

Penatalaksanaan Holistik Perempuan Usia 41 Tahun dengan Hipertensi Derajat II, Dispepsia, dan Vertigo melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Natar

Fadillah Maulidia¹, Azelia Nusadewiarti²

¹Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Bagian Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM) yang menjadi masalah kesehatan yang sangat serius baik di dunia maupun di Indonesia dan menjadi penyebab kematian yang mencapai 6,7 % dari populasi kematian pada semua umur di Indonesia. 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 gastroenterologi merupakan dispepsia. Pasien wanita berusia 41 tahun datang ke puskesmas dengan keluhan pusing berputar, mual, muntah, dan keringat dingin. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak tahun 2013. Selain itu pasien juga sering mengeluhkan nyeri pada ulu hati. Keluhan dirasakan berulang-ulang. Pasien tidak rutin minum obat antihipertensi dan tidak rutin kontrol serta tidak mengikuti pola hidup sehat. Pasien memiliki keinginan untuk lebih mengetahui penyakit yang diderita pasien dan ingin sembuh. Setelah dilakukan intervensi pengetahuan pasien dan keluarga terjadi peningkatan dinilai dari peningkatan skor *post-test*, persepsi tentang penyakit dan pola pengobatan juga sudah benar, pola makan, aktivitas fisik sudah sesuai, latihan keseimbangan yang rutin dilakukan, nyeri pada ulu hati tidak lagi dirasakan, tetapi tekanan darah masih sedikit tinggi akibat stress. Pengetahuan pasien mengenai penyakit yang dideritanya kurang, serta pola berobat kuratif, pola makan tidak baik, jarang berolahraga dan aktivitas fisik tergolong ringan. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan secara holistik, *patient centered*, *family approach* berdasarkan evidence based medicine serta terdapat perubahan pengetahuan serta perilaku pasien dan keluarga terjadi setelah dilakukan intervensi.

Kata Kunci: Dispepsia, dokter keluarga, hipertensi, vertigo

Holistic Management Of A 41 Years Old Female Patients With Grade II Hypertension, Dyspepsia, and Vertigo Through Family Medicine Approach In The Work Area Of Puskesmas Natar

Abstract

Hypertension is one of the non-communicable diseases (PTM) which is a very serious health problem both in the world and in Indonesia and is the cause of death which reaches 6.7% of the population at all ages in Indonesia. Dyspepsia is a health problem that is often encountered in daily practice. It is estimated that nearly 30% of cases found in general practice and 60% in gastroenterology practice are dyspepsia. A 41-year-old female patient came to the health center with complaints of dizziness, nausea, vomiting and cold sweat. The patient has a history of hypertension since 2013. In addition, patients also often complain of pain in the pit of the stomach. Complaints are felt repeatedly. Patients do not routinely take antihypertensive medication and do not routinely control and do not follow a healthy lifestyle. Patients have a desire to know more about the patient's illness and want to recover. The patient's knowledge about the disease is lacking, as well as curative treatment patterns, poor diet, rarely exercise and moderate physical activity. Diagnosis and management of these patients has been carried out in a holistic, patient-centered, family approach based on evidence-based medicine and there have been changes in the knowledge and behavior of patients and families after the intervention.

Keywords: Dyspepsia, family medicine, hypertension, vertigo

Korespondensi: Fadillah Maulidia, alamat Jl. Agus Salim, Bandar Jaya Barat, Lampung Tengah, Lampung. HP 081366601899, e-mail fadillahmaulidia07@gmail.com

Pendahuluan

Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki berbagai masalah kesehatan. Selain penyakit infeksi, penyakit degeneratif kronis merupakan salah satu persoalan yang perlu diperhatikan. Kontributor utama terjadinya penyakit kronis adalah pola hidup yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok, minum alkohol, pola makan, obesitas, aktivitas fisik yang kurang, stres, dan pencemaran lingkungan.¹ Hipertensi atau dikenal sebagai tekanan darah tinggi merupakan keadaan dimana tekanan pembuluh darah meningkat secara persisten.² Diagnosis hipertensi dapat ditegakkan apabila TDS ≥ 140 mmHg dan/atau TDD ≥ 90 mmHg pada pengukuran di klinik atau fasilitas layanan kesehatan. Hipertensi merupakan penyakit yang dapat dikendalikan namun tidak dapat disembuhkan.³

