

# Penatalaksanaan Holistik Krisis Hipertensi Pada Pasien Geriatri Dengan Sikap Negatif Terhadap Kepatuhan Pengobatan, *Self-Monitoring* Dan Modifikasi Gaya Hidup Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Gedong Air

Cassa Victoria Regindra Divandra<sup>1</sup>, Diana Mayasari<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

<sup>2</sup>Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

## Abstrak

Krisis hipertensi merupakan kondisi tekanan darah sistolik  $\geq 180$  mmHg dan/atau diastolik  $\geq 120$  mmHg. Hipertensi jarang menimbulkan gejala, sehingga dapat menimbulkan morbiditas lain yang sering tidak disadari. Prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan Riskesdas 2018 meningkat sebesar 34,1% dibandingkan pada tahun 2013 yaitu 25,8%. Menerapkan prinsip pendekatan dokter keluarga dalam mendeteksi faktor risiko internal dan eksternal serta menyelesaikan masalah berbasis EBM (*Evidence Based Medicine*). Studi ini merupakan Laporan Kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Pasien Ny. M berusia 63 tahun memiliki keluhan utama nyeri kepala yang terasa berdenyut sejak 2 hari yang lalu. Nyeri kepala dirasakan berdenyut dan terjadi sepanjang hari. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi yang terdiagnosis sejak tahun 2017 tetapi tidak mengkonsumsi obatnya secara rutin. Selanjutnya dilakukan intervensi menggunakan media poster dan checklist harian mengenai gejala, penyebab, faktor resiko, cara pengendalian, penyulit, pola makan rendah lemak dan membatasi konsumsi garam serta aktivitas fisik untuk penderita hipertensi. Penatalaksanaan dengan pendekatan kedokteran keluarga diperlukan untuk pasien dengan penyakit Krisis Hipertensi untuk mengidentifikasi masalah pada berbagai aspek demi mendukung keberhasilan terapi dan memperbaiki kualitas hidup pasien.

**Kata Kunci:** Krisis Hipertensi, Pelayanan Kedokteran Keluarga.

# Holistic Management Of The Hypertension Crisis In Geriatric Patients With Minimal Knowledge And Negative Attitude Towards Treatment Compliance, Self-Monitoring And Lifestyle Modification Through A Family Medicine Approach

## Abstract

Hypertensive crisis is a condition where systolic blood pressure is 180 mmHg and/or diastolic is 120 mmHg. Hypertension rarely causes symptoms, so it can cause other morbidities that are often not recognized. The prevalence of hypertension in Indonesia based on Riskesdas 2018 increased by 34.1% compared to 2013 which was 25.8%. Applying the principle of a family doctor approach in detecting internal and external risk factors and solving EBM (*Evidence Based Medicine*) based problems. This study is a Case Report. Primary data were obtained through history taking, physical examination and home visits. Secondary data were obtained from the patient's medical record. Mrs. M, 63 years old, has a chief complaint of throbbing headache since 2 days ago. Headaches are felt to be throbbing and occur throughout the day. The patient has a history of hypertension which has been diagnosed since 2017 but does not take the medicine regularly. Furthermore, interventions were carried out using poster media and daily checklists regarding symptoms, causes, risk factors, ways of controlling, complications, low-fat diet and limiting salt consumption and physical activity for people with hypertension. Management with a family medicine approach is needed for patients with Hypertensive Crisis to identify problems in various aspects in order to support the success of therapy and improve the patient's quality of life.

**Keywords:** Hypertension Crisis, Family Medicine Approach.

Korespondensi: Cassa Victoria Regia Divandra, Alamat Perumahan Bumi Maja Wirataman blok A7 No. 3, Maja, Kab. Lebak, Banten, No HP 081227569234, e-mail divandracr@gmail

## Pendahuluan

Usia tua merupakan risiko utama terjadinya berbagai macam penyakit. Komorbiditas menjadi determinan yang penting bagi kesehatan individu lanjut usia (lansia) yang dapat meningkatkan risiko hospitalisasi dan kematian.<sup>1</sup> Penyakit kardiovaskuler dan gangguan metabolik adalah masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia karena adanya proses penuaan, inflamasi kronis, dan stres oksidatif.<sup>2</sup>

Hipertensi merupakan masalah kesehatan global yang mengakibatkan peningkatan morbiditas dan mortalitas. Pada hipertensi yang tidak terkontrol dapat menjadi krisis hipertensi yang ditandai dengan tekanan darah sistolik  $\geq 180$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 120$  mmHg<sup>3</sup>. Krisis hipertensi diklasifikasikan menjadi 2 jenis, yaitu hipertensi urgensi dan hipertensi emergensi. Pada hipertensi urgensi, peningkatan tekanan darah tidak menyebabkan adanya disfungsi organ, sedangkan pada hipertensi emergensi peningkatan tekanan darah disertai dengan adanya disfungsi organ. Disfungsi organ yang terjadi dapat berlanjut menjadi serangan penyakit pada beberapa target organ, diantaranya stroke untuk otak, dan penyakit jantung koroner untuk pembuluh darah, jantung dan otot jantung<sup>4</sup>.

Diperkirakan 1,28 miliar orang dewasa berusia 30-79 tahun di seluruh dunia menderita hipertensi, dan sebagian besar (dua pertiga) tinggal di negara berpenghasilan rendah. dan kelas menengah.<sup>2</sup> Di Asia terdapat 38,4 juta penderita hipertensi pada tahun 2000 dan diperkirakan akan menjadi 67,4 juta orang pada tahun 2025<sup>5</sup>. Prevalensi hipertensi di Indonesia pada tahun 2018 berdasarkan Riskesdas, dengan jumlah penduduk sekitar 260 juta, meningkat sebesar 34,1% dibandingkan tahun 2013, dimana kejadian hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah pada penduduk Indonesia berusia 18 tahun ke atas adalah 27,8%. Hipertensi merupakan penyebab kematian ketiga, dengan angka mencapai 6,7% dari

populasi kematian pada semua umur di Indonesia.<sup>1,6</sup>

Menurut Riskesdas 2018, prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk berusia 18 tahun di Provinsi Lampung adalah 24,7% dari total penduduk<sup>7</sup>. 4 Data Surveilans kasus penyakit tidak menular berbasis puskesmas di lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Lampung tahun 2018 prevalensi hipertensi di provinsi Lampung telah mencapai 62,41% dan menduduki peringkat penyakit tertinggi yang diderita masyarakat dengan total 545.625 5 Kota Bandar Lampung sendiri pada tahun 2019 menduduki peringkat ketiga setelah kabupaten Lampung Timur dan Lampung Tengah dengan perkiraan penderita hipertensi sebesar 130.079 kasus.<sup>6</sup>

Penanganan hipertensi yang tepat sangat penting untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit yang lebih serius. Tujuan dari penanganan penyakit hipertensi adalah mengontrol penyakit agar tekanan darah tetap dalam batas normal<sup>8,9</sup>. Dibutuhkan perubahan perilaku hidup sehat untuk mendukung efektifitas pengobatan hipertensi, dalam mengubah perilaku dibutuhkan faktor pendorong salah satunya dukungan keluarga dan komunitas<sup>10</sup>. 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.

