

Penatalaksanaan Holistik Pasien 46 Tahun dengan Hipertensi Derajat I, Obesitas Derajat I, dan Dispepsia Melalui Pendekatan Dokter Keluarga

Rheza Paleva¹, Tutik Ernawati²

¹Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Gizi Klinik, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Hipertensi merupakan penyebab kematian nomor tiga yakni mencapai 6,7 % dari populasi kematian pada semua usia di Indonesia. Provinsi Lampung sendiri memiliki jumlah penderita hipertensi sebanyak 24,7% dari jumlah penduduk, yang berarti terjadi peningkatan jumlah dari hasil sebelumnya yaitu 24,1%. Faktor risiko hipertensi meliputi faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan dapat dimodifikasi, salah satu faktor yang dapat dimodifikasi adalah obese. Menurut data dari Badan Pusat Statistik Provinsi Lampung, dispepsia termasuk kedalam sepuluh kasus penyakit terbanyak di Provinsi Lampung pada tahun 2015 dengan jumlah kasus sebesar 62.613 kasus. Hipertensi, obese, dan dispepsia dapat dikontrol melalui pola hidup sehat, dan dibutuhkan dukungan dari keluarga maupun komunitas maka dari itu penting dilakukan penatalaksanaan holistik melalui pendekatan keluarga pada pasien. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan ke rumah untuk menilai lingkungan fisik. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi. Pasien Wanita berusia 46 tahun datang dengan keluhan nyeri kepala sejak empat hari sebelumnya dan nyeri ulu hati sejak tiga hari sebelumnya. Pasien suka makan makanan asin. Pasien sering telat makan dan makan makanan yang berminyak. Pasien jarang berolahraga. Pasien tidak mengetahui bahwa penyakit hipertensi, obese, dan dispepsia dapat dikontrol melalui pola hidup sehat. Setelah dilakukan tatalaksana terjadi peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku pada pasien beserta keluarga pasien. Penegakkan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan secara holistik, *patient centered*, *family oriented*, dan *community oriented* berdasarkan beberapa teori dan penelitian terkini. Terdapat peningkatan pengetahuan pada pasien

Kata Kunci: dispepsia, dokter keluarga, hipertensi, obese

Holistic Management of 46-Year-Old Patients with Stage I Hypertension, Stage I Obesity, and Dyspepsia Through a Family Doctor Approach

Abstract

Hypertension is the number three cause of death, reaching 6.7% of the population at all ages in Indonesia. Lampung Province itself has a population of 24.7% of the population with hypertension, which means that there has been an increase in the number from the previous result of 24.1%. The risk factors for hypertension include factors that cannot be modified and can be modified, one of the modifiable factors is obesity. According to data from the Central Bureau of Statistics for Lampung Province, dyspepsia was included in the ten most common cases of disease in Lampung Province in 2015 with a total of 62,613 cases. Hypertension, obesity, and dyspepsia can be controlled through a healthy lifestyle, and support from family and community is needed, therefore it is important to carry out holistic management through a family approach to patients. This study is a case report. Primary data were obtained through anamnesis, physical examination, and home visits to assess the physical environment. The assessment is based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study. A 46-year-old female patient came with complaints of headaches since the previous four days and heartburn since the previous three days. The patient likes to eat salty food. Patients often eat late and eat greasy food. The patient rarely exercises. Patients do not know that hypertension, obesity and dyspepsia can be controlled through a healthy lifestyle. After treatment, there is an increase in knowledge and changes in behavior in patients and their families. The diagnosis and management of this patient has been carried out holistically, patient centered, family oriented, and community oriented based on several theories and recent research. There is an increase in patient knowledge

Keywords: dyspepsia, family doctor, hypertension, obesity,.

Korespondensi : Rheza Paleva | alamat Jl. Abdul Muis VIII nomor 9A, Gedong Meneng, Rajabasa, Bandar Lampung | HP 083182844092, email paleva.rheza@gmail.com

Pendahuluan

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM) dan menjadi masalah kesehatan yang sangat serius baik di Dunia maupun di Indonesia.¹ Di Asia tercatat

38,4 juta penderita hipertensi pada tahun 2000 dan diprediksi akan menjadi 67,4 juta orang pada tahun 2025. Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) tahun 2013 mencatat hipertensi pada penduduk usia 18 tahun ke atas di

Indonesia adalah sebesar 25,8%. Provinsi Lampung sendiri memiliki jumlah penderita hipertensi sebanyak 24,7% dari jumlah penduduk, yang berarti terjadi peningkatan jumlah dari hasil sebelumnya yaitu 24,1%.² Hipertensi merupakan penyebab kematian nomor tiga yakni mencapai 6,7 % dari populasi kematian pada semua usia di Indonesia.³

Panduan *The Joint National Committee Eight* (JNC 8) merekomendasikan skrining tekanan darah secara teratur dan penanganan yang sesuai, termasuk modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologik. Tekanan darah sistolik harus dikelola mencapai target kurang dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik kurang dari 90 mmHg.⁴

