

Penatalaksanaan Pasien Laki-Laki Usia 59 Tahun dengan Hipertensi Urgensi Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Zulia Yasminanindita Fahmi¹, Azelia Nusadewiarti²

¹ Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

² Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Hipertensi adalah salah satu penyebab terbesar morbiditas di dunia, sering disebut sebagai pembunuh diam-diam. Prevalensi hipertensi di Indonesia pada tahun 2018 berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dengan jumlah penduduk sekitar 260 juta meningkat sebesar 34,1% dibandingkan pada tahun 2013. Menurut data Dinas Kesehatan Provinsi Lampung tahun 2021 prevalensi hipertensi di Lampung Selatan adalah 24,8% dari jumlah penduduk usia ≥ 15 tahun adalah 762.894 orang. Tujuan penelitian ini untuk menerapkan pelayanan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, dan penatalaksanaan pasien berbasis *Evidence Based Medicine* dengan pendekatan *patient centered* dan *family focused*. Studi ini merupakan sebuah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui autoanamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Tn. M berusia 59 tahun memiliki keluhan utama sulit tidur sejak 1 hari lalu. Faktor risiko internal pada pasien adalah jenis kelamin laki-laki, usia 59 tahun, riwayat merokok sejak 39 tahun lalu, ibu dengan riwayat hipertensi, pola pengobatan kuratif, serta kurangnya pengetahuan pasien tentang: klasifikasi hipertensi dimana pasien tidak mengetahui dirinya sudah termasuk dalam hipertensi urgensi; faktor risiko yang menyebabkan penyakitnya; komplikasi yang mungkin terjadi; cara pengendalian penyakitnya. Faktor risiko eksternal pada pasien adalah: kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit pasien, faktor risiko, komplikasi, serta pencegahan dan pengendalian penyakit pada keluarga dan stres ekonomi akibat kerugian gagal panen. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien telah dilakukan secara holistik, *patient centered*, *family focused*, dan *community oriented*. Perubahan pada klinis, pengetahuan, serta perilaku pasien dan keluarganya terjadi setelah diberikan intervensi.

Kata kunci: hipertensi urgensi, krisis hipertensi, pelayanan kedokteran keluarga

Management Of A 59-Year-Old Male Patient With Hypertensive Urgency Through A Family Medicine Approach

Abstract

Hypertension is one of the biggest causes of morbidity in the world, often referred to as the silent killer. The prevalence of hypertension in Indonesia in 2018 based on Basic Health Research (Riskesdas) with a population of approximately 260 million increased by 34.1% compared to 2013. According to data from the Lampung Provincial Health Office in 2021, the prevalence of hypertension in South Lampung is 24.8% of the total population aged ≥ 15 years is 762,894 people. The purpose of this case report is to implement holistic and comprehensive family doctor services by identifying risk factors, clinical problems, and patient management based on Evidence Based Medicine with a patient centered and family focused approach. This study is a case report. Primary data were obtained through autoanamnesis, physical examination, and home visits. Secondary data were obtained from the patient's medical record. Mr. M, 59 years old, had a chief complaint of difficulty sleeping since 1 day ago. Internal risk factors in the patient are male gender, 59 years old, a history of smoking since 39 years ago, a mother with a history of hypertension, a curative treatment pattern, and the patient's lack of knowledge about: hypertension classification where the patient does not know he is included in hypertension urgency; risk factors that cause the disease; complications that may occur; how to control the disease. External risk factors in the patient are: lack of family knowledge about the patient's disease, risk factors, complications, and prevention and control of the disease in the family and economic stress due to crop failure losses. Diagnosis and management of patients have been carried out holistically, patient centered, family focused, and community oriented. Changes in the clinical, knowledge, and behavior of patients and their families occurred after the intervention was given.

Keywords: Family medicine services, hypertensive crisis, hypertensive urgency

Korespondensi: Zulia Yasminanindita Fahmi, alamat Jl. Woltermongonsidi No. 81 Metro, HP 082373103504, e-mail: zuliyasminaninditafahmi.113@gmail.com

Pendahuluan

Penyakit degeneratif adalah penyakit yang disebabkan oleh proses penurunan fungsi tubuh yang terjadi pada usia tua. Penyakit ini bersifat kronik menahun sehingga dapat

memengaruhi kualitas hidup dan produktivitas seseorang. Penyebab penyakit degeneratif diawali oleh faktor genetik ditambah dengan pola gaya hidup dan diet yang tidak baik. Salah

satu penyakit degeneratif yang paling banyak dialami adalah hipertensi.¹

Hipertensi didefinisikan sebagai kondisi tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg.² Sekitar 80-95% merupakan hipertensi esensial yang berarti tidak ada penyebab spesifik. Kondisi ini umumnya jarang menimbulkan gejala dan sering tidak disadari, sehingga dapat menimbulkan morbiditas lain, seperti gagal jantung kongestif, hipertrofi ventrikel kiri, stroke, gagal ginjal stadium akhir atau bahkan kematian.³

Hipertensi adalah salah satu penyebab terbesar morbiditas di dunia, sering disebut sebagai pembunuh diam-diam.² Data *World Health Organization* (WHO) 2019 menunjukkan prevalensi hipertensi di dunia mencapai sekitar 1,13 miliar individu, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Jumlah penderita hipertensi diperkirakan akan terus meningkat mencapai 1,5 miliar individu pada tahun 2025, dengan kematian mencapai 9,4 juta individu. WHO menyebutkan bahwa salah satu target global penyakit tidak menular adalah menurunkan prevalensi hipertensi hingga 25% pada tahun 2025.⁴ Prevalensi hipertensi di Indonesia pada tahun 2018 berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dengan jumlah penduduk sekitar 260 juta meningkat sebesar 34,1% dibandingkan pada tahun 2013.⁵ Menurut data Dinas Kesehatan Provinsi Lampung tahun 2021 prevalensi hipertensi di Lampung Selatan adalah 24,8% dari jumlah penduduk usia ≥ 15 tahun adalah 762.894 orang.⁶