## Kasus

Pasien Ny. M berusia 63 Tahun datang ke Puskesmas Gedong Air pada tanggal 4 Juni 2022 dengan keluhan nyeri kepala sejak 2 hari yang lalu. Nyeri kepala dirasakan berdenyut dan terus menerus. Keluhan disertai dengan badan yang terasa lemas, mual dan nyeri pada bagian ulu hati.

Pasien mengaku memiliki penyakit hipertensi yang terdiagnosis sejak tahun 2017. Pada saat itu pasien mengeluhkan nyeri kepala dan didapatkan hasil

pemeriksaan tekanan darah diatas 150/100 mmHg. Pasien kemudian mendapatkan terapi berupa Amlodipin tetapi pasien tidak minum obat secara teratur, dan hanya meminum obat tersebut saat mengeluh lemas dan sakit kepala. Pasien mengaku tidak meminum obatnya secara rutin karena mengaku bosan meminum obat yang sama setiap hari padahal tidak mengalami keluhan. Selain itu, pasien hanya ke puskesmas bila ada keluhan. Pada keluarga pasien, ayah pasien diketahui memiliki riwayat hipertensi.

Pada pemeriksaan fisik keadaan umum: baik; kesadaran: compos mentis dengan nilai Glasgow Coma Scale (GCS) 15, pasien tampak kooperatif; tekanan darah 194/101 mmHg; nadi: 76x/menit; pernafasan: 20x/menit; suhu tubuh: 36,6 °C; berat badan: 62 kg; tinggi badan: 154 cm; IMT pasien: 26,9 kg/m<sup>2</sup> dimana status gizi pasien masuk kedalam kategori Obesitas derajat 1.

Bentuk kepala bulat, persebaran rambut merata dan tidak rontok. Pada pemeriksaan mata didapatkan konjungtiva tidak anemis dan sklera tidak ikterik. Telinga dalam batas normal dengan ukuran normotia (+/+), sekret (-/-), hiperemis (-/-), nyeri tekan (-/-), hidung normal (sekret (-/-), hiperemis (-/-), deviasi (-/-). Pemeriksaan JVP tidak meningkat, tidak terdapat pembesaran KGB dan kelenjar tiroid tidak mengalami pembesaran. Pada pemeriksaan thorax, gerak pengembangan dada dan fremitus taktil simetris, nyeri tekan (-), massa (-), ekspansi simetris, pada perkusi didapatkan suara sonor pada kedua lapang paru, suara napas vesikuler pada seluruh lapang paru, dan tidak didapatkan suara napas tambahan seperti ronki dan wheezing, kesan dalam batas normal. Iktus cordis tidak teraba, batas jantung dalam batas normal, bunyi jantung I dan bunyi jantung II regular, tidak ada bunyi jantung tambahan. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan kontur cembung, bising usus + (positif) (8x/menit), Nyeri tekan epigastrium (-), tidak didapatkan organomegali, undulasi (-), kesan dalam batas normal. Ekstremitas superior dekstra

et sinistra dan inferior dekstra et sinistra teraba hangat, edema (-), CRT <2 detik. Muskuloskeletal, tonus, otot, dan Range of Motion (ROM) kesan dalam batas normal. Status neurologis motorik dan sensorik kesan dalam batas normal.

Pada pemeriksaan Fall Risk Assessment tool for home health care dengan metode tanya jawab sesuai poin kuesioner, didapatkan skor 6 yang berarti pasien memiliki risiko moderate untuk terjatuh. Pada pemeriksaan MMSE didapatkan skor 28 yang berarti pasien normal (tidak terdapat gangguan kognitif). Pada pemeriksaan GDS untuk skrining depresi pada lansia, didapatkan skor 3 yang berarti tidak terdapat gangguan depresi pada pasien.

Penilaian Activity Daily Living (ADL) pasien dengan Instrumen Indeks Barthel. Adapun hasil penilaian tersebut adalah sebagai berikut.

**Tabel 1. Penilaian ADL Ny.M**

Activity Daily Living	
Mengendalikan rangsang BAB	10
Mengendalikan rangsang BAK	10
Kebersihan pribadi (wajah, rambut, gigi dan mencukur)	5
Penggunaan toilet	10
Makan	10
Transfer	15
Mobilisasi = ambulasi	15
Mengenakan pakaian	10
Naik turun anak tangga	10
Mandi	5
<b>Total</b>	<b>100</b>

Berdasarkan hasil penilaian Indeks Barthel, pasien memiliki status fungsional baik/mandiri dalam melakukan aktivitasnya dengan skor total 100, yang berarti pasien tidak membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas kesehariannya. Pada pemeriksaan Frail Scale dengan metode tanya jawab sesuai poin kuesioner, didapatkan skor 1 yang berarti pasien termasuk ke dalam kategori Pre-Frail.