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM) yang menjadi masalah kesehatan yang sangat serius baik di dunia maupun di Indonesia.³ Hipertensi merupakan penyebab kematian nomor tiga yakni mencapai 6,7 % dari populasi kematian pada semua umur di Indonesia.² Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan global berakibat peningkatan angka kesakitan dan kematian serta beban biaya kesehatan termasuk di Indonesia.³ Berdasarkan data dari WHO (World Health Organization), diperkirakan 1,13 miliar orang di seluruh dunia menderita hipertensi, sebagian besar (dua pertiga) tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah.² Di Indonesia, prevalensi hipertensi pada umur ≥ 18 tahun sebesar 34,11% dengan banyaknya penderita yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan sebesar 8,36%.⁵ Provinsi Lampung sendiri memiliki prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 18 tahun sebanyak 15,10% menurut dan prevalensi terbanyak terjadi pada usia ≥ 75 tahun, yaitu 37,89 % menurut data Risdikdas 2018. Sedangkan untuk di Lampung Selatan sendiri prevalensi hipertensi yang didiagnosis oleh dokter adalah 12,5%.⁷ Faktor risiko hipertensi diklasifikasikan menjadi dua faktor yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi seperti usia, jenis kelamin, genetik dan ras. Faktor yang dapat dimodifikasi adalah

obesitas, merokok, konsumsi alkohol berlebih, kurang aktifitas fisik, konsumsi garam berlebih, hiperlipidemia, gaya hidup yang tidak sehat, hingga stress.⁹

Gaya hidup seperti konsumsi makanan yang dibakar, cepat saji, berlemak, pedas, kopi, teh, rokok, obat NSAID, dan kurangnya aktivitas fisik mungkin berkontribusi atas timbulnya dispepsia.¹⁰ Adanya stress dapat juga mempengaruhi fungsi gastrointestinal dan mencetuskan keluhan dispepsia. Hal ini disebabkan karena asam lambung yang berlebihan dan adanya penurunan kontraktilitas lambung yang mendahului keluhan mual setelah stimulus stres sentral.⁶ Dispepsia berasal dari Bahasa Yunani yang berarti 'dys' (poor) dan 'pepse' (digestion) yang artinya adalah gangguan pencernaan. Istilah dispepsia bukan merupakan suatu diagnosis, melainkan kumpulan gejala yang mengarah pada penyakit/gangguan saluran pencernaan atas meliputi rasa nyeri atau tidak nyaman di area gastro-duodenum (epigastrium/ulu hati), rasa terbakar, penuh, cepat kenyang, mual atau muntah.¹¹ 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.¹⁰

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.¹⁴

Terdapat dua klasifikasi dispepsia yaitu organik (struktural) dan fungsional (non-organik). Dispepsia organik didasari oleh penyebab utama seperti penyakit ulkus peptikum (Peptic Ulcer Disease/PUD), GERD (GastroEsophageal Reflux Disease), kanker, penggunaan alkohol atau obat kronis, sedangkan pada dispepsia fungsional ditandai dengan nyeri atau tidak nyaman pada perut bagian atas yang kronis atau berulang namun tanpa disertai abnormalitas apapun pada pemeriksaan fisik dan endoskopi.¹⁰

Vertigo adalah suatu istilah yang berasal dari bahasa Latin, *vertere*, yang berarti memutar. Secara umum, vertigo dikenal sebagai ilusi bergerak atau halusinasi gerakan.

Vertigo ditemukan dalam bentuk keluhan berupa rasa berputar – putar atau rasa bergerak dari lingkungan sekitar (vertigo sirkuler) namun kadang – kadang ditemukan juga keluhan berupa rasa didorong atau ditarik menjauhi bidang vertikal (vertikal linier). Prevalensi vertigo diperkirakan 1,8% diantara orang dewasa muda dan 13-38% pada orang lanjut usia (*elderly*). Insidennya meningkat seiring dengan meningkatnya umur, 13-38% pasien rujukan diatas 65 tahun di Amerika mengalami vertigo.¹³

