa kemerahan. Nyeri bisa juga terjadi saat melakukan aktivitas. Pada pemeriksaan fisik, didapatkan lingkup gerak sendi terbatas, bisa ditemukan krepitus, keterbatasan gerak, nyeri tekan serta pembengkakan. Pemeriksaan radiologi dapat dilakukan untuk klasifikasi diagnosis dan untuk merujuk ke orthopaedi.⁶

Sedangkan hipertensi, atau disebut juga dengan tekanan darah tinggi, merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik sebesar ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik sebesar ≥ 90 mmHg. Hipertensi merupakan penyakit tidak menular yang menjadi salah satu penyebab utama kematian prematur di dunia. WHO mengestimasi saat ini prevalensi hipertensi secara global sebesar 22% dari total penduduk dunia dan Asia Tenggara menduduki posisi ketiga tertinggi dengan prevalensi sebesar 25% terhadap total penduduk.⁷ Menurut Riskesdas tahun 2018, prevalensi hipertensi di Indonesia adalah 34,11%. Di Provinsi Lampung, prevalensi hipertensi sebesar 29,94% dan meningkat dengan semakin bertambahnya usia.⁵

Sebanyak 90% kasus hipertensi merupakan hipertensi primer. Secara umum, penyebab hipertensi primer belum diketahui, namun berhubungan erat dengan faktor-faktor yang tidak dapat dimodifikasi (riwayat genetik, umur, dan jenis kelamin) serta faktor yang dapat dimodifikasi (obesitas, merokok, kurang aktivitas fisik, konsumsi garam dan lemak berlebih, dan lainnya). Sedangkan hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang terjadi karena adanya penyakit yang mendasari.⁸

Diagnosis hipertensi dapat ditegakkan dari anamnesis dan ditemukannya faktor risiko

serta pemeriksaan fisik. Keluhan yang dapat dirasakan antara lain, sakit kepala, gelisah, penglihatan kabur, rasa sakit di dada, jantung berdebar, mudah Lelah, dan lain-lain.⁹

Penatalaksanaan osteoarthritis meliputi modifikasi gaya hidup, mempertahankan berat badan ideal, aktivitas fisik teratur, proteksi sendi, dan tatalaksana farmakologi berupa pemberian acetaminophen atau obat anti inflamasi non-steroid.⁷ Sedangkan tatalaksana hipertensi antara lain dengan pengendalian faktor risiko, gizi seimbang, pembatasan gula, garam, serta lemak, mempertahankan berat badan ideal dan modifikasi gaya hidup. Obat-obat antihipertensi yang digunakan antara lain diuretik, beta-blocker, Angiotensin *Converting* Enzyme (ACE-i) dan Angiotensin *Receptor* Blocker (ARB) serta *Calcium Channel* Blocker (CCB).⁹ Penatalaksanaan yang adekuat terhadap dua penyakit tersebut diharapkan dapat menghambat progresivitas penyakit, mencegah komplikasi dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.⁷

Oleh karena itu, diperlukan pendekatan kedokteran keluarga secara holistik, komprehensif, dan berkelanjutan untuk mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, dan melakukan penatalaksanaan yang tepat bagi pasien.

Kasus

Ny. S, 63 tahun, datang dengan keluhan adanya rasa nyeri pada kedua lutut sejak kurang lebih tiga hari yang lalu. Keluhan dirasakan sejak 3 bulan terakhir namun semakin memberat sejak 3 hari yang lalu. Rasa nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul terutama pada pagi hari setelah bangun tidur. Nyeri juga dirasakan memberat ketika pasien beraktivitas. Durasi munculnya nyeri kurang lebih 15 menit, setelah itu reda, kemudian muncul kembali. Keluhan nyeri di sendi lain disangkal. Keluhan bengkak pada sendiri disangkal. Kemerahan pada sendi disangkal.

Pasien mengatakan sering membeli obat di warung untuk mengobati keluhannya. Dahulu, pasien merupakan seorang tukang masak di suatu usaha catering makanan dan terbiasa melaukan pekerjaannya dengan durasi berdiri dalam waktu yang lama dan berjalan dari satu tempat ke tempat lain.