Pada pemeriksaan CGA, didapatkan hasil pemeriksaan fungsi kognitif dan

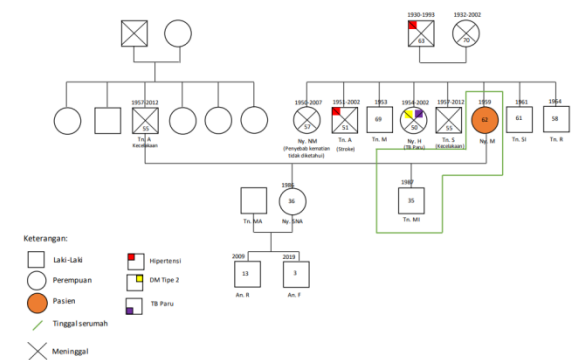
emosional dalam batas normal, perilaku baik verbal maupun non-verbal tidak agresif. Komunikasi pasien baik, berbicara lancar, pendengaran dalam batas normal, dan penglihatan terdapat presbiopi. Tidak tampak pula adanya masalah baik pada ekstremitas bawah, gigi dan mulut serta integritas kulit. Kekuatan motorik pasien dalam batas normal dengan skor kekuatan otot maksimal yakni 5, mobilitas pasien independen, dan keseimbangan dalam batas normal. Penilaian BAK dan BAB lancar, tidak didapatkan adanya inkontinensia baik urin maupun ani. Berat badan pasien stabil, dan kegiatan sehari-hari pasien dapat melakukan secara independen baik dari makan, mandi, berganti baju dan mandi.

Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang. Pasien merupakan anak keenam dari delapan bersaudara. Ibu dan ayah pasien saat ini sudah meninggal dunia. Suami pasien merupakan anak ketiga dari enam bersaudara, dan telah meninggal 10 tahun lalu. Pasien memiliki dua orang anak yaitu Ny. SNA yang berusia 36 tahun dan Tn. MI yang berusia 35 tahun. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti. Saat ini pasien tinggal berdua dengan anak keduanya yaitu Tn. MI. Komunikasi dalam keluarga cukup baik. Pemecahan masalah dalam keluarga dilakukan melalui diskusi dengan keputusan keluarga ditentukan oleh pasien. Pasien lebih sering berkomunikasi dengan anak keduanya karena tinggal dalam satu rumah, sedangkan komunikasi dengan anak pertamanya hanya dilakukan seminggu sekali saat Ny. SNA berkunjung ke rumah pasien.

Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti (nuclear family). Menurut tahap siklus keluarga Duvall, keluarga pasien berada pada tahap VII dan VIII yaitu keluarga dengan usia pertengahan dan keluarga dengan usia lansia. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari keluarga diperoleh dari pendapatan pasien dan anak keduanya. Pasien bekerja sebagai asisten rumah tangga dan anak kedua pasien bekerja sebagai ojek online dengan

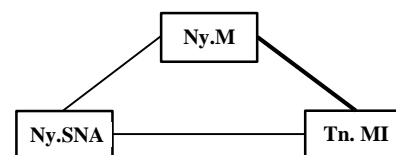
pendapatan berjumlah ±800.000 rupiah. Dengan pendapatan tersebut, pemenuhan kebutuhan keluarga pasien hanya sampai kebutuhan primer.

Perilaku berobat masih mengutamakan kuratif yakni memeriksakan diri ke layanan kesehatan apabila ada keluhan yang mengganggu kegiatan sehari-hari. Seluruh anggota keluarga tidak lagi memiliki asuransi kesehatan yaitu BPJS karena telah menunggak dalam waktu yang lama, sehingga biaya berobat pasien berasal dari P2KM. Keluarga pasien berobat ke Puskesmas Gedong Air yang berjarak ±1 km dari rumah pasien.



**Gambar 1. Genogram keluarga Ny. M**

**Family Map**



**Keterangan:**

- : Hubungan sangat erat
- : Hubungan erat

**Gambar 2. Family map Ny. M**

**Family APGAR Score**

- Adaptation : 2
- Partnership : 1
- Growth : 1
- Affection : 2
- Resolve : 2

**Total 8 (Fungsi keluarga baik)**

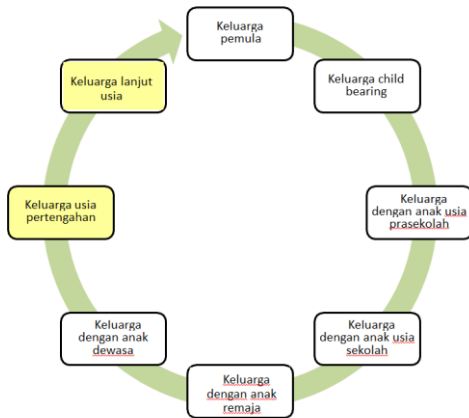
**Tabel 2. Family SCREEM**

	Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
S1	Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami		√		
S2	Rekan-teman dan tetangga sekitar membantu keluarga kami		√		
C1	Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		√		
C2	Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kita sangat membantu keluarga kita		√		
R1	Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami		√		
R2	Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami			√	
E1	Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		√		
E2	Penghasilan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		√		
E'1	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit		√		
E'2	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga			√	
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami	√			
M2	Dokter, perawat dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami	√			
<b>Total</b>		24			

Fungsi patologi keluarga dapat dinilai dengan menggunakan SCREEM score, dengan hasil penilaian pada keluarga Ny. M seperti table diatas.

Berdasarkan hasil skoring SCREEM didapatkan hasil akhir skor total 24, sehingga dapat disimpulkan fungsi keluarga Ny.M memiliki sumber daya keluarga yang cukup memadai.

Berdasarkan family life cycle menurut Duvall tahun 1977, siklus keluarga Ny.M berada pada tahap keluarga dengan usia pertengahan dan keluarga dengan usia lansia.



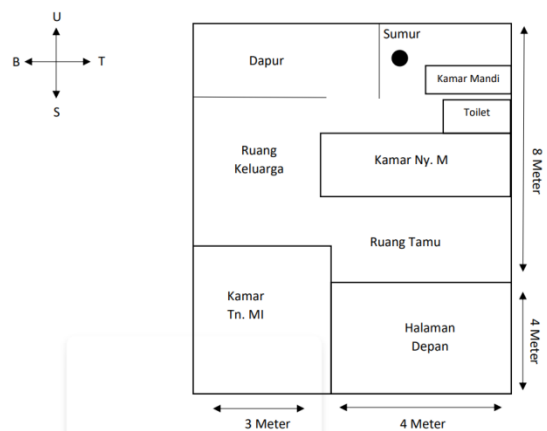
**Gambar 3. Siklus Hidup Keluarga Ny.M**

Kondisi lingkungan rumah Ny.M berjarak ±150m dari jalan utama. Tempat tinggal pasien merupakan daerah pemukiman padat penduduk yang di sekeliling rumahnya terdapat rumah tetangga dan kerabat. Dari hasil wawancara didapatkan rumah Ny.M ialah rumah permanen milik pribadi dengan luas sebesar 84 m<sup>2</sup> yang ditinggali oleh 2 orang yang terdiri dari pasien dan anak keduanya. Pada rumah pasien terdapat satu halaman depan, satu ruang tamu, satu ruang keluarga, dua kamar tidur, satu dapur dan satu kamar mandi dengan toilet kloset jongkok yang terletak di dalam rumah. Rumah pasien berdinding tembok yang dicat, tidak bertingkat, lantai dilapisi semen dan beratap genting yang disertai langit-langit pada seluruh ruangan.