Hipertensi ditandai dengan meningkatnya tekanan darah secara tidak wajar dan terus-menerus karena rusaknya salah satu atau beberapa faktor.³ Hipertensi dapat disebabkan oleh kekakuan pada pembuluh darah sehingga tekanan darah cenderung meningkat. Faktor risiko hipertensi yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, genetik, dan ras. Faktor risiko hipertensi yang dapat dimodifikasi adalah obese, merokok, stress, kurang aktivitas, konsumsi garam berlebih.⁴ Hipertensi terjadi dalam kurun waktu lama akan berbahaya sehingga menimbulkan komplikasi. Komplikasi dapat menyerang berbagai target organ tubuh yaitu otak, mata, jantung, pembuluh darah arteri, serta ginjal. Sebagai dampak terjadinya komplikasi hipertensi, kualitas hidup penderita menjadi rendah dan kemungkinan terburuknya adalah terjadinya kematian pada penderita akibat komplikasi hipertensi yang dimiliki.⁵

Data dari *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2016 1,9 miliar orang dewasa lebih dari sama dengan 18 tahun di seluruh dunia mengalami *overweight* dan 600 juta diantaranya menderita obese.⁶ Sedangkan di Indonesia, prevalensi obese berdasarkan IMT adalah 14,8% pada tahun 2013 dan meningkat menjadi 21,8% pada tahun 2018 sementara itu untuk provinsi Lampung adalah 17,3%.⁴ Seseorang dikatakan obese ketika Indeks Massa Tubuh (IMT) yaitu berat badan dalam kilogram (Kg) dibagi tinggi badan dalam meter kuadrat (m²) lebih dari sama dengan 25 (Kg/m²).⁷

Obese dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah melalui berbagai mekanisme

diantaranya, yaitu akibat aktivasi *renin-angiotensin-aldosterone system* (RAAS), aktivasi sistem saraf simpatis, dan akibat kompresi pada ginjal karena peningkatan lemak visceral, dan retroperitoneal. Selain itu, obese dapat menjadi faktor risiko untuk berbagai macam penyakit seperti penyakit kardiovaskular, diabetes, penyakit musculoskeletal, beberapa jenis kanker, bahkan memengaruhi aspek psikologis.⁸

Dispepsia merupakan salah satu masalah kesehatan yang sering ditemui pada praktek sehari-hari. Diperkirakan hampir 30% kasus yang dijumpai pada praktek umum dan 60% pada praktek *gastroenterology* merupakan dispepsia.² Secara global terdapat sekitar 15-40% penderita dispepsia. Insiden tahunan dispepsia kurang-lebih sebesar 9-10%, dan 15% diantaranya mengidap dispepsia kronis (lebih dari tiga bulan dalam satu tahun). Menurut data dari Badan Pusat Statistik Provinsi Lampung, dispepsia termasuk kedalam sepuluh kasus penyakit terbanyak di Provinsi Lampung pada tahun 2015 dengan jumlah kasus sebesar 62.613 kasus.^{9,10,11}

Dispepsia bukan merupakan kasus yang mengancam jiwa namun gejala-gejala tersebut terjadi dalam waktu lama. Dispepsia merupakan suatu masalah penting apabila mengakibatkan penurunan kualitas hidup individu tersebut. Dispepsia memberikan dampak yang kuat terhadap *health-related quality of life* karena perjalanan alamiah penyakit dispepsia berjalan kronis dan sering kambuh dan diperlukan terapi farmakologi dan non-farmakologi untuk mengurangi kekambuhan.^{12,13}

Hipertensi, Obese, dan dispepsia merupakan penyakit yang dapat dikontrol salah satunya dengan pola hidup yang sehat. Dalam mengubah perilaku dibutuhkan faktor pendorong salah satunya dukungan keluarga dan komunitas. Tatalaksana holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga meliputi *patient centered, family focused* dan *community oriented*, maka dari itu pada pasien ini perlu dilakukan pendekatan kedokteran keluarga untuk mendorong perubahan perilaku pasien. Tujuan studi ini adalah mengidentifikasi faktor risiko internal, faktor risiko eksternal dan masalah klinis pada pasien dan penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *Evidence Based Medicine* pada pasien serta

penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient-centered, family focused, dan community oriented*.

Metode

Studi ini merupakan sebuah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis dari anggota keluarga), pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah, untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif.

Kasus

Anamnesis

Pasien Ny. S, berusia 46 tahun seorang pembantu rumah tangga datang ke Puskesmas Rawat Inap Kedaton dengan keluhan nyeri kepala sejak empat hari sebelumnya sebelum datang ke puskesmas. Nyeri kepala yang dirasakan seperti ada beban yang menimpa kepala pasien dan posisinya berpindah-pindah. Keluhan dirasakan hilang timbul tanpa ada faktor yang memperberat atau memperingan. Keluhan ini pernah dirasakan pasien sebelumnya, namun intensitas memberat dalam satu bulan terakhir. Sebelumnya, pada bulan Januari 2022 pasien didiagnosis hipertensi oleh dokter di puskesmas dan diberikan amlodipine 5 mg sebanyak satu kali sehari. Pasien mengaku sempat rutin minum obat anti hipertensi selama 1 bulan awal namun sekarang tidak rutin minum obat anti hipertensi karena diberitahu oleh kerabatnya bahwa jika minum obat setiap hari bisa merusak ginjal sehingga pasien hanya minum obat jika terdapat keluhan saja. Pasien lebih sering membeli obat sakit kepala sendiri ke apotek dan hanya kontrol ke puskesmas jika keluhan dirasa memberat hingga mengganggu aktivitas.