Pasien juga mengeluhkan adanya nyeri kepala. Nyeri dirasakan di seluruh bagian kepala terutama di belakang kepala, terus menerus seperti tertekan, dan membaik jika pasien beristirahat. Keluhan pandangan kabur disangkal. Keluhan jantung berdebar disangkal. Diketahui, pasien memiliki riwayat hipertensi sejak kurang lebih lima tahun lalu. Pasien diberikan obat anti hipertensi oleh dokter, namun setelah obat habis, pasien merasa sembuh dan tidak mengonsumsi obat atau kontrol ke fasilitas kesehatan. Pasien mengaku memiliki riwayat sering konsumsi makanan tinggi garam, seperti ikan asin serta sayur-sayuran yang mengandung banyak garam, yang dikonsumsi hampir setiap hari. Pasien berobat ke puskesmas hanya jika ada keluhan. Riwayat kebiasaan pasien, pasien mengaku jarang melakukan aktivitas fisik.

Selain itu, pasien juga mengeluhkan nyeri di ulu hati. Nyeri dirasakan terutama apabila pasien terlambat makan. Pasien mengatakan perutnya juga terasa perih dan terasa tidak nyaman. Keluhan rasa terbakar dan panas ditenggorokkan disangkal. Keluhan sesak disangkal. Keluhan mual muntah disangkal. Pasien mengatakan ibu pasien memiliki riwayat hipertensi. Dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien tampak sakit ringan, kesadaran *compos mentis*. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 169/102 mmHg, frekuensi nadi 86x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,5°C. Berat badan 62 kg, tinggi badan 155 cm, status gizi berdasarkan IMT 25,8 kg/m² (*overweight*).¹⁰

Pada pemeriksaan status generalis didapatkan Pemeriksaan kepala *normocephal*, konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-). Telinga kesan dalam batas normal. Hidung kesan dalam batas normal. 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

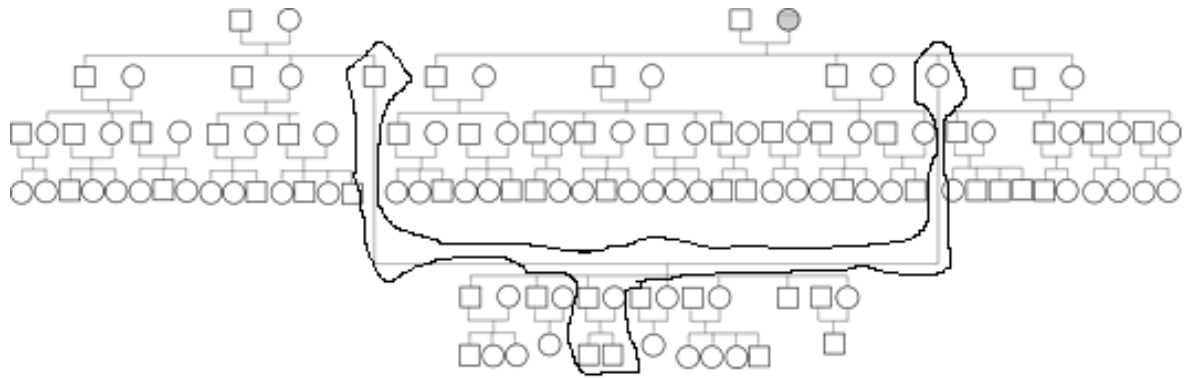
linea mid-clavicula. Batas jantung dalam batas normal, bunyi jantung I dan bunyi jantung II reguler, tidak terdapat bunyi jantung tambahan.

Pemeriksaan abdomen, bentuk datar, bising usus 6x/menit, nyeri tekan pada kuadran epigastrium, tidak teraba massa, perkusi timpani. Ekstremitas superior dekstra sinistra dan inferior dekstra sinistra teraba hangat, tidak didapatkan edema, CRT <2 detik.

Pada pemeriksaan status lokalis di regio genue dextra dan sinistra deformitas, benjolan, hiperemis tidak ditemukan. Nyeri tekan, krepitasi, dan teraba panas tidak ditemukan, pulsasi arteri teraba. Kekuatan otot (5/5), ROM (baik/baik). Pada pemeriksaan fungsi sensoris normal.