Sinar matahari sebagian masih dapat masuk dari jendela depan ruang tamu, rumah cukup lembap, dengan ventilasi yang hanya terletak di ruang tamu dan kamar depan. Rumah pasien bersih dan tata letak barang di dalam rumah tersusun rapi. Rumah pasien telah dialiri listrik, sumber air

untuk minum dari galon isi ulang sedangkan sumber air untuk mencuci dan masak berasal dari pompa milik tetangga yang dialirkan ke rumah pasien dengan menggunakan selang, dan fasilitas dapur menggunakan kompor gas. Tempat sampah yang terdapat di dapur dalam rumah berjumlah 1 dan tidak ada tempat sampah yang terdapat di luar rumah. Kesan kebersihan lingkungan pemukiman tempat pasien tinggal baik.

**Denah Rumah**



**Gambar 4. Denah Rumah Ny.M**

**DIAGNOSIS HOLISTIK AWAL**

**1. Aspek Personal**

Alasan kedatangan: Pasien mengeluhkan nyeri kepala disertai lemas dan nyeri ulu hati sejak 2 hari lalu (ICPC-2: N01, ICPC-2: A04, ICPC-2: D02).

Kekhawatiran: Pasien khawatir penyakit hipertensi yang dialaminya semakin parah karena nyeri kepala yang timbul disertai dengan lemas dan nyeri pada ulu hati sudah dirasakan mengganggu aktivitas sehari-hari pasien (ICPC-2: K25, ICPC-2: A27).

Persepsi: Persepsi pasien terhadap keluhan dapat sembuh dengan obat-obatan pemberian dokter yang hanya perlu dikonsumsi saat memiliki gejala dan tidak harus mengubah gaya hidup serta kontrol tekanan darah secara rutin.

Harapan: Keluhan berkurang dan penyakit tidak semakin memburuk ataupun menimbulkan komplikasi sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa.

1. Aspek Klinis

Krisis Hipertensi (ICPC-II K86 ICD-X I10)

2. Aspek Risiko Internal

Kurangnya pengetahuan pasien tentang (ICPC—2: Z07):

- Penyebab dan faktor risiko hipertensi.
- Cara pengendalian hipertensi termasuk pengobatan sesuai anjuran dokter, pengaturan pola hidup sehat dan kontrol rutin tekanan darah ke fasilitas kesehatan.
- Komplikasi yang dapat timbul bila kondisi penyakit tidak terkontrol.
- Sikap negatif terhadap kepatuhan pengobatan, self-monitoring berupa pemantauan tekanan darah secara berkala dan modifikasi gaya hidup meliputi pola diet dan aktivitas fisik yang sesuai dengan kondisi hipertensi pasien (ICPC-2: Z20).
- Pola pengobatan kuratif (ICPC-2: Z10).
- Usia tua yang meningkatkan risiko terjadinya penyakit degenerative (ICPC-2: A23).
- Riwayat keluarga (ayah pasien) menderita hipertensi (ICPC-2: Z22).

3. Aspek Risiko Eksternal

- Pola pengobatan keluarga kuratif (ICPC-2: Z10).
- Keluarga kurang memahami tentang hipertensi yang diderita pasien (ICPC-2: Z07).
- Keluarga kurang memahami terkait pola diet dan aktivitas fisik yang sesuai dengan penyakit pasien (ICPC-2: Z07).

4. Derajat Fungsional

Derajat fungsional pasien adalah 2 yaitu pasien mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah,

(mulai mengurangi aktivitas kerja atau aktivitas).

**Tabel 3. Target Terapi Berdasarkan Diagnosis Holistik Awal**

Diagnosis Holistik	Target Terapi
sis Hipertensi	kanan darah sistolik $\leq 150$ mmHg atau diastolik $\leq 100$ mmHg  nerapan pola makan yang sesuai dengan metode DASH  tin kontrol tekanan darah setiap bulan
rangnya pengetahuan pasien terkait penyakit yang dialaminya	sien dapat mengerti mengenai penyakit yang diderita dan dampaknya, sehingga pasien menjadi lebih disiplin dalam mengubah pola hidupnya khususnya pada pola makan dan kepatuhan pengobatan
ap negatif terhadap kepatuhan pengobatan, self-monitoring dan modifikasi gaya hidup akibat persepsi yang salah tentang tatalaksana penyakit yang diderita	rubahan persepsi bahwa hipertensi tidak hanya dikontrol dengan konsumsi obat tetapi harus diikuti dengan perubahan pola hidup.  rubahan persepsi bahwa obat antihipertensi perlu dikonsumsi dalam jangka waktu yang lama, dan hanya dokter yang menangani pasien yang berwenang untuk mengatur dosis pengobatan.  rubahan persepsi bahwa pemantauan tekanan darah perlu dilakukan secara rutin dan tidak hanya pada saat bergejala.

Intervensi yang diberikan berupa intervensi medikamentosa dan non medikamentosa terkait penyakit krisis hipertensi 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 terutama dalam masa pandemi.

Pada pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak 3 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 meliputi definisi, faktor risiko, gejala, dan komplikasi hipertensi pada pasien.
2. Konseling mengenai upaya pengobatan pasien terkait kepatuhan pengobatan yang meliputi cara pemakaian obat dan jenis pengobatan untuk mencegah progresifitas dan komplikasi dari hipertensi pasien.
3. Edukasi mengenai diet DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) untuk mencegah meningkatnya kadar tekanan darah.
4. Konseling mengenai pilihan makanan rendah natrium untuk memenuhi kebutuhan kalori harian serta menurunkan tekanan darah.
5. Konseling mengenai pentingnya gaya hidup yang sehat termasuk bagaimana pilihan olahraga bagi pasien lansia dengan hipertensi.
6. Memberikan motivasi kepada pasien terkait pentingnya menjaga kesehatan.