Kasus

Pasien Ny. I berumur 41 tahun, seorang ibu rumah tangga, datang didampingi keluarga ke Puskesmas Rawat Jalan Natar pada tanggal 12 Juli 2022 pukul 10.30 WIB dengan keluhan utama pusing berputar sejak 3 hari sebelum datang ke puskesmas. Pusing berputar dan perasaan seperti di kapal, dirasakan seperti langit-langit rumah ikut berputar. Keluhan timbul mendadak, dirasakan terus-menerus dan semakin parah saat pasien mengangkat kepala untuk duduk maupun berdiri setelah tidur, serta saat bangun dari *ruku'* maupun sujud saat sedang solat dan keluhan membaik apabila posisi kepala ditinggikan sekitar 5 cm saat berbaring. Keluhan disertai dengan mual, muntah, dan keringat dingin. Muntah dialami pasien sebanyak dua kali. Keluhan gangguan pendengaran, telinga berdenging, dan kelemahan anggota gerak disangkal. Keluhan merupakan pertama kali dirasakan pasien. Pasien mengurangi aktivitas pekerjaan akibat keluhan tersebut sejak 3 hari sebelum datang ke puskesmas. Pasien mulai mengurangi aktivitas pekerjaan karena takut terjatuh akibat keluhan tersebut.

Pada tahun 2013 pasien didiagnosis hipertensi oleh Bidan Desa dengan keluhan nyeri kepala. Pasien pernah rutin mengkonsumsi obat hipertensi yaitu amlodipine 10 mg. Pasien mengatakan jarang mengontrol tekanan darah ke pelayanan kesehatan dan jika keluhan muncul pasien biasanya meminum obat warung atau hanya beristirahat. Hal ini disebabkan karena pasien mendapatkan informasi dari rekan keluarga bahwa obat hipertensi memiliki efek samping pada ginjal.

Pasien juga mengatakan beberapa minggu terakhir sering merasakan nyeri pada ulu hati yang intensitasnya semakin bertambah. Keluhan muncul disertai dengan rasa mual dan terkadang muntah. Keluhan dirasakan pasien ketika ia telat makan atau mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak minyak atau santan. Pasien hanya beristirahat dan meminum air hangat jika keluhan muncul. Keluhan ini sudah sering dialami pasien sejak ia remaja.

Pada pemeriksaan fisik keadaan umum: Tampak sakit sedang; kesadaran: Composmentis; tekanan darah 170/100 mmHg; nadi: 85x/menit; pernafasan: 20x/menit; suhu tubuh: 36,5 °C; berat badan: 48 kg; tinggi badan: 150 cm; IMT pasien: 21,3 kg/m² status gizi pasien baik.

Dengan status lokalis rambut, mata, telinga, hidung dan tenggorokan dalam batas normal. Faring dan tonsil dalam batas normal. KGB leher tidak terdapat pembesaran.

Hasil pemeriksaan jantung ictus cordis tidak tampak ictus cordis teraba pada SIC 5 batas atas jantung SIC 2 linea midclavicular, batas kanan jantung SIC 5 sternalis dekstra, batas kiri jantung SIC 6 midclavicular sinistra. BJ I/II reguler, murmur(-), gallop (-). Pada pemeriksaan paru tampak simetris, retraksi (-), pernapasan tertinggal (-) fremitus taktil simetris kanan dan kiri, nyeri tekan (-), massa (-), sonor di semua lapang paru dan rhonki (-/-), wheezing (-/-).

Pada status neurologi motorik dan sensorik dalam batas normal. Tes keseimbangan (Neurootologi), uji Provokasi *Manuver Dix Hallpike*: positif, tes Nistagmus: (+/+), uji Romberg: cenderung terjatuh ke sisi kanan saat mata tertutup, tes Romberg Dipertajam: hampir terjatuh ke sisi kanan, *tandem Gait* dapat berjalan tandem tetapi terdapat sedikit perubahan posisi dan tidak lurus. Fukuda *Stepping Test/ unterberger*: normal, tidak ada deviasi, tes *Past Pointing*: jari deviasi ke arah kanan

Pasien adalah anak ke 4 dari 5 bersaudara dan memiliki 2 saudara laki-laki dan 2 saudara perempuan. Pasien memiliki seorang suami (Tn. K, 48 tahun) dan 2 orang anak. Anak pertama pasien (An. I, 10 tahun) siswa Sekolah Dasar (SD), Anak kedua pasien