Selain itu, pasien juga mengeluhkan adanya perih pada bagian ulu hati yang intensitasnya semakin memberat sejak tiga hari sebelumnya. Perih tersebut disertai dengan rasa begah dan kembung. Keluhan ini dirasakan hilang timbul namun memberat jika pasien terlambat makan atau mengonsumsi makanan yang mengandung banyak santan atau minyak. Sejak satu tahun

terakhir, pasien sering merasakan keluhan yang serupa, hilang timbul dan berulang. Pasien mengaku hanya meredakan keluhan dengan beristirahat dan minum air hangat serta pasien jarang memeriksakan dirinya ke puskesmas.

Pasien mengatakan bahwa ibu dan saudara kandung pertama memiliki riwayat hipertensi. Ibu pasien saat ini juga sudah meninggal akibat penyakit jantung.

Pemeriksaan Fisik

Kedadaan umum: Tampak sakit ringan; kesadaran: compos mentis; tekanan darah 160/90 mmHg; frekuensi nadi: 89x/menit; frekuensi napas: 18x/menit; suhu: 36,5°C; berat badan: 69 kg; tinggi badan: 155 cm, IMT: 28,72 kg/m² (Obese derajat I).

Pemeriksaan Penunjang

Kolestrol total: 167 mg/dl

Gula darah: 104 mg/dl

Data Keluarga

Pasien merupakan anak ketujuh dari sembilan bersaudara. Orangtua pasien telah meninggal. Pasien memiliki seorang suami (Tn.M, 56 tahun) dan memiliki dua orang anak. Saat ini pasien tinggal bersama suami dan anak kedua (Nn. T, 21 tahun).

Komunikasi dalam keluarga baik. Suami pasien (Tn. M, 56 tahun) saat ini sudah tidak bekerja. Anak pasien Nn. T sudah bekerja sebagai karyawan swasta di salah satu toko baju. Pemecahan masalah dalam keluarga dilakukan melalui diskusi keluarga dan keputusan keluarga ditentukan oleh suami pasien sebagai kepala keluarga.

Pasien merupakan seorang asisten rumah tangga dengan pendapatan pasien sekitar ± Rp 1.000.000 rupiah. Saat ini suami pasien sedang tidak berpenghasilan. Anak pasien Nn. T bekerja sebagai karyawan swasta dengan penghasilan sekitar ± Rp 1.200.000. Pendapatan tersebut digunakan untuk menghidupi tiga anggota keluarga. Namun, anak pasien yang pertama sering memberikan uang untuk mencukupi kebutuhan hidup sehari – hari.

Hubungan antar keluarga baik. Waktu berkumpul bersama dengan keluarga cukup baik, walaupun anak pertama sudah

bekeluarga dan sering datang mengunjungi rumah pasien.

Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan (BPJS). Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya yang sakit ke layanan kesehatan bila keluhan mengganggu kegiatan sehari-hari. Jarak rumah ke puskesmas ± 3 kilometer.

Family Apgar Score

Tabel 1. Family APGAR score

	APGAR	Skor
Adaptation	Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	2
Partnership	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya	2
Growth	Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya	2
Affection	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta	2
Resolv	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama	1
	Total	9

Total *Family Apgar Score* adalah 9 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik).

Family Lifecycle

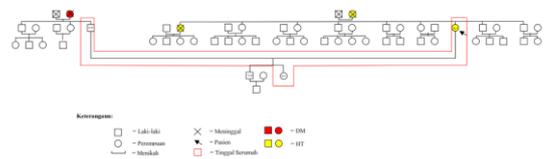
Menurut siklus Duvall, siklus hidup keluarga Ny. S berada dalam tahap VI yakni tahap keluarga dengan anak dewasa.



Gambar 3. Siklus Hidup Keluarga Ny. S Dibuat Tanggal 3 November 2022

Genogram

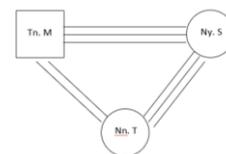
Genogram keluarga Ny. S pada Gambar 1.



Gambar 1. Genogram Keluarga Ny. S Dibuat Tanggal 3 November 2022

Family Mapping

Hubungan antar keluarga Ny. S dapat dilihat pada gambar 2.



- : Harmonis
- == : Hubungan erat
- === : Hubungan sangat erat

Gambar 2. Hubungan antar keluarga Ny. S Dibuat Tanggal 3 November 2022

Family SCREAM

Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai dengan menggunakan *SCREAM Score*, dengan hasil 28. Maka dapat disimpulkan fungsi keluarga Ny. S memiliki sumber daya yang adekuat.