##### Farmakologis

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

1. Captopril 1 x 25 mg
2. Hidrokrotiazid 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, dan pola makan.
2. Menjelaskan kepada anggota keluarga, terutama yang tinggal dengan pasien untuk memberikan dukungan, melakukan pengawasan dan memfasilitasi pola makan dan aktivitas fisik pasien.
3. Konseling kepada anggota keluarga mengenai risiko yang ada pada mereka dan pentingnya melakukan deteksi dini antara lain melakukan pemeriksaan tekanan darah secara berkala.
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 serta edukasi secara langsung agar dapat meningkatkan pola hidup sehat.
2. Konseling kepada pasien untuk rutin menghadiri posyandu lansia di lingkungan rumah untuk melakukan kontrol kesehatan. Sekaligus konseling pada keluarga untuk turut serta mendampingi pasien.
3. Konseling kepada keluarga pasien untuk rutin menghadiri kegiatan pos palayanan terpadu untuk melakukan kontrol kesehatan.

#### DIAGNOSTIK HOLISTIK AKHIR

1. Aspek Personal
  - Alasan kedatangan: Keluhan nyeri kepala yang dirasakan pasien sudah



jauh berkurang dan badan tidak lagi terasa lemas.

- Kekhawatiran: Pasien sudah tidak terlalu khawatir terkait penyakit hipertensi yang dialaminya dapat semakin parah karena keluhan tidak lagi dirasakan mengganggu aktivitas sehari-hari pasien.
- Persepsi: Pasien telah memiliki persepsi bahwa keluhan yang dirasakan oleh pasien dapat dicegah dengan konsumsi obat antihipertensi secara rutin, mengontrol tekanan darahnya secara rutin ke fasilitas kesehatan dan perubahan gaya hidup berupa pola makan dan aktivitas fisik.
- Harapan: Penyakit hipertensi pasien dapat terkontrol dan tidak ataupun menimbulkan komplikasi pasien dapat selalu beraktivitas seperti biasa.

## 2. Aspek Klinis

Hipertensi derajat 1 (ICPC-II K86 ICD-X I10)

## 3. Aspek Risiko Internal

- Tingkat pengetahuan pasien terkait hipertensi telah meningkat.
- Sikap positif terhadap kepatuhan pengobatan, *self-monitoring* berupa pemantauan tekanan darah secara berkala dan modifikasi gaya hidup meliputi pola diet dan aktivitas fisik yang sesuai dengan kondisi hipertensi pasien.
- Pola pengobatan preventif
- Usia tua yang meningkatkan risiko terjadinya penyakit degeneratif.
- Riwayat keluarga (ayah pasien) menderita hipertensi (ICD-X Z82.49).

## 4. Aspek Risiko Eksternal

- Tingkat pengetahuan keluarga terkait penyakit hipertensi yang dialami oleh pasien telah meningkat.

## 5. Derajat Fungsional

Derajat fungsional pasien adalah 1 yaitu pasien melakukan pekerjaan seperti sebelum sakit, dan mandiri dalam perawatan diri, bekerja di dalam dan luar rumah.

## Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada Ny. M berusia 63 tahun dengan krisis hipertensi yang dikaji menurut *mandala of health* dengan memandang pasien secara menyeluruh, mencakup faktor biologis, psikologis, dan sosial pasien. Pendekatan keluarga dilakukan pada penatalaksanaan pasien dikarenakan penyakit hipertensi yang dialami oleh pasien merupakan penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan jangka panjang. Selain itu penyakit pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor serta kemungkinan timbulnya komplikasi dan gangguan multi organ jika bila penyakit ini tidak ditatalaksana secara adekuat. Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah seorang wanita berusia 63 tahun yang mengalami keluhan nyeri kepala berdenyut yang dirasakan terus menerus disertai dengan badan yang terasa lemas. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi yang sudah terdiagnosis sejak tahun 2017 yang tidak terkontrol. Pasien diberikan tatalaksana farmakologis berupa amlodipine 10mg tetapi tidak dikonsumsi secara rutin.

Pertemuan pertama kali dengan pasien pada tanggal 18 Juni 2022 di poli lansia Puskesmas Rawat Inap Gedong Air. Pasien mengalami keluhan nyeri kepala sesjak 2 hari yang lalu. Nyeri kepala dirasakan berdenyut dan terus menerus sepanjang waktu. Selain itu, pasien juga mengeluhkan badan yang terasa lemas dan nyeri pada bagian ulu hati. Keluhan mual dan nyeri pada bagian ulu hati dideskripsikan pasien sebagai rasa panas seperti terbakar yang menjalar ke atas dan terasa kembung yang teramat sangat sampai terkadang pasien merasa sesak. Keluhan nyeri pada ulu hati yang dirasakan pasien baru pertama kali ia rasakan dan belum pernah diobati sebelumnya. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi yang

telah terdiagnosis sejak tahun 2017 dan diberikan tatalaksana berupa amlodipine tablet 10mg tetapi pasien tidak rutin mengkonsumsi obatnya. Berdasarkan pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: baik; kesadaran: *compos mentis* dengan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) 15, pasien tampak kooperatif; tekanan darah 194/101 mmHg; nadi: 76x/menit; pernafasan: 20x/menit; suhu tubuh: 36,6 °C; berat badan: 62 kg; tinggi badan: 154 cm; IMT pasien: 26,9 kg/m<sup>2</sup> dimana status gizi pasien masuk kedalam kategori Obesitas dereajat 1. Pada pemeriksaan status generalis *head to toe*, didapatkan hasil keseluruhan dalam batas normal.

Pembinaan kedokteran keluarga pada pasien ini dilakukan dalam beberapa kunjungan. Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 25 Juni 2022. Pada kunjungan pertama ini dilakukan kegiatan berupa perkenalan dengan pasien dan keluarga pasien yang tinggal serumah yaitu anak kedua pasien. Kemudian dijelaskan terkait maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang penyakit pasien dan keadaan keluarga. Selain itu, dilakukan pemeriksaan fisik untuk menentukan diagnosis. Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep *Mandala of Health*, dari segi perilaku kesehatan pasien masih mengutamakan kuratif daripada preventif.