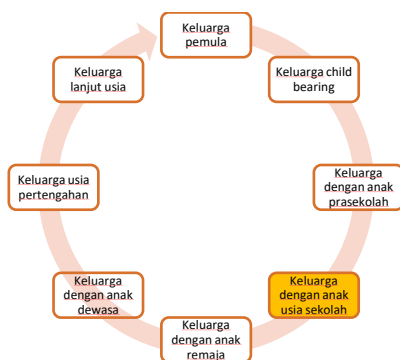
(An. K, 4 tahun) belum sekolah. Pasien beserta suami dan kedua anaknya tinggal bersama dalam satu rumah.

Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti yang terdiri dari pasien,, suami, dan anak pasien. Hubungan antar anggota keluarga baik dan terjalin erat. Komunikasi antar anggota keluarga terjalin baik dan tidak terbatas. Keputusan dalam keluarga ditentukan oleh pasien sebagai kepala keluarga dan istri, anak hanya memberi masukan dan mengikuti.

Tn. K merupakan seorang wiraswasta. Pendapatan perbulan dari penghasilan pasien adalah Rp 4.500.000. Istri pasien merupakan seorang ibu rumah tangga tanpa adanya penghasilan tetap setiap bulannya. Kebutuhan primer pasien dapat dipenuhi dengan baik. Kebutuhan sekunder dan tersier cukup terpenuhi. Tingkat pendidikan baik dengan pendidikan tertinggi di keluarga yaitu S1. Pasien D3, Anak pertama kelas 4 SD, anak kedua belum sekolah.

Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan yaitu BPJS. Keluarga mendukung untuk segera berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila terdapat keluhan yang mengganggu kegiatan sehari-hari. Keluarga pasien berobat ke puskesmas dengan naik kendaraan pribadi yaitu motor/mobil. Jarak rumah ke puskesmas kurang lebih 5 kilometer.

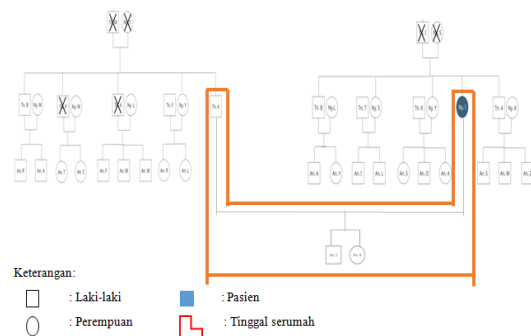
Menurut siklus Duvall, siklus keluarga ini berada pada tahap IV (tahap keluarga dengan anak usia sekolah). Pemecahan masalah di keluarga melalui diskusi. Keputusan di keluarga ditentukan oleh pasien dan suami, anaknya hanya mengikuti dan memberi masukan.



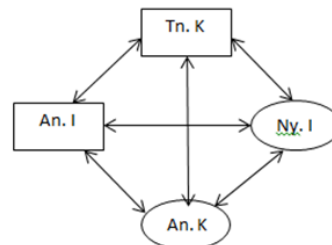
Gambar 1. Family lifecycle Ny. I

Genogram

Genogram keluarga Ny. I



Hubungan pasien anggota keluarga lainnya dekat, seperti digambarkan dalam family mapping berikut.



Gambar 2. Family Mapping Keluarga Ny. I

Family APGAR Score

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

Total Family APGAR score: 9 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik).

Family SCREAM

Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai dengan menggunakan SCREAM Score, dengan hasil antara lain:

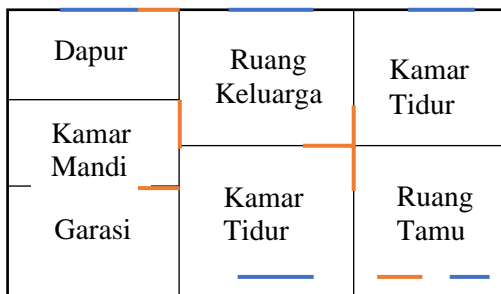
Ketika seseorang di dalam keluarga ada yang sakit	Sangat setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat tidak setuju
S1 Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	v			
S2 Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		v		
C1 Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		v		
C2 Budaya 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 yang kami anut sangat membantu keluarga kami		v		
E1 Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		v		
E2 Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami		v		
E1' Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit			v	
E2' Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga kami		v		
M1 Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami		v		

Gambar 3. Family SCREEM Ny. I
Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai dengan menggunakan SCREEM score, dengan hasil 26. Maka dapat disimpulkan keluarga Ny. I memiliki sumber daya yang adekuat.