Tabel 2. Family SCREAM

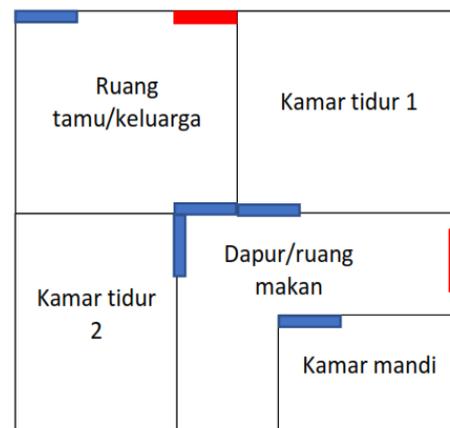
	Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	S	S	T	STS
S1	Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	V			
S2	Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		V		
C1	Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami	V			
C2	Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami		V		
R1	Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	V			
R2	Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami		V		
E1	Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		V		
E2	Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami	V			
E'1	Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit		V		
E'2	Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga kami			V	
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami	V			
M2	Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami		V		
Total			28		

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah permanen milik pribadi dengan jumlah orang yang tinggal sebanyak tiga orang terdiri dari pasien, suami pasien, dan satu anak. Rumah pasien berukuran 7x7 m². Terdapat dua kamar tidur, satu ruang tamu sekaligus ruang keluarga, satu dapur, satu ruang makan, satu toilet dengan WC jongkok, dan terdapat halaman untuk jemuran pada bagian samping rumah. Dinding tembok berlantai keramik. Dapur

berada di dalam rumah. Sinar matahari dapat masuk ke dalam rumah, rumah tidak lembab, namun ventilasi dan jendela tidak ada pada setiap kamar, sehingga sinar matahari dan udara hanya dapat masuk melalui jendela dan ventilasi di bagian depan dan samping dekat dapur. Rumah sudah dialiri listrik, sumber air dari susia bor, fasilitas dapur menggunakan kompor gas, kebutuhan air minum berasal dari air yang dimasak. Limbah rumah tangga biasa diambil oleh petugas kebersihan setempat. Tempat sampah terdapat satu buah di dapur dalam rumah dan satu buah di luar rumah.

Denah Rumah



Keterangan:

- : Pintu
- : Jendela

Gambar 4. Denah Rumah Ny. S Dibuat Tanggal 3 November 2022 Oleh Rheza Paleva

Pada saat kunjungan didapatkan kebersihan rumah baik. Keadaan rumah secara keseluruhan tampak rapi. Jarak antara depan rumah dan jalan ± 1 m.

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal
 - Alasan kedatangan: Nyeri kepala sejak empat hari sebelumnya dan nyeri ulu hati sejak tiga hari sebelumnya.

- Kekhawatiran: Pasien khawatir penyakit yang dideritanya akan semakin parah dan menghambat kegiatan sehari-hari.
- Harapan: Keluhan berkurang dan penyakit tidak semakin memburuk, sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa.

2. Aspek Klinis

- Hipertensi derajat I (ICPC K85, ICD X I10)
- Obese derajat I (IMT: 28,72 Kg/m²) (ICD: X Z68.27)
- Dispepsia (ICD X: K30 ICPC-2:D07)

3. Aspek Risiko Internal

- Usia pasien dikategorikan sebagai pra lansia yang memiliki risiko penyakit degenerative (ICD X-R54)
- Jarang berolahraga dan aktivitas fisik tergolong ringan (ICD X-Z72.3)
- Pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita (ICD X-Z55.9)
- Pola diet dan kebiasaan makan tidak sesuai (ICD X-Z72.4)

4. Aspek Risiko Eksternal

- Riwayat keluarga menderita hipertensi.
- Pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit (ICD X-Z55.9)
- Pola berobat keluarga kuratif (ICD X Z92.3)

5. Derajat Fungsional:

Tabel 3. Indeks Barthel

Rekapitulasi	
Mengendalikan rangsang BAB	10
Mengendalikan rangsang BAK	10
Kebersihan pribadi (seka, sisir, sikat gigi)	10
Penggunaan toilet	10
Makan	10
Transfer	10
Mobilisasi = ambulasi	10
Mengenakan pakaian	10
Naik turun anak tangga	10
Mandi	10
Total	100

Berdasarkan Indeks Barthel Modifikasi, pasien memiliki status baik/mandiri dalam melakukan aktivitasnya dengan skor total 100, yang berarti tidak membutuhkan bantuan orang lain dalam

melakukan aktivitasnya. Pasien masih bisa beraktivitas sehari-hari seperti sebelum sakit sehingga derajat nya adalah 1 (satu).

Rencana Intervensi

Intervensi yang diberikan berupa intervensi medikamentosa dan non medikamentosa terkait penyakit hipertensi derajat I, obesitas derajat I, dan dispepsia yang diderita pasien. Intervensi medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan dan mencegah komplikasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi non medikamentosa berupa edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai faktor risiko penyakit, gaya hidup, pola makan pasien, dan aktivitas fisik, dan penyesuaian pola hidup dalam masa pandemi.

Tabel 4. Target Terapi Berdasarkan Diagnosis Holistik Awal

Diagnosis Holistik	Target Terapi
Hipertensi	Tekanan darah sistolik < 140 mmHg dan diastolik < 90 mmHg
Obese	Pola makan dan aktivitas sesuai dengan anjuran.
Dispepsia	Pola makan sesuai dengan anjuran.
Kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang dialaminya	Pasien dapat memahami dan lebih peduli terhadap penyakit yang diderita serta disiplin dalam pola hidupnya.
Persepsi yang salah tentang tatalaksana penyakit yang diderita	Perubahan persepsi bahwa penyakit hipertensi tidak dapat terkontrol hanya dengan konsumsi obat tetapi harus diikuti dengan perubahan pola hidup
Rasa khawatir pasien terpapar virus corona	Menjelaskan mengenai COVID-19, protokol kesehatan dan vaksinasi COVID-19 sehingga rasa takut dan khawatir berkurang

Pada pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien dan monitoring.

Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi dan kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan.

Patient Center

Non Farmakologi

1. Edukasi mengenai hipertensi, obese dan dispepsia meliputi definisi, faktor risiko, gejala, faktor pemicu, upaya pengobatan, dan pencegahan perburukan dari penyakit.
2. Edukasi mengenai diet DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) dan pengaturan pola makan untuk mencegah dispepsia.
3. Edukasi kepada keluarga mengenai cara pemakaian obat, jenis pengobatan serta perlunya dukungan keluarga dalam mengontrol hipertensi, obese, dan mencegah kekambuhan dispepsia.
4. Edukasi pasien untuk kontrol pengobatan secara teratur karena penyakit ini tidak bisa disembuhkan dan harus dilakukan pengobatan seumur hidup.
5. Menjelaskan kepada pasien mengenai pentingnya gaya hidup yang sehat termasuk bagaimana olahraga bagi pasien hipertensi.

Farmakologis

Terapi farmakologis diberikan bersamaan dengan pengaturan makan dan olahraga (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral.

1. Amlodipine 1 x 5 mg
2. Omeprazole 2 x 20 mg

Family Focus

1. Edukasi keluarga mengenai penyakit hipertensi meliputi penyebabnya, faktor risiko, gejala, upaya pengobatan, perubahan gaya hidup dengan aktivitas fisik, pola makan dan pencegahan perburukan dari penyakit hipertensi, obese, dan dispepsia.
2. Menjelaskan kepada anggota keluarga, terutama yang tinggal dengan pasien untuk melakukan pengawasan terhadap pola makan dan aktivitas fisik pasien.

3. Menjelaskan kepada anggota keluarga mengenai risiko yang ada pada mereka dan pentingnya melakukan deteksi dini antara lain melakukan pemeriksaan tekanan darah dan berat badan.
4. Memberikan edukasi dan informasi kepada keluarga pasien mengenai penyulit penyakit. Serta komplikasi jangka panjang tentang penyakit yang diderita pasien apabila penyakit tidak dikontrol secara rutin.
5. Menjelaskan dan memotivasi mengenai perlunya perhatian dan dukungan dari semua anggota keluarga untuk menjalankan pengobatan seumur hidup dan gaya hidup yang sehat.

Community Oriented

1. Memberikan informasi dan motivasi menggunakan media cetak dalam bentuk *print out* buku pintar hipertensi, obese, dan dispepsia disertai edukasi secara langsung kepada pasien dan keluarga agar pasien dapat meningkatkan aktivitas fisik melalui olahraga atau kegiatan senam prolans di sekitar rumah atau melalui *youtube*.
2. Memberikan motivasi kepada pasien agar rutin melakukan kontrol ke tenaga kesehatan atau puskesmas.

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Nyeri kepala dan nyeri ulu hati sudah tidak ada.
- Kekhawatiran: Pasien sudah tidak terlalu khawatir penyakit yang dideritanya akan semakin parah dan menghambat kegiatan sehari-hari.
- Harapan: Penyakit bisa terkontrol sehingga tidak menimbulkan komplikasi.

2. Aspek Klinis

- Hipertensi derajat I (ICPC K85, ICD X I10)
- Obese derajat I (IMT: 28,72 kg/m²) (ICD: X Z68.27)
- Dispepsia (ICD X: K30 ICPC-2:D07)

3. Aspek Risiko Internal

- Usia pasien yang dikategorikan sebagai pra lansia yang memiliki risiko penyakit degeneratif.
- Pasien sudah berolahraga 30 menit, lima hari per minggu.
- Pengetahuan tentang penyakit yang diderita sudah meningkat dinilai dari peningkatan skor pre-test dan post-test dari 40 menjadi 70.
- Pola diet dan kebiasaan makan sudah mengikuti anjuran diet DASH, diet rendah kalori untuk obese, dan jam makan yang teratur.
- Pasien sudah memahami bahwa ke Puskesmas tidak hanya jika ada keluhan atau bersifat kuratif saja tetapi untuk kontrol rutin juga perlu.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Riwayat keluarga menderita hipertensi.
- Pengetahuan keluarga mengenai penyakit sudah meningkat berdasarkan sesi tanya jawab.
- Keluarga sudah paham bahwa ke Puskesmas tidak hanya untuk berobat ketika ada keluhan saja.

5. Derajat Fungsional:

Berdasarkan Indeks Barthel Modifikasi, pasien memiliki status baik/mandiri dalam melakukan aktivitasnya dengan skor total 100, yang berarti tidak membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitasnya. Pasien bisa beraktivitas sehari-hari dan sudah mulai berani beraktivitas berat seperti berolahraga sehingga derajat fungsional pasien adalah 1 (satu).