Pada penilaian *Modified Barthel Index* didapatkan skor 100, dapat disimpulkan bahwa pasien memiliki status mandiri, yang berarti tidak membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Dari penilaian *Geriatric Depression Scale* didapatkan skor 1, dapat disimpulkan bahwa pasien tidak mengalami depresi. Dari hasil penilaian *Mini-Mental State Examination* didapatkan skor 30, sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien tidak memiliki gangguan kognitif.

Ny. S merupakan seorang perempuan berusia 63 tahun. Anak keempat dari lima bersaudara. Kedua orang tua pasien sudah meninggal. Pasien tinggal bersama suami (Tn. K), anak (Tn. Y), istri dari anak (Ny. N), dan dua orang cucu (An. A dan An. Y). Bentuk keluarga pada keluarga pasien ini adalah keluarga besar (*extended family*) yaitu terdapat suami, ibu, anak, menantu, dan cucu. Saat ini pasien sudah tidak bekerja. Pendapatan keluarga berasal dari suami dan anak pasien. Psikologi pasien dalam keluarga tampak kurang baik diakibatkan rendahnya pendapatan dan sumber penghasilan. Hubungan antar anggota keluargaterjalin baik dan cukup erat. Keluarga pasien selalu beribadah di rumah dan di masjid. Keluarga mendukung untuk berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit, salah satu anggota keluarga selalu mendampingi saat berobat. Genogram keluarga dan hubungan antar keluarga Ny. S dapat dilihat pada gambar 1 dan gambar 2.



Gambar 1. Genogram Keluarga Ny. S

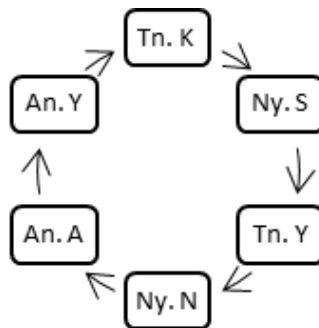
Keterangan:

⊗ ⊗ = meninggal

⊗ = hipertensi

— = tinggal serumah

⊗ = osteoarthritis



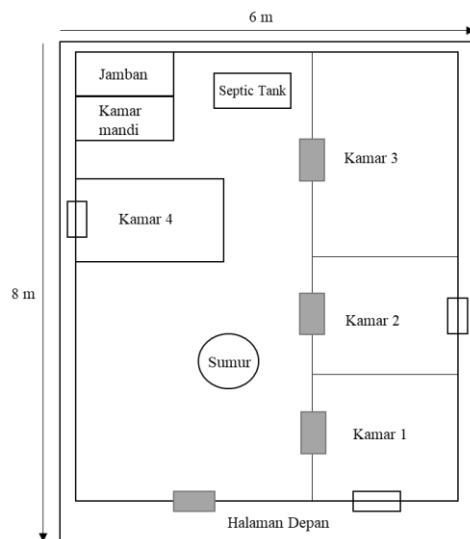
Gambar 2. Hubungan Keluarga Ny. S

Keterangan: → (Hubungan Erat)

Penilaian fungsi keluarga menggunakan *family apgar score*, dengan rincian *adaptation* (2), *partnership* (1), *growth* (2), *Affection* (2), dan *resolve* (1). Skor total pada penilaian ini adalah 8, yang menandakan tidak ada disfungsi keluarga. Fungsi Patologi pada keluarga dapat dinilai dengan *family screem score*. Hasil pemeriksaan didapatkan skor sebesar 24 yang menandakan sumber daya keluarga pada pasien ini baik.

Pasien tinggal bersama suami, anak, menantu, dan dua orang cucu. Rumah berukuran 8 x 6 m², tidak bertingkat, memiliki 1 ruang tamu, 4 kamar tidur, 1 kamar mandi, dan 1 dapur. Lantai rumah terbuat dari semen,

dinding gabungan dari tembok dan bata. Pencahayaan rumah baik, ventilasi juga sudah baik. Rumah sudah menggunakan listrik. Rumah berada di lingkungan yang cukup bersih. Sumber air berasal dari sumur dan digunakan untuk mandi serta mencuci. Untuk minum dan masak pasien menggunakan air galon isi ulang. Limbah dialirkan ke got yang berada di depan rumah. Toilet pada rumah menggunakan jamban duduk tanpa pegangan. Limbah dialirkan ke got yang berada di depan rumah. Toilet pada rumah menggunakan jamban duduk tanpa pegangan. Denah rumah dapat dilihat pada gambar 3.