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah permanen milik sendiri dengan jumlah orang yang tinggal adalah 4 orang. Pasien tinggal bersama suami dan anaknya dalam rumah berukuran 10 x 15 m² tidak bertingkat, memiliki 2 kamar tidur. Pasien tidur dengan suami di kamar tidur dan kedua anaknya tidur di kamar tidur. Lantai rumah berupa keramik pada bagian dalam dan luar rumah, dinding terbuat dari tembok, dengan atap genteng. Penerangan dan ventilasi terkesan cukup dimana jendela terdapat di hampir semua ruangan dengan pertukaran udara yang baik. Jendela berupa kaca tidak tembus pandang yang dapat dibuka.

Pada kebersihan rumah cukup. Keadaan rumah secara keseluruhan tampak rapi. Fasilitas dapur menggunakan kompor gas, air minum diperoleh dari air galon, sumber air diperoleh dari air sumur dan saluran air dialirkan ke septik tank. jarak sumur ke septik tank sekitar 10 m². Pembuangan limbah rumah tangga dikumpulkan didepan rumah dan ada petugas kebersihan yang mengambil. Jarak rumah pasien dengan tetangga cukup dekat.



Gambar 4. Denah rumah Ny. S

Keterangan :
— : Jendela

— : Pintu

Alasan Kedatangan pasien berobat akibat keluhan pusing berputar dan rasa tidak nyaman pada ulu hati disertai mual dan muntah. Kekhawatiran pasien khawatir keluhan semakin memburuk dan mengganggu aktivitas sehari-hari. Persepsi : Keluhan terjadi akibat keturunan tetapi bisa dikendalikan dengan obat-obatan herbal. Pasien juga mengetahui bahwa dirinya menderita penyakit hipertensi, maag kronis (dispepsia), dan vertigo. Harapan keluhan berkurang dan penyakit tidak semakin memburuk, sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa. Aspek Risiko Eksternal pasien adalah riwayat keluarga menderita hipertensi, pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit pola berobat keluarga kuratif.

Pasien masih bisa beraktivitas sehari-hari tetapi sudah mulai mengurangi aktivitas berat akibat takut terjatuh sehingga derajat fungsional pasien adalah 2.

Intervensi yang diberikan berupa medikamentosa dan non medikamentosa terkait penyakit 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, pencegahan, pola makan pasien, dan aktivitas fisik. Pada pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi dan kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan. Edukasi kepada pasien mengenai penyakit yang sedang diderita meliputi definisi, penyebab, faktor risiko, gejala, upaya pengobatan, dan pencegahan perburukan dari penyakit hipertensi dan dyspepsia. Edukasi kepada pasien mengenai diet DASH (*Dietary approach to stop hypertension*). Edukasi kepada pasien mengenai cara makan yang baik dan benar serta pemilihan menu makan bagi penderita dispepsia. Pengobatan yang diberikan berupa Amlodipine 1 x 10 mg tablet. Betahistine Mesylate 3x 6 mg tablet.

Omeprazole 2 x 20 mg tablet. Domperidone 2 x 10 mg tablet.

Menjelaskan kepada keluarga pasien mengenai penyebab penyakit, faktor risiko, gejala, upaya pengobatan, perubahan gaya hidup dengan aktivitas fisik, pola makan dan pencegahan perburukan komplikasi dari penyakit hipertensi, dispepsia, dan vertigo. Menjelaskan kepada anggota keluarga, terutama yang tinggal dengan pasien untuk melakukan pengawasan terhadap pola makan dan aktivitas fisik. Menjelaskan kepada anggota keluarga mengenai faktor risiko yang ada pada mereka dan pentingnya melakukan deteksi dini antara lain pemeriksaan tekanan darah.

Meminta keluarga untuk memantau latihan keseimbangan yang dapat dilakukan oleh pasien. 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 serta menjelaskan dan memotivasi mengenai perlunya perhatian dukungan dari semua anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien.