Pada anamnesis yang dilakukan pada pasien, pasien masih mengeluhkan nyeri kepala yang berdenyut, tetapi tidak terus menerus sepanjang hari dan hilang timbul. Pasien juga masih mengeluhkan badannya yang terasa lemas dan tidak nafsu makan akibat mual yang masih dialaminya. Pada anamnesis juga diperoleh beberapa faktor resiko hipertensi pada Ny.M seperti faktor keturunan dan faktor gaya hidup. Pola makan Ny. M belum sesuai dengan anjuran dokter. Pola makan pasien cenderung tinggi garam, tinggi lemak dan makanan yang dikonsumsi bervariasi tanpa diperhitungkan jumlah kalori yang dibutuhkan oleh pasien. Individu dengan pola makan tinggi garam dan tinggi lemak, serta aktivitas fisik yang rendah mempunyai

resiko sebanyak 6,1 kali lebih besar menderita hipertensi<sup>11</sup>.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah pasien 182/100 mmHg, frekuensi nadi 82x, frekuensi napas 16x/menit, dan suhu 36,5°C. Pada kunjungan ini, dilakukan pula skrining terjadinya sindrom geriatri pada pasien dengan *tools* kuesioner karena pasien tergolong ke dalam kategori lansia. Berdasarkan skrining, didapatkan pasien beresiko *moderate* untuk terjatuh. Selain itu, dilakukan pula pemeriksaan kognitif pasien menggunakan MMSE dan skrining depresi pada lansia dengan GDS dengan hasil pasien tidak mengalami gangguan kognitif maupun depresi. Penilaian terhadap status fungsional pasien dilakukan dengan menggunakan Indeks Barthel yang dimodifikasi dan didapatkan hasil bahwa pasien mampu melakukan aktifitas secara mandiri dan tidak membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan aktivitas kesehariannya.

Pasien dan keluarga kemudian diminta untuk mengisi kuesioner untuk menilai tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku terkait hipertensi pada pasien. Dari hasil pemeriksaan tingkat pengetahuan pasien dan keluarga diperoleh skor 30 dengan interpretasi pengetahuan minimal terkait penyakit hipertensi. Pada penilaian sikap, pasien memperoleh skor 19 dengan interpretasi sikap negatif, sedangkan keluarga pasien memperoleh skor 32 dengan interpretasi sikap positif terhadap kepatuhan pengobatan, *self-monitoring* dan modifikasi gaya hidup terkait penyakit hipertensi yang dialaminya. Pada penilaian perilaku pengobatan pasien mendapatkan skor 4 dengan interpretasi perilaku pengobatan hipertensi kurang. Berdasarkan hasil pemeriksaan, pasien kurang memahami jika penyakitnya perlu dalam keadaan terkontrol dan memerlukan pengobatan yang sesuai pedoman penatalaksanaan penyakit dan modifikasi gaya hidup yang berkesinambungan untuk mencegah komplikasi, dan memiliki sikap negatif terhadap penatalaksanaan hipertensi yang dialaminya.

Hal ini meliputi konsumsi obat-obatan

yang tidak rutin dan hanya dilakukan apabila pasien bergejala, tidak kontrol untuk memantau tekanan darahnya, dan tidak melakukan modifikasi gaya hidup meliputi perubahan pola makan dan aktifitas fisik yang sesuai dengan penyakit yang dialaminya. Sedangkan keluarga pasien hanya memiliki pengetahuan yang kurang terhadap penyakit pasien, tetapi memiliki sikap positif terhadap penatalaksanaan meliputi kepatuhan pengobatan, pemantauan secara berkala dan modifikasi gaya hidup terkait hipertensi yang dialami pasien.

Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien dapat didiagnosis menderita krisis hipertensi, dimana menurut JNC (*Joint National Committee*) VIII seseorang dikatakan mengalami krisis hipertensi jika tekanan darah sistol  $\geq 180$  mmHg atau tekanan darah diastol  $\geq 120$  mmHg dalam dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit. Salah satu manifestasi klinis utama hipertensi yang muncul pada Ny.M adalah nyeri kepala, yang diakibatkan oleh adanya 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. Menurut *American Cardiology Association/American Heart Association Guidelines* 2017 terkini, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik yang lebih besar dari 120 mmHg atau tekanan darah diastolik lebih dari 80 mmHg.<sup>9</sup>

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi hipertensi primer (esensial) dan sekunder. Hipertensi primer merupakan hipertensi yang tidak diketahui jelas etiologinya.

**Tabel 4. Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC 8**

Kategori	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	dan/atau	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	<120	dan	<80
Prehipertensi	120-139	atau	80-89
Hipertensi Stadium I	140-159	atau	90-99
Hipertensi Stadium II	$\geq 160$	atau	$\geq 100$
Krisis Hipertensi	$\geq 180$	atau	$\geq 120$

Oleh karena itu tidak dapat diobati, tetapi dapat dikontrol. Hipertensi primer sering diturunkan dalam suatu keluarga. Hal ini menunjukkan bahwa faktor genetik berperan dalam risiko terjadinya hipertensi. Karakteristik genetik memengaruhi keseimbangan natrium, tetapi juga didapatkan hasil studi yang menyatakan adanya mutasi genetik yang mengubah ekskresi kalikrein urin, pelepasan nitrit oksida, ekskresi aldosteron, steroid adrenal, dan angiotensinogen.

Sementara hipertensi sekunder didasarkan pada penyakit komorbid tertentu<sup>13</sup>. Keadaan ini sesuai dengan kondisi pasien. Tekanan darah pasien saat pertama kali didiagnosis adalah 150/100 mmHg dan setelahnya, tekanan darahnya belum pernah berada di bawah 140/90 mmHg. Pasien tidak memiliki penyakit lain yang mendasari hipertensi sehingga pasien didiagnosis hipertensi primer.

Pada anamnesis juga diketahui bahwa pasien tidak patuh minum obat. Pasien hanya minum obat jika terdapat keluhan. Ketidapatuhan dalam minum obat hipertensi dapat memicu terjadinya *rebound*, artinya tekanan darah yang sudah turun saat diobati tiba-tiba bisa melonjak lebih tinggi saat obat dihentikan. Resiko terjadinya komplikasi kardiovaskuler dan kematian meningkat pada pasien yang tidak patuh terhadap regimen terapinya<sup>12</sup>.