Gambar 3. Denah Rumah Ny. S

Diagnostik holistik awal pada pasien terdiri atas empat aspek, yaitu aspek personal, aspek klinis, aspek risiko internal, dan aspek risiko eksternal. Aspek personal pada pasien ini yaitu pasien datang dengan keluhan merasa nyeri pada kedua lutut sejak ± 3 hari yang lalu disertai nyeri kepala dan nyeri ulu hati. Pasien khawatir sakit akan bertambah berat, dan pasien berharap penyakitnya bisa sembuh dan tidak timbul keluhan, serta tidak terjadi komplikasi. Aspek klinis dalam kasus ini adalah Osteoarthritis (ICD X M19.9 ; ICPC 2-L90), Hipertensi (ICD X I10 ; ICPC 2-K86), dan Dispepsia (ICD X K30 ; ICPC 2-D07).

Aspek risiko internal pada pasien ini yaitu Pengetahuan yang kurang mengenai Gejala penyakit osteoarthritis hipertensi, dan dispepsia, pentingnya mengendalikan faktor risiko, gaya hidup yang tepat. Pasien memiliki riwayat konsumsi makanan tinggi garam, riwayat terlambat makan, dan riwayat konsumsi obat anti nyeri jangka panjang dan kurangnya keinginan pasien untuk kontrol ke pelayanan kesehatan. Aspek risiko eksternal berupa Keluarga kurang memahami mengenai penyakit yang diderita pasien dan pasien sudah tidak bekerja serta tergantung pada penghasilan suami dan anak.

Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient centered* dan *family focused*. Intervensi *patient centered* berupa terapi medikamentosa, yaitu parasetamol 500 mg diberikan sebanyak tiga kali sehari, amlodipin 10 mg sebanyak satu kali sehari diminum pada

malam hari, dan omeprazol 20mg sebanyak dua kali sehari setelah makan. Terapi non-medikamentosa yakni intervensi *family focused* berupa edukasi kepada keluarga pasien mengenai edukasi mengenai penyakit osteoarthritis pada pasien meliputi gejala, penyebab, pengobatan, dan pencegahan serta pengendalian faktor risiko. Edukasi mengenai penyakit hipertensi pada pasien, meliputi gejala, penyebab, pengobatan, serta pencegahan dan pengendalian. Edukasi mengenai aktivitas fisik dan gaya hidup sehat. Edukasi dan motivasi mengenai perlunya dukungan dan perhatian dari seluruh anggota keluarga terhadap penyakit pasien.

Setelah dilakukan intervensi, diagnosis holistik akhir pada pasien ini adalah aspek personal yakni kekhawatiran pasien berkurang dengan meningkatnya pengetahuan pasien mengenai penyakit yang dideritanya, pasien telah mengetahui informasi mengenai penyakit yang diderita yaitu osteoarthritis, hipertensi, dan dispepsia, pasien juga sudah mengetahui bahwa penyakit ini hanya dapat dikontrol dengan pengobatan yang teratur dan dengan menerapkan pola hidup yang sehat, keluhan pasien menghilang dan penyakitnya dapat terkontrol. Aspek klinis yaitu Osteoarthritis (ICD X M19.9 ; ICPC 2-L90), Hipertensi (ICD X I10 ; ICPC 2-K86), dan *Overweight*, (ICD-X E66.3, ICPC 2-T83). Aspek risiko internal pada pasien yaitu peningkatan pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita, mulai dari faktor risiko serta gejala penyakit, dan penanganannya. Peningkatan pengetahuan pasien mengenai gaya hidup dan aktivitas fisik yang sesuai. Peningkatan kemauan pasien untuk melakukan pengobatan yang mengarah ke preventif. Aspek risiko eksternal pada pasien dan keluarga yaitu peningkatan pengetahuan mengenai penyakit pasien dan keluarga mendukung kesehatan pasien