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada pasien Ny. I usia 41 tahun yang terdiagnosa hipertensi derajat II, dispepsia dan vertigo. Diputuskan untuk dilakukan binaan terhadap keluarga dengan alasan penyakit pada pasien menimbulkan rasa khawatir dan tidak nyaman yang berpotensi mengurangi kualitas hidup pasien.

Pasien Ny. I memiliki keluhan utama nyeri kepala dan pusing berputar sejak 3 hari sebelum datang ke puskesmas. Pusing berputar dan perasaan seperti di kapal, dirasakan seperti langit-langit rumah ikut berputar. Keluhan timbul mendadak, dirasakan terus-menerus dan semakin parah saat pasien mengangkat kepala untuk duduk maupun berdiri setelah tidur, serta saat bangun dari *ruku'* maupun sujud saat sedang solat dan keluhan membaik apabila posisi kepala ditinggikan sekitar 5 cm saat berbaring. Keluhan disertai dengan mual, muntah, dan keringat dingin. Muntah dialami pasien sebanyak dua kali. Keluhan gangguan

pendengaran, telinga berdenging, dan kelemahan anggota gerak disangkal. Keluhan merupakan pertama kali dirasakan pasien. Pasien mengurangi aktivitas pekerjaan akibat keluhan tersebut sejak 3 hari sebelum datang ke puskesmas. Pasien mulai mengurangi aktivitas pekerjaan karena takut terjatuh akibat keluhan tersebut.

Pasien juga mengatakan beberapa minggu terakhir sering merasakan nyeri pada ulu hati yang intensitasnya semakin bertambah. Keluhan muncul disertai dengan rasa mual dan terkadang muntah. Keluhan dirasakan pasien ketika ia telat makan atau mengkonsumsi makanan pedas, dan yang mengandung banyak minyak atau santan. Pasien hanya beristirahat dan meminum air hangat jika keluhan muncul. Keluhan ini sudah sering dialami pasien sejak ia remaja.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: Tampak sakit sedang; kesadaran: Composmentis; tekanan darah 170/100 mmHg; nadi: 85x/menit; pernafasan: 20x/menit; suhu tubuh: 36,5 °C; berat badan: 48 kg; tinggi badan: 150 cm; IMT pasien: 21,3 kg/m² status gizi pasien baik.

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan mengunjungi rumah pasien. Kunjungan pertama pada tanggal 12 Juli 2022 untuk melakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihalan penyakit yang telah diderita. Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai dengan konsep *Mandala of Health*, dari segi perilaku kesehatan pasien dan keluarga masih mengutamakan kuratif daripada preventif dan memiliki pengetahuan yang kurang terhadap penyakit yang diderita.¹⁶

Diagnosis Hipertensi Grade II pada pasien ditegakkan atas dasar keluhan yang dirasakan merupakan salah satu keluhan utama hipertensi yaitu 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.¹⁷

Pasien mengatakan bahwa di keluarganya, yaitu ibu dan saudara kandung pertama, kedua, memiliki riwayat hipertensi sehingga pasien memiliki risiko tinggi Faktor keturunan memiliki peran besar terhadap munculnya hipertensi pada seseorang.¹⁷ 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 mengonsumsi obat rutin dapat berpengaruh ke ginjal dan merasa tekanan darah sistolik di bawah 160 mmHg sudah baik sehingga keberhasilan pengobatan tekanan darah tinggi tidak terkontrol dengan baik.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. Pola diet dan kebiasaan makan tidak sesuai yaitu pasien masih suka makan makanan asin seperti ikan asin dan kurang makan sayur dan 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.¹⁸

Kemudian pada pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah pasien adalah 170/100 mmHg yang mana berdasarkan pedoman JNC VIII nilai dari tekanan darah pasien masuk ke golongan Hipertensi Grade II. Menurut JNC VIII (*Joint National Committee*) seseorang dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan darah sistol ≥ 140 mmHg dan diastol

≥ 90 mmHg dalam dua kali pengukuran dalam selang waktu lima menit.⁴

Tabel 1. Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC VIII¹⁹

Kategori	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Stadium I	140-159	90-99
Hipertensi Stadium II	≥ 160	≥ 100

Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah, hipertensi yang diderita oleh Ny. I termasuk kedalam kategori hipertensi derajat II dengan *cut off point* sistolik 160 mmHg dan atau diastolik 100 mmHg.¹⁹

Selain itu untuk gejala dispepsia yang dialami pasien seperti nyeri ulu hati, mual dan kadang disertai muntah juga dapat disebabkan oleh pola hidup pasien yang tidak baik. Pola hidup tidak baik pada pasien ini terjadi akibat faktor perilaku/ kebiasaan pasien yang makan tidak pada waktunya dan kebiasaan tidak melakukan olahraga, serta aktivitas fisik yang kurang. Penatalaksanaan dispepsia yang diberikan kepada pasien dan keluarganya mencakup edukasi dan terapi medikamentosa.¹² Keluarga dan pasien juga diedukasi mengenai pengertian, faktor risiko, cara pengelolaan (terapi farmakologis dan nonfarmakologis), tujuan dari pengelolaan, dan komplikasi penyakit dispepsia, serta anjuran untuk tetap rutin kontrol ke pelayanan kesehatan. Pasien terdiagnosis dispepsia sesuai dengan 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.¹⁰

Terapi non farmakologi yang diberikan berupa edukasi cara dan pentingnya latihan vestibular dengan metode Epley/Brand-Daroff untuk mengembalikan partikel ke posisi awalnya yaitu pada makula utrikulus. Pasien diminta untuk menolehkan kepala ke sisi yang sakit sebesar 45° lalu pasien berbaring dengan

kepala tergantung dan dipertahankan 1-2 menit. Lalu kepala ditolehkan 90° ke sisi sebaliknya, dan posisi supinasi berubah menjadi lateral dekubitus dan dipertahan 30-60 detik. Setelah itu pasien mengistirahatkan dagu pada pundaknya dan kembali ke posisi duduk secara perlahan. Brandt-Daroff exercise, manuver ini dikembangkan sebagai latihan untuk di rumah dan dapat dilakukan sendiri oleh pasien sebagai terapi tambahan pada pasien yang tetap simptomatik setelah manuver Epley atau Semont.²²

Intervensi non-farmakologis ditutup dengan memberikan motivasi kepada pasien dan melibatkan anak dan suami pasien untuk ikut menjaga pola makan, pola aktivitas fisik dan membantu mendukung dan memotivasi pasien untuk mengikuti anjuran.

Intervensi farmakologis tetap mengikuti pengobatan yang didapatkan oleh pasien. Dalam hal ini pasien menggunakan terapi pengobatan Amlodipin 1x10 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. 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.¹⁹ Pada pasien, inisiasi obat dimulai dari Amlodipine yang merupakan golongan CCB dengan dosis inisiasi 5 mg, dan telah dititrasi sampai dosis maksimal yaitu 10 mg. 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 ACEI.²³

Untuk keluhan dispepsia selain intervensi non-medikamentosa berupa edukasi pola makan yang baik dan benar, pasien juga diberikan terapi medikamentosa. Terapi medikamentosa dispepsia fungsional 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/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 obat antasida untuk meredakan keluhan.²⁴

Tatalaksana farmakologi yang diberikan kepada pasien yaitu Betahistine Mesylate 12 mg tiga kali sehari untuk mengatasi vertigo. Betahistine Mesylate merupakan obat analog histamin dengan fungsi sebagai agonis reseptor histamin H1 dan antagonis reseptor H3, dengan efek tersebut betahistin bekerja di sistem syaraf pusat dan secara khusus di sistem neuron yang terlibat dalam pemulihan gangguan vestibular, dengan mengaktifkan reseptor ini menyebabkan pembesaran pembuluh darah dan peningkatan sirkulasi darah yang membantu menghilangkan tekanan di dalam telinga dan frekuensi serangan penyebab vertigo khususnya penyakit meniere. Berdasarkan sebuah penelitian terbuka menjelaskan bahwa penggunaan dosis harian 32 mg sampai 36 mg paling efektif dalam pengobatan gejala vertigo.¹³

Simpulan

Penyakit hipertensi, dispepsia, dan vertigo pada pasien kemungkinan besar karena faktor internal berupa riwayat keluarga, pola pengobatan kuratif, pengetahuan yang kurang dan persepsi yang salah tentang penyakit, serta pola diet dan aktivitas fisik yang belum baik. 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.