Pada pasien dan keluarga juga didapatkan kurangnya pengetahuan mengenai penyakit yang diderita pasien meliputi cara pengendalian dan komplikasinya. Selain itu, pasien juga mendapat pengaruh dari lingkungannya bahwa penyakit hipertensi hanya mengenai orang lanjut usia. Karena hal ini pasien hanya meminum obat hipertensi bila ada keluhan saja, pasien juga belum melakukan aktivitas fisik dan menerapkan pola makan yang sesuai untuk penderita hipertensi.

Berdasarkan segi gaya hidup pasien mengkonsumsi makanan dengan lemak berlebih dan tinggi garam. Pasien memiliki faktor resiko berupa ayah pasien menderita hipertensi. Sedangkan pada segi lingkungan sosial, hubungan pasien dengan keluarganya cukup dekat namun keluarga kurang mengingatkan pasien untuk minum obat hipertensi setiap hari dan kontrol tekanan darah ke fasilitas pelayanan kesehatan. Keluarga juga tidak mengerti makanan apa yang harus dihindari oleh pasien dan aktivitas fisik seperti apa yang harus dilakukan oleh pasien sehingga keluarga tidak pernah mengingatkan pasien untuk mengurangi pemakaian garam saat memasak dan tidak pernah mengajak pasien untuk melakukan aktivitas fisik sesuai dengan yang dianjurkan untuk penderita hipertensi.

Setelah didapatkan permasalahan dan faktor yang mempengaruhi masalah pada pasien, kegiatan selanjutnya dilakukan intervensi pada tanggal 2 Juli 2022. Intervensi diberikan dalam 2 bentuk, yaitu secara non farmakologis dan secara farmakologis. Intervensi secara non farmakologis dilakukan dengan bantuan media poster edukasi yang berisikan tentang penyakit hipertensi meliputi gejala, penyebab, faktor risiko, cara pengendalian, dan komplikasi hipertensi. Intervensi ini dilakukan dengan tujuan untuk menambah

pengetahuan pasien akan penyakitnya, mengurangi gejala, mencegah perburukan penyakit, meningkatkan kualitas hidup dan mengubah pola hidup pasien. Ketika intervensi dilakukan, anak pasien juga turut serta mendampingi dan mendengarkan apa yang disampaikan kepada pasien.

Pada pasien juga diberikan konseling terkait upaya pengobatan pasien meliputi kepatuhan pengobatan yang termasuk di dalamnya cara pemakaian obat dan jenis pengobatan untuk mencegah progresifitas dan komplikasi dari hipertensi pasien. Kemudian pasien juga diedukasi terkait diet DASH dan dilanjutkan dengan konseling perhitungan angka kecukupan gizi dan pilihan makanan rendah natrium untuk memenuhi kebutuhan kalori harian serta menurunkan tekanan darah. Untuk perilaku kesehatan keluarga pasien, diberikan edukasi mengenai pola makan diet rendah lemak dan mengurangi konsumsi garam yang tentunya membutuhkan dukungan dari keluarga. Oleh karena itu dukungan dari keluarga pasien penting untuk mendukung perubahan pola makan yang harus dilakukan oleh pasien.

Intervensi farmakologis tetap mengikuti pengobatan yang didapatkan oleh pasien. Dalam hal ini pasien menggunakan terapi pengobatan Captopril 1x25 mg. Panduan dalam pemilihan dosis obat antihipertensi dimulai dengan satu obat dari golongan penghambat *angiotensin converting enzyme* (ACE) *Inhibitor/ angiotensin II receptor blockers* (ARBs) dengan *calcium channel blockers* (CCBs)/ diuretik 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. Jika tujuan tekanan darah tidak tercapai dengan 2 obat, pilih obat ketiga dari daftar (diuretik thiazide, CCB, ACEI, atau ARB), hindari penggunaan kombinasi ACEI dan ARB<sup>13</sup>.

Pada pasien, inisiasi obat dimulai dari Captopril yang merupakan obat antihipertensi golongan *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor* yang memiliki efek vasodilatasi dengan cara menghambat perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II. Menurut JNC VIII target tekanan darah yang harus dicapai setelah modifikasi pola hidup dan tatalaksana farmakologi adalah TDS <140 mmHg dan TDD <90 mmHg pada pasien > 60 tahun dengan kulit non-hitam, berdasarkan pemantauan tekanan darah pasien belum mencapai target, maka seharusnya pasien membutuhkan dorongan lebih dalam modifikasi pola hidup dan mempertimbangkan terapi farmakologis tambahan dengan dosis inisial dari obat antihipertensi golongan diuretic, thiazide atau ARB atau CCB. Kombinasi dua obat dosis rendah direkomendasikan untuk kondisi TD >20/10 mmHg di atas target dan tidak terkontrol dengan monoterapi. Secara fisiologis konsep kombinasi 2 obat (dual therapy) cukup logis, karena respon terhadap obat tunggal sering dibatasi oleh mekanisme counter aktivasi. Sebagai contoh kehilangan air dan sodium oleh thiazide akan dikompensasi oleh RAAS sehingga akan membatasi efektivitas thiazide dalam menurunkan tensi<sup>14</sup>.

Setelah 7 hari dilakukan intervensi kepada pasien, dilakukan kunjungan rumah ketiga yaitu evaluasi hasil intervensi pada pada 9 Juli 2022. Evaluasi terdiri atas pemeriksaan fisik dan evaluasi hasil intervensi apakah terdapat perubahan terkait pengetahuan, perilaku dan klinis dari pasien. Hal pertama yang dievaluasi

adalah mengenai perubahan tekanan darah pasien. Tekanan darah pasien pada saat evaluasi adalah 142/90 mmHg. Dari hasil anamnesis didapatkan hasil keluhan nyeri kepala di bagian kepala belakang sudah jauh lebih baik. Sedangkan untuk evaluasi mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap penyakit kepada pasien dan keluarga dilakukan dengan pengisian kembali kuesioner yang berjumlah 35 pertanyaan dan melihat kalender minum obat harian pasien. Jumlah peningkatan point antara *pre test* dan *post test* dapat dilihat pada tabel 4. Evaluasi perilaku penggunaan obat antihipertensi secara teratur dan melakukan aktivitas fisik dievaluasi dengan melihat *checklist* harian pasien. Didapatkan hasil pasien sudah rutin meminum obat yang diberikan setiap hari.