Pembahasan

Masalah kesehatan yang dibahas dalam kasus ini ialah seorang pasien bernama Ny. S yang berusia 63 tahun. Pasien datang dengan keluhan mengalami nyeri pada kedua lututnya sejak tiga hari yang lalu. Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul terutama pada pagi hari dengan durasi ± 15 menit. Selain itu, pasien juga mengeluhkan adanya nyeri

kepala yang dirasakan terus menerus di seluruh bagian kepala dan akan membaik jika pasien beristirahat. Diketahui, pasien memiliki riwayat hipertensi sejak ± 3 tahun lalu dan sudah diberikan obat anti hipertensi. Namun setelah obat habis, pasien tidak mengkonsumsi lagi obat tersebut dan tidak melakukan kontrol ke fasilitas kesehatan karena merasa sudah sembuh. Pasien memiliki riwayat suka mengonsumsi makanan tinggi garam setiap hari. Pertemuan dengan pasien dilakukan sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pada pertemuan kedua dilakukan intervensi secara tatap muka. Pada kunjungan ketiga dilakukan evaluasi. Pada anamnesis dan pemeriksaan fisik didapatkan bahwa pasien masih mengeluhkan nyeri pada sendi lututnya di pagi hari dan saat beraktivitas berat, TD 169/102 mmHg, frekuensi nadi 86x/menit, frekuensi napas 20x/menit, dan suhu 36,5°C.

Diagnosis osteoarthritis pada pasien ini ditegakkan atas dasar keluhan yaitu adanya nyeri pada sendi yang paling sering terkena, yaitu sendi lutut. Nyeri merupakan salah satu gejala yang umumnya terjadi pada pasien osteoarthritis. Nyeri pada pasien dirasakan hilang timbul dan terutama muncul di pagi hari dengan durasi ± 15 menit. Berdasarkan studi pada jurnal, pasien osteoarthritis dapat mengeluhkan 2 jenis nyeri, yaitu nyeri yang dirasakan terus-menerus dan nyeri yang hilang timbul.¹¹ Salah satu karakteristik nyeri yang membedakan osteoarthritis (OA) dengan arthritis lainnya yaitu pada pasien OA nyeri akan dirasakan memberat ketika pagi hari dengan durasi < 30 menit. Sehingga dari keluhan, lokasi dan karakteristik nyeri yang dirasakan pasien, dapat mengarah ke penyakit OA.¹¹

Dari anamnesis, beberapa faktor risiko juga didapatkan pada pasien ini, yaitu faktor umur, jenis kelamin, dan juga riwayat pekerjaan. Usia pasien ini yaitu 63 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 ≥ 60 tahun memiliki gejala OA. Beberapa studi juga mengungkapkan bahwa jenis kelamin wanita lebih banyak mengalami gejala OA dibandingkan laki-laki. Sedangkan riwayat pekerjaan pasien pada

kasus ini dahulunya adalah sebagai tukang masak. Pekerjaan tersebut mengharuskan pasien untuk menumpu badannya pada lutut atau berlutut untuk melayani pelanggannya. Hal ini sesuai dengan studi pada jurnal, bahwa beberapa gerakan yang berulang dan sering dilakukan seperti berlutut, *squat*, membungkuk dan mengangkat beban berat dapat mengakibatkan munculnya gejala OA.¹¹

Pada pemeriksaan fisik lokalis regio genu dextra dan sinistra berupa *look, feel, move* didapatkan hasil masih dalam batas normal. Beberapa manifestasi klinis pada pemeriksaan fisik pasien OA yang dapat terlihat antara lain, nyeri tekan, berkurangnya ruang lingkup gerak sendi, krepitus, dan apabila terdapat inflamasi maka akan ditemukan adanya pembengkakan, kemerahan, serta teraba panas di regio tersebut. Kelainan tersebut dapat terlihat pada fase awal OA, namun lebih banyak terlihat jika penyakit OA sudah memasuki fase lanjut.¹¹

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*.¹¹

Osteoarthritis melibatkan proses mekanik, biokimia, dan seluler yang dinamis. Kerusakan sendi yang terjadi pada OA merupakan hasil dari *remodelling* aktif yang melibatkan semua struktur sendi. Perkembangan kelemahan pada otot yang menjembatani sendi OA merupakan etiologi multifaktorial. Pertama adanya penurunan kekuatan seiring bertambahnya usia. Kedua, dengan mobilitas yang terbatas muncul atrofi otot karena tidak digunakan. Ketiga, pasien dengan OA lutut ataupun pinggul yang nyeri mengubah cara berjalan mereka untuk

mengurangi beban pada sendi yang terkena dan semakin mengurangi penggunaan otot.¹²