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada Ny. S berusia 46 tahun dengan hipertensi derajat I dan obese derajat I, dan dispepsia yang dikaji dengan memandang pasien secara menyeluruh mencakup biologis, psikologis dan sosial. Pentingnya pendekatan kedokteran keluarga pada pasien ini karena penyakit pada pasien tergolong penyakit menahun dan dipengaruhi oleh berbagai faktor serta komplikasi yang bisa ditimbulkan bila penyakit ini tidak ditangani.

Pada pertemuan pertama pasien mengeluhkan adanya nyeri kepala seperti

ditimpa beban berat sejak empat hari sebelumnya. Pasien sudah menderita hipertensi sejak sepuluh bulan sebelumnya dan tidak terkontrol. Dari hasil pemeriksaan fisik diketahui tekanan darah 160/90 mmHg; frekuensi nadi: 89x/menit; frekuensi napas: 18x/menit; suhu: 36,5°C; berat badan: 69 kg; tinggi badan: 155 cm, IMT: 28,72 kg/m² (Obese derajat I). Berdasarkan hasil pemeriksaan, pasien dapat didiagnosis menderita hipertensi dimana salah satu keluhan utama hipertensi adalah nyeri kepala akibat kerusakan vaskuler pada pembuluh darah perifer. Perubahan arteri kecil dan arteriol menyebabkan penyumbatan pembuluh darah, yang mengakibatkan aliran darah terganggu, hal ini akan menyebabkan suplai oksigen menurun dan kadar karbon dioksida meningkat kemudian terjadi metabolisme anaerob yang menyebabkan peningkatan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak.¹⁴

Kemudian pada pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah pasien adalah 160/90mmHg yang mana berdasarkan pedoman JNC VIII nilai dari tekanan darah pasien masuk ke golongan Hipertensi Derajat I. Menurut JNC VIII (*Joint National Committee*) seseorang dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan darah sistol lebih dari sama dengan 140 mmHg dan diastol lebih dari sama dengan 90 mmHg dalam dua kali pengukuran dalam selang waktu lima menit.² Sedangkan untuk pasien terdiagnosis obese grade I berdasarkan IMT pasien yaitu 28,72 kg/m² dimana menurut klasifikasi Asia Pasifik IMT 25 – 29,9 kg/m² adalah Obese Derajat I.¹⁵ selain itu, pasien juga mengeluhkan adanya perih pada bagian tengah perut yang memberat sejak tiga hari sebelumnya. Perih tersebut disertai dengan rasa begah dan kembung. Keluhan ini dirasakan hilang timbul namun memberat jika pasien terlambat makan. Pasien menunjukkan tanda klinis dari dispepsia. Dispepsia menurut kriteria Roma III adalah suatu penyakit dengan satu atau lebih gejala yang berhubungan dengan gangguan di *gastroduodenal* berupa nyeri epigastrium, rasa terbakar di epigastrium, rasa tidak nyaman setelah makan, rasa cepat kenyang. Dispepsia yang telah diinvestigasi terdiri dari dispepsia organik dan dispepsia fungsional. Dispepsia mengacu pada kriteria Roma III. Diagnosis ditegakkan dengan mengikuti konsep kriteria diagnosis Roma III

dengan penambahan gejala berupa kembung pada abdomen bagian atas yang umum ditemui sebagai gejala dispepsia.¹²

Kemudian dilakukan kunjungan untuk menganalisis aspek personal, aspek klinis, risiko internal dan eksternal serta derajat fungsional. Dari hasil kunjungan tersebut, didapatkan usia pasien yang dikategorikan sebagai pra lansia yang memiliki risiko penyakit degeneratif dimana seseorang dengan usia lebih dari 40 tahun mengalami penurunan elastisitas pembuluh darah, saat darah dipompakan oleh jantung, lapisan pembuluh darah tidak meregang dengan baik dan menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan pembuluh darah¹⁶. Pasien juga memiliki riwayat keluarga menderita hipertensi yaitu Ibu dan saudara kandung pertama. Faktor keturunan memiliki peran besar terhadap munculnya hipertensi pada seseorang.¹⁷ Pasien juga memiliki faktor perilaku atau kebiasaan makan tidak pada waktunya dan kebiasaan tidak melakukan olah raga, serta aktivitas fisik yang kurang.

Pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita, pola pengobatan yang bersifat kuratif yaitu pasien hanya datang kontrol ketika memiliki keluhan saja dan pasien juga memiliki persepsi yang salah tentang penyakit yang diderita dimana pasien merasa hipertensi bisa sembuh cukup minum obat rutin.¹⁸

Faktor risiko pasien yang berhubungan dengan pola hidup adalah pasien jarang berolahraga dan aktivitas fisik tergolong ringan. Seseorang dengan aktivitas fisik yang ringan akan memiliki frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi sehingga otot jantung akan bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Semakin keras jantung memompa darah maka semakin besar pula tekanan yang dibebankan pada dinding arteri sehingga meningkatkan tekanan perifer dan menyebabkan tekanan darah menjadi tinggi, selain itu aktivitas fisik yang ringan juga berperan dalam meningkatnya berat badan seseorang.¹⁶ Pola diet dan kebiasaan makan tidak sesuai yaitu pasien masih suka makan makanan asin seperti ikan asin dan kurang makan sayur serta buah-buahan, dimana ikan asin merupakan salah satu jenis ikan yang diawetkan dan memiliki kandungan natrium tinggi. Hal ini berhubungan dengan diet tinggi natrium yang dapat

meningkatkan resistensi tahanan perifer dan mengakibatkan kenaikan tekanan darah.