Evaluasi perilaku aktivitas fisik telah sesuai yang dianjurkan untuk penderita hipertensi. Sebelum dilakukan intervensi, pasien jarang berolahraga, namun dalam 1 minggu setelah intervensi pasien telah berolahraga sebanyak 5x dengan durasi ±30 menit. Olahraga aerobik teratur bermanfaat untuk pencegahan dan pengobatan hipertensi, sekaligus menurunkan risiko dan mortalitas kardiovaskular. Pasien hipertensi disarankan untuk berolahraga setidaknya 30 menit latihan aerobik dinamik berintensitas sedang (seperti: berjalan, jogging, bersepeda, atau berenang) 5-7 hari per minggu. Olahraga yang teratur akan melatih otot jantung untuk bisa beradaptasi pada saat jantung harus bekerja melakukan pekerjaan berat karena suatu kondisi tertentu. Olahraga akan melebarkan pembuluh darah sehingga sirkulasi menjadi lebih lancar<sup>15</sup>.

Evaluasi perilaku berupa diet sudah mengalami perubahan mengacu pada rencana makan diet DASH. Evaluasi perilaku konsumsi garam berlebihan sudah

mengalami perbaikan dilihat dari banyaknya garam yang dikonsumsi dalam sehari, yaitu kurang dari satu sendok teh,

dan tidak lagi mengonsumsi makanan yang diawetkan dengan menggunakan garam.

**Tabel 5.** Kuesioner Penilaian Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Pre dan Post Intervensi

Indikator	Subyek	Pre test	Post test	Δ Skor
Pengetahuan	Pasien	30	47	Terdapat peningkatan 17 poin
	Anak pertama pasien	29	55	Terdapat peningkatan 31 point
Sikap	Pasien	19	33	Terdapat peningkatan pengetahuan sebesar 14 point
	Anak pertama pasien	32	34	Terdapat peningkatan sebesar 2 point
Perilaku	Pasien	4	8	Terdapat peningkatan sebesar 4 point

Sebelum orang mengadopsi suatu perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang pertama yaitu kesadaran (*awareness*), dimana orang tersebut menyadari stimulus tersebut. Kemudian dia mulai tertarik (*interest*). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*). Setelah itu, dia akan mencoba melakukan perilaku baru tersebut (*trial*). Pada tahap akhir adalah *adoption*, berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya. Dari 5 (lima) hal tersebut dapat memberikan dampak pada sebuah perubahan perilaku seseorang dalam melakukan suatu tindakan<sup>16</sup>.

Pada pasien didapatkan beberapa peningkatan pengetahuan yaitu pasien sudah mengetahui terkait gejala, penyebab, faktor resiko, cara pengendalian dan komplikasi penyakit hipertensi. Pada intervensi perilaku pola makan mengalami perubahan dimana pasien sudah mengurangi konsumsi lemak dan garam berlebih. Pasien juga sudah menggunakan obat sebagai kontrol penyakit

hipertensi secara teratur setiap hari, telah melakukan aktivitas fisik sesuai yang dianjurkan bagi penderita hipertensi dan target tekanan darah pada pasien sudah tercapai. Pasien tetap dianjurkan untuk meneruskan pengobatan seperti sebelumnya dan kontrol rutin ke pelayanan kesehatan.

### Simpulan

1. Faktor risiko internal pada pasien adalah pengetahuan tentang penyakitnya kurang yaitu definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan *Hipertensi*; pengetahuan tentang kebersihan diri; dan pasien mudah berkeringat
2. Faktor risiko eksternal berupa kurangnya pengetahuan keluarga tentang definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan *Hipertensi*; dan dukungan dan motivasi keluarga terhadap penyakitnya
3. Telah dilakukan intervensi berupa edukasi dengan media *power point* dengan materi definisi, penyebab,

faktorisiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan *Hipertensi*; dan kebersihan diri

4. Setelah dilakukan tatalaksana holistik dan komprehensif, dengan pendekatan dokter keluarga, pasien dan keluarga mengalami peningkatan pengetahuan mengenai penyakit yang diderita pasien sebesar 50 poin, dan berkurangnya bercak merah dan rasa gatal pada pasien

#### Daftar Pustaka

1. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NK, et.al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*. 2020. 75(6):1-24.
2. Bell K, Twiggs J, Olin BR. Hypertension: The Silent Killer: Updated JNC-8 Guideline Recommendations. Alabama Pharmacy Association. 2015. 1-8.
3. Longo DL, et al. Hypertension Treatment. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed. McGraw-Hill Co, Inc. 2015.p. 1622-7.
4. World Health Organization. Hypertension. 2019. Diakses pada tanggal 31 Maret 2022 melalui: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hypertension>.
5. Mills KT, Stefanescu A dan He J. The Global Epidemiology of Hypertension. *National Reviews Nephrology*. 2020. 16(4):223-227.
6. Balitbangkes Kemenkes RI. Riset kesehatan dasar (Riskesdas). Jakarta: Kemenkes RI. 2018.
7. Kemenkes RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2018. Badan Peneliti dan Pengembang Kesehatan. Jakarta: Kemenkes RI. 2018.
8. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2020. Lampung: Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. 2020.
9. Messerli FH, Rimoldi SF, Bangalore S. The Transition From Hypertension to Heart Failure: Contemporary Update. *JACC Heart Fail*. 2017. 5(8):543-551.
10. Liu MY, Li NL, William A, dan Khan H. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurological Research*. 2017. 39(6):573-580
11. Yulanda G dan Lisiswanti R. Penatalaksanaan Hipertensi Primer. *Majority*. 2017. 6(1):25-33
12. Yifan L, Lixian R, Mingyan J, Yang C. Anti-hypertensive efficacy of amlodipine dosing during morning versus evening: A meta-analysis. *Reviews in Cardiovascular Medicine*. 2019. 20(2): 91-98
13. Adventus, Jaya IMM dan Mahendra D. Buku Ajar Promosi Kesehatan. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia. 2019.
14. Suryarinilsih Y Penatalaksanaan Diet dan Olahraga dengan Pengendalian Hipertensi pada Klien Hipertensi. *Menara Ilmu*. 2019.13(9):127-