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. Menurunkan berat badan sebanyak 5%-10% dapat meningkatkan luaran klinis. 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 minimal 30 menit setiap aktivitas, dilakukan 3 kali dalam seminggu, selama 4 – 12 minggu. Aktivitas yang bisa paling mungkin dilakukan oleh pasien adalah melakukan peregangan otot dan berjalan kaki. Olahraga air lebih efektif untuk mengurangi nyeri, meningkatkan kekuatan dan fleksibilitas otot terutama pada sendi ekstremitas inferior.^{13,14,15}

Sedangkan tatalaksana medikamentosa lini pertama OA adalah menggunakan atau acetaminophen (paracetamol). Intervensi medikamentosa yang dapat diberikan terhadap pasien berupa Acetaminophen dengan dosis maksimal sebesar 4 gram perhari. Acetaminophen merupakan pilihan pertama pada OA ringan hingga sedang, dan dapat dilanjutkan menjadi analgesik jangka panjang bila respon terhadap pasien baik dan bila diperlukan. Acetaminophen aman untuk pasien lansia dengan OA yang memiliki beberapa komorbid karena Acetaminophen tidak terkait toksisitas pada gastrointestinal, kardiovaskular, atau ginjal.¹⁶

Diagnosis hipertensi pada kasus ini ditegakkan melalui adanya keluhan nyeri kepala dan riwayat pasien memiliki hipertensi ± 3 tahun yang lalu. Nyeri kepala merupakan salah satu keluhan yang tidak spesifik pada penderita hipertensi. Faktor risiko hipertensi juga dapat dilihat pada pasien ini, yaitu seringnya konsumsi makanan tinggi garam dan faktor risiko jenis kelamin perempuan, dimana perempuan dengan usia ≥ 65 tahun sangat berisiko mengalami hipertensi.¹⁷

Pemeriksaan fisik tekanan darah pasien didapatkan 169/102 mmHg, sehingga pasien

dapat diklasifikasikan menjadi hipertensi derajat 2. Dimana menurut *International Society of Hypertension Global 2020*, yang dimaksud hipertensi derajat 2 adalah keadaan dimana tekanan darah sistolik seseorang mencapai ≥ 160 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik mencapai ≥ 100 mmHg. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan sesuai indikasi untuk menilai adanya komplikasi dari hipertensi, antara lain, elektrokardiografi (EKG), pemeriksaan radiologi pada ginjal atau arteri renal, funduskopi, dan juga MRI atau CT-Scan otak. Pemeriksaan laboratorium dapat berupa tes fungsi hati, kadar serum asam urat, dan rasio albumin/kreatinin pada urin.¹⁸

Tatalaksana hipertensi mencakup tatalaksana non-medikamentosa dan medikamentosa. Tatalaksana non-medikamentosa berupa pengendalian faktor risiko meliputi makan gizi seimbang (batasi garam < 5 gram atau 1 sendok teh per hari, 5 porsi buah-buahan dan sayuran per hari, serta batasi makanan berlemak), mempertahankan atau menurunkan berat badan, melakukan olahraga teratur (senam atau jalan selama 30 – 45 menit, 3x per minggu), hindari rokok serta alkohol. Tatalaksana medikamentosa harus segera dimulai menggunakan obat anti hipertensi jika hipertensi sudah masuk derajat 2. Tujuan diberikannya obat anti hipertensi ialah untuk menurunkan tekanan darah dengan target untuk pasien usia > 60 tahun yaitu $< 150/90$ mmHg. Anti hipertensi yang direkomendasikan berdasarkan availabilitas dan afordabilitasnya berturut-turut adalah *Long-Acting Calcium Channel-Blocker* (CCB) (Amlodipine), *Angiotensin Converting Enzyme-Inhibitors* (ACE-i) (enalapril atau lisinopril), thiazide (hydrochlorothiazide dosis rendah), dan *Angiotensin-II Receptor-Blocker* (ARB) (losartan). Pada pasien hipertensi derajat 2, terapi bisa dimulai dengan memberikan amlodipine dengan dosis 5 mg per hari. Setelah terapi dimulai, lakukan monitoring, diharapkan tekanan darah dapat mencapai target dalam satu bulan.¹⁹