Selain hipertensi pasien juga mengalami obese derajat I menurut klasifikasi IMT Asia Pasifik dengan IMT pasien 28,72 kg/m². Keadaan obese inilah yang berpengaruh terhadap kondisi pasien saat ini yaitu hipertensi. Risiko yang besar ini bisa terjadi karena adanya peningkatan kadar leptin, resistensi insulin, peningkatan aktivitas sistem saraf simpatik, peningkatan renin-angiotensin-aldosteron (RAA) dan peningkatan reabsorpsi sodium renal pada individu yang obese.¹⁹

Setelah didapatkan permasalahan dan faktor yang memengaruhi masalah pada pasien, kegiatan selanjutnya dilakukan intervensi. Intervensi diberikan dalam dua bentuk, yaitu secara non farmakologis dan secara farmakologis. Sebelum dilakukan intervensi dilakukan anamnesis kembali dan kontrol ulang tekanan darah serta pemeriksaan gula darah sewaktu maupun pemeriksaan kolesterol total. Hasil anamnesis pasien mengeluhkan tegang pada bagian kepala belakang dan leher serta hasil pengukuran tekanan darah pasien pada pertemuan kedua turun menjadi 140/80 mmHg. Pemeriksaan gula darah sewaktu dan kolesterol total dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan sindrom metabolik (SM) dimana komponen utama SM adalah obese, resistensi insulin, dislipidemia, dan hipertensi.²⁰ Pada pasien didapatkan hasil gula darah sewaktu dan kolesterol total dalam batas normal maka sindrom metabolik pada pasien dapat disingkirkan.

Setelah dilakukan pemeriksaan pasien diminta untuk mengerjakan soal *pretest* sebanyak 20 soal yang berhubungan dengan hipertensi, obese, dan dispepsia. Pada saat dilakukan penilaian pasien mendapatkan skor 40 dimana hal ini menunjukkan pengetahuan pasien terkait hipertensi, obese, dan dispepsia secara umum masih kurang. Intervensi non-farmakologis berupa konseling dilakukan dengan menggunakan media buku pintar berisi informasi terkait definisi, faktor risiko, komplikasi, cara pengukuran, pola diet dan pola aktivitas fisik pada hipertensi, obese, dan dispepsia. Selain itu juga dilakukan penghitungan kebutuhan angka kecukupan gizi pasien dan *food recall* serta diberikan *print out*

berisi saran menu diet, diet DASH untuk hipertensi dan diet rendah kalori untuk obese.

Intervensi farmakologis tetap mengikuti pengobatan yang didapatkan oleh pasien. Dalam hal ini pasien menggunakan terapi pengobatan Amlodipin 1 x 5 mg. Panduan dalam pemilihan dosis obat antihipertensi dimulai dengan satu obat dari golongan diuretic thiazide, CCB, ACEI atau ARB, kemudian dititrasi hingga mencapai dosis maksimal. Jika tujuan tekanan darah tidak dicapai dengan penggunaan satu obat meskipun titrasi dengan dosis maksimum yang disarankan, tambahkan obat kedua dari daftar (diuretic thiazide, CCB, ACEI, atau ARB) dan titrasi sampai dengan maksimum yang disarankan dosis obat kedua untuk mencapai tujuan tekanan darah.¹⁹ Pada pasien, inisiasi obat dimulai dari Amlodipine yang merupakan golongan CCB dengan dosis inisiasi 5 mg, dan bisa dititrasi sampai dosis maksimal yaitu 10 mg.²⁰

Terapi medikamentosa dispepsia perlu dibedakan untuk suptipe nyeri atau *distress postprandial*. Pada tipe nyeri epigastrium, lini pertama terapi bertujuan menekan asam lambung (Antasida, *proton pump inhibitor* dan *H2-blocker*). Pada tipe *distress postprandial*, lini pertama dengan prokinetik, seperti metoklopramid atau domperidon (antagonis dopamin), acotiamide (*inhibitor* asetilkolineras), cisapride (antagonis serotonin tipe 3/5HT3), tegaserod (agonis 5HT4), buspiron (agonis 5HT1a). Bila lini pertama gagal, PPI dapat digunakan untuk tipe *distress postprandial* dan prokinetik untuk tipe nyeri. Pada pasien diberikan omeprazole 2 x 20 mg.

Kunjungan rumah ketiga yaitu evaluasi hasil intervensi. Dari hasil anamnesis didapatkan hasil keluhan nyeri kepala sudah berkurang. Pasien juga sudah mengambil obat ke Puskesmas dan kembali rutin minum obat antihipertensi setiap hari, pola makan pasien yang dinilai berdasarkan *food recall* juga sudah sesuai dan dilihat dari hasil *check-list* pada kalender baik minum obat rutin, mencatat menu makanan dan olahraga minimal 30 menit lima hari dalam seminggu berupa aktivitas jalan maupun senam aerobik sudah dilakukan.