Telah terjadi peningkatan pengetahuan sebanyak 40% bagi pasien dan keluarga mengenai hipertensi, dispepsia, dan vertigo, serta 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. Rahmadhanie AK. Program pengelolaan penyakit kronis (prolanis) oleh dokter keluarga sebagai penanganan hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2; 2019.
2. WHO. A global brief on hypertension. Switzerland: World Health Organization; 2021.
3. PERHI. Konsensus penatalaksanaan hipertensi. Jakarta: PERHI; 2019.
4. Kementrian Kesehatan RI. Hari hipertensi dunia 2019 : "know your number, kendalikan tekanan darahmu dengan CERDIK." Jakarta : Direktorat P2PTM; 2019.
5. Kementrian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas). Jakarta: Kemenkes RI; 2019.
6. Kementrian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas). Jakarta: Kemenkes RI; 2013.
7. Kementrian Kesehatan RI. Laporan Provinsi Lampung (Riskesmas). Jakarta: Balitbangkes; 2019.
8. Departemen Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2015.
9. World Health Organization. Obesity and overweight. Switzerland: World Health Organization; 2021.
10. Purnamasari, L. Faktor risiko, klasifikasi, dan terapi sindrom dispepsia. CDK-259. 2017; 44(12): 870-3.
11. Jaber N, Oudah M, Kowatli A, Jibril J, Baig I, Mathew E, dkk. Dietary and lifestyle factors associated with dyspepsia among pre-clinical medical students in Ajman, United Arab Emirates. *Central Asian Journal of Global Health*. 2016; 5(1): 1-16.
12. Syam AF, Simadibrata M, Makmun D, Abdullah M, Fauzi A, Renaldi K, dkk. National consensus on management of dyspepsia and helicobacter pylori infection. *Acta Med Indones – Indones J Intern Med*. 2017; 49(3): 279-87.
13. Shahrami A, Norouzi M, Kariman H, Hatamabadi HR, Dolatabadi AA. True vertigo patients in emergency department: an epidemiologic study. 2016; 4(1): 25-28.
14. Badan Pusat Statistik Provinsi Lampung. Jumlah kasus 10 penyakit terbanyak di Provinsi Lampung. Lampung; 2015.
15. Ikatan Dokter Indonesia. Panduan praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. *Journal Intern Med*. 2017; 49(3): 279-87.
16. Hancock T. the mandala of health: a model of the human ecosystem. *Fam Community Health*. 1985.
17. Maulidina F, Harmani N, Suraya I. faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi di wilayah kerja puskesmas jati luhur bekasi tahun 2018. *ARKESMAS*. 2019; 4(1): 149 – 55.
18. Widyartha IMJ, Putra IWGAE, Ani LS. riwayat keluarga, stres, aktivitas fisik ringan, obesitas dan konsumsi makanan asin berlebihan sebagai faktor risiko hipertensi. *Public Health and Preventive Medicine Archive*. 2016; 4(2): 186–194.
19. James P. 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*. 2014;311(5): 507-20.
20. Schellack N, Masuku B. Gastric pain. In *South African Family Practice*; 2015.
21. Purnamasari PP. Diagnosis dan Tatalaksana Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV). Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. 2013; 2(6): 18-22.
22. Edward Y, dan Roza Y. Diagnosis dan Tatalaksana Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV) Horizontal

- Berdasarkan Head Roll Test. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2014;3(1): 77-81.
23. Yulanda G, Lisiswati R. Penatalaksanaan Hipertensi Primer. *Majority*. 2017;6(1): 25–33.
 24. Jaber N, Oudah M, Kowatli A, Jibril J, Baig I, Mathew E, dkk. Dietary and lifestyle factors associated with dyspepsia among pre-clinical medical students in ajman, united arab emirates. *Central Asian Journal of Global Health*. 2016;5(1):1-16.
 25. Ardian I, Haiya NN, Sari TU. Signifikansi tingkat stress dengan tekanan darah pada pasien hipertensi. *Buku Proceeding Unissula Nursing Conference*. 2018;1(1): 152 – 156.