Pada pasien dyspepsia yang belum diinvestigasi diberikan terapi empirik 1-4 minggu. Obat yang digunakan dapat berupa antasida, antisekresi asam labung (PPI misalnya omeprazole, rabeprazole, dan lansoprazole, dan/atau *H2-receptor antagonist*).²⁰

Simpulan

Kasus ini mengenai pasien Ny. S dengan diagnosis osteoarthritis, hipertensi, dan dispepsia. Pada pasien ini telah dilakukan pemeriksaan secara holistik. Diagnosis dapat ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Tatalaksana osteoarthritis dan hipertensi adalah berfokus pada pengendalian faktor risiko, melakukan aktivitas fisik, kepatuhan pengobatan dan kontrol ke fasilitas kesehatan. Dukungan emosional dari keluarga sangat penting untuk membantu kesembuhan pasien. Perubahan pengetahuan pada pasien dan keluarga pasien terlihat setelah dilakukan intervensi secara *patient-centred* dan *family focused*.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan RI. Panduan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia pada Era Pandemi COVID-19. Jakarta: Kemenkes RI; 2020.
2. Kementerian Kesehatan RI. Infodatin: Situasi dan Analisa Lanjut Usia. Jakarta: Kemenkes RI; 2014.
3. Kementerian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kemenkes RI; 2013.
4. Wittenauer, R., Smith, L., dan Aden, K. Priority Medicines for Europe and The World "A Public Health Approach to Innovation": Background Paper 6.12 Osteoarthritis. 2013.
5. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Nasional Riskesdas. Jakarta: Kemenkes RI; 2018.
6. Indonesian Rheumatology Association. Diagnosis dan Penatalaksanaan Osteoarthritis. Jakarta: IRA; 2010.
7. Kementerian Kesehatan RI. Infodatin Hipertensi: Si Pembunuh Senyap. Jakarta: Kemenkes RI; 2019.
8. Bell, K., Twiggs, J., dan Olin, BR. Hypertension: The Silent Killer: Updated JNC-8 Guideline Recommendations. Alabama Pharmacy Association; 2015.
9. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Hipertensi. Jakarta: Kemenkes RI; 2013.
10. World Health Organization. The Asia-Pacific Perspective: Redefining Obesity and Its Treatment. 2000.
11. Abramoff, B dan Caldera, FE. Osteoarthritis: Pathology, Diagnosis, and Treatment Options. Med Clin N Am. 2019; 1-19.
12. Islam MJ, Yusuf MA, Husain MS, *et al.* Updated Management of Osteoarthritis: A Review. Journal of Science Foundation. Vol 11(2):49-55.
13. Zhang, Z., Huang C., Jiang, Q., *et al.* 2020. Guidelines for The Diagnosis and Treatment of Osteoarthritis in China. Ann Transl Med; 8(19): 1213.
14. Mora, JC., Przkora, R., dan Cruz-Almeida, Y. 2018. Knee Osteoarthritis: Pathophysiology and Current Treatment Modalities. Journal of Pain Research (11): 2189-2196.
15. Song JA dan Oh JW. 2022. Effects of Aquatic Exercise for Patients with Osteoarthritis: Systematic Review with Meta-Analysis. Healthcare. Vol. 10: 560
16. Kolasinski, SL., Neogi, T., Hochberg., MC., *et al.* 2020. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for The Management of Osteoarthritis of The Hand, Hip, and Knee. Arthritis & Rheumatology Vol. 72(2): 220-233.
17. Roth., SH. 2013. Diclofenac in The Treatment of Osteoarthritis. International Journal of Clinical Rheumatology Vol 8(2): 185-203.
18. Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., *et al.* 2020. Hypertension Practice Guidelines. Hypertension (75):1334-1357.
19. World Health Organization. 2021. Guideline for The Pharmacological Treatment of Hypertension in Adults.
20. Ministry of Health and Family Welfare Government of India. 2016. Hypertension: Screening, Diagnosis, Assessment, and Management of Primary Hypertension in Adults in India.
21. Marcellus SK, Makmun D, Abdullah M., *et al.* 2014. Konsensus Nasional Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi *Helicobacter pylori*. Jakarta: PGI 2019.69(2):341-4.