Evaluasi dilanjutkan dengan mengevaluasi pengetahuan pasien terkait hipertensi dan obese dengan cara mengerjakan

soal *post-test* yang sama dengan soal *pre-test* dan didapatkan skor pasien adalah 70 dapat disimpulkan terjadi peningkatan pengetahuan pada pasien.

Kesimpulan

1. Penyakit hipertensi pada pasien kemungkinan besar karena faktor internal berupa usia pra lansia, riwayat keluarga, pola pengobatan kuratif, pengetahuan yang kurang, serta pola makan dan aktivitas fisik yang kurang. Faktor internal yang menyebabkan obese pada pasien adalah pola diet dan aktivitas fisik yang kurang. Faktor internal yang menyebabkan dispepsia pada pasien adalah pola makan dan stress.
2. 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.
3. Intervensi non medikamentosa berupa edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai faktor risiko penyakit, gaya hidup, pola makan pasien, dan aktivitas fisik, serta penyesuaian pola hidup dalam masa pandemi. Pada pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien dan monitoring. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi dan kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan. Terapi farmakologis yang diberikan yakni Amlodipine 1 x 5 mg dan Omeprazole 2 x 20 mg.
4. Setelah dilakukan tatalaksana secara holistik dan komprehensif dengan pendekatan dokter keluarga, terjadi peningkatan pengetahuan bagi pasien mengenai hipertensi obese dan dispepsia, faktor risiko yang berhubungan dengan penyakit dan perilaku yang harus dilakukan yaitu kontrol rutin tekanan darah ke puskesmas dan melanjutkan pola hidup sehat sesuai anjuran.

Daftar Pustaka

1. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan.

- Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Bakti Husada; 2013.
2. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Bakti Husada; 2013.
3. Price S, Wilson L. 2006. Patofisiologi : konsep klinis proses-proses penyakit edisi ke 6. Vol.2. Jakarta: EGC.
4. World Health Organization. Hypertension [internet]. 2021. Obesity and Overweight. Switzerland: World Health Organization [disitasi tanggal 05 Juli 2021]. Tersedia dari: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. Laporan Provinsi Lampung: Riskesdas 2018. Jakarta: Balitbangkes.
6. Departemen Kesehatan RI. Pedoman teknis penemuan dan tatalaksana penyakit hipertensi. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular; 2013.
7. Kumar A. Epidemiology of functional dispepsia. JAPI 2012;60:9-11.
8. Hunt RH, Xiao SD, Megraud F, Leon-Barua R, Bazzoli F, van de Merwe S, et al. Helicobacter pylori in developing countries: world gastroenterology organisation global guideline. J Gastrointestin Liver Dis. 2011; 20(3):299- 304.
9. Badan Pusat Statistik Provinsi Lampung. Jumlah kasus 10 penyakit terbanyak di Provinsi Lampung tahun 2015. [disitasi tanggal 15 Januari 2021]; tersedia di <https://lampung.bps.go.id/statictable/2016/08/02/497/jumlah-kasus-10-penyakit-terbanyak-di-provinsi-lampung-2015.html>)
10. Purnamasari, L. Faktor Risiko, Klasifikasi, dan Terapi Sindrom Dispepsia. CDK-259 2017;44(12):870-3
11. Mahadeva S, Goh KL. Epidemiology of functional dispepsia: a global perspective. World J Gastroenterol. 2006; 12(17): 2661-6.1
12. Price SA, Wilson LM. 2012. Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Jakarta : Buku Kedokteran EGC
13. Kemenkes RI. 2018. Klasifikasi Obese setelah pengukuran IMT. [internet] Jakarta : Direktorat P2PTM [disitasi tanggal 22 Juli 2021]. Tersedia dari: <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographyc-p2ptm/obese/klasifikasi-obese-setelah-pengukuran-imt>
14. Anggara FHD, Prayitno N. 2013. Faktor-faktor yang berhubungan dengan tekanan darah di Puskesmas Telaga Murni Cikarang Barat tahun 2012. Jurnal Ilmiah Kesehatan 5(1):20–25
15. Maulidina F, Harmani N, Suraya I. 2019. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Jati Luhur Bekasi Tahun 2018. ARKESMAS 4(1):149 – 55.
16. Liberty IA, Pariyana, Roflin E, Waris L. 2017. Determinan Kepatuhan Berobat Pasien Hipertensi Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat I. Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan 1(1):58–65
17. Widyartha IMJ, Putra IWGAE, Ani LS. 2016. Riwayat Keluarga, Stres, Aktivitas Fisik Ringan, Obese dan Konsumsi Makanan Asin Berlebihan Sebagai Faktor Risiko Hipertensi. Public Health and Preventive Medicine Archive 4(2):186–194.
18. Karo SK. Hipertensi adalah masalah kesehatan masyarakat. Dalam Raharjo AU. Penyakit Kardiovaskular (PKV) 5 Rahasia. Jakarta: Badan Penerbit FK UI
19. Rini S. 2015. Sindrom Metabolik. J MAJORITY 4(4):88–93
20. James P. 2014. Evidence based guideline for the management of high blood pressure in adults report from the panel members appointed to the english joint national committee (JNC 8). J Am Med Assoc 311(5):507-20