Adanya hipertensi dapat menurunkan produktivitas dan kualitas individu. Pendekatan keluarga dalam penatalaksanaan dapat membantu mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh, baik secara klinis, personal, maupun psikososial keluarga. Dengan pendekatan ini, penatalaksanaan akan lebih komprehensif dan diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.⁷

Dengan demikian, penanganan hipertensi dapat dilakukan dengan modifikasi gaya hidup, seperti kebiasaan merokok dan kelola stres. Berdasarkan uraian di atas, pemeriksa tertarik untuk membahas mengenai penatalaksanaan hipertensi dengan prinsip kedokteran keluarga.

Tujuan dari penulisan ini sebagai penerapan pelayanan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, dan penatalaksanaan pasien berbasis *evidence based medicine* dengan pendekatan *patient centered* dan *family focused*.

Kasus

Tn. M usia 59 tahun datang pada tanggal 11 Maret 2023 dengan keluhan sulit tidur sejak 1 hari yang lalu. Sulit tidur dirasakan karena nyeri kepala yang dialaminya. Nyeri dirasakan seperti tertimpa barang berat terutama bagian belakang kepala.

Keluhan ini baru pertama kali dirasakan pasien. Keluhan muncul terutama saat stres (beban pikiran) yang dialaminya saat ini terkait kerugian gagal panen dan menghilang saat mengonsumsi madu herbal.

Awalnya, sekitar 3 bulan lalu, pasien pernah mengukur tekanan darahnya secara mandiri dengan tekanan darah sistolik 190 mmHg. Namun, saat itu pasien tidak mengalami keluhan sehingga tidak mencari pengobatan. Setelah 3 bulan berlalu, muncullah keluhan sulit tidur akibat nyeri kepala yang dialaminya sehingga pasien berobat ke puskesmas.

Riwayat merokok pasien selama 39 tahun sebanyak sekitar 1 bungkus per hari. Riwayat darah tinggi dimiliki oleh ibu pasien. Riwayat sering mengonsumsi makanan asin disangkal.

Kegiatan yang dilakukan pasien sehari-hari adalah sebagai seorang petani. Waktu kerja yang tentatif, namun biasanya mulai berkegiatan dari jam 7 pagi hingga 12 siang. Pada siang hingga sore hari, pasien biasanya ikut menimbang dan mengantarkan sayur dan buah hasil taninya ke beberapa tempat. Pasien sesekali melakukan aktivitas fisik, seperti jalan kecil ataupun peregangan badan di teras rumah, namun hanya sekitar 1-2 kali dalam sebulan.

Pasien merasa khawatir bila tekanan darahnya terus tinggi dan membuat dirinya sulit untuk tidur karena nyeri kepala. Hal ini juga membuat waktu tidurnya berkurang dan terasa tidak bugar di pagi hari untuk melakukan aktivitas sehari-harinya. Selain itu, pasien merasa khawatir apabila kedepannya kemungkinan akan terjadi komplikasi akibat penyakitnya ini. Pasien berharap nyeri kepala

yang dirasakannya menghilang sehingga pasien dapat tidur dengan mudah, serta penyakitnya ini tidak menyebabkan komplikasi. Pasien tidak tahu apabila tekanan darah tinggi ini menyebabkan nyeri kepala sehingga mengganggu tidur pasien karena ini keluhan pertamanya sejak mengetahui tekanan darahnya tinggi.

Pasien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara. Ayah pasien meninggal dengan penyebab yang tidak diketahui, sedangkan ibu pasien meninggal karena hipertensi. Dua saudaranya tidak ada yang mengalami hipertensi. Pasien memiliki 3 orang anak. Anak pertamanya, perempuan, usia 25 tahun, sudah menikah dan memiliki 1 orang anak, dan kini tinggal terpisah dengan pasien. Anak keduanya, laki-laki, usia 18 tahun, sedang duduk di bangku Sekolah Menengah Kejuruan (SMK). Anak ketiganya, perempuan, 15 tahun, sedang duduk di bangku Sekolah Menengah Pertama (SMP). Saat ini pasien tinggal bersama istri dan kedua anaknya (ke-2 dan ke-3). Komunikasi antar keluarga cukup baik. Pemecahan masalah dilakukan melalui diskusi dengan kepala keluarga (pasien) sebagai pengambil keputusan.

Bentuk keluarga adalah keluarga inti (*nuclear family*). Menurut tahap siklus Duvall, keluarga pasien berada pada tahap V, yaitu keluarga dengan anak usia remaja.

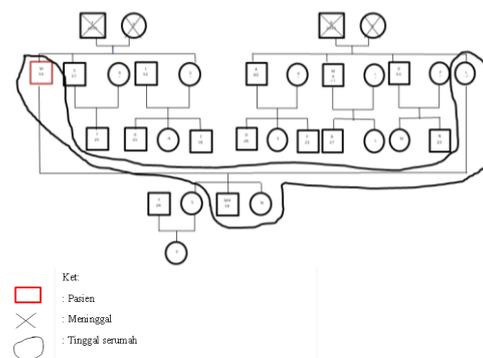
Pasien bekerja sebagai petani. Pendapatan keluarga berasal dari pasien ±Rp.2.000.000,00. Pendapatan tersebut digunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, termasuk biaya sekolah kedua anaknya.

Perilaku berobat keluarga adalah memeriksakan keluarga yang sakit ke layanan kesehatan. Pasien dan keluarga baru berobat jika timbul keluhan saja. Hanya pasien dan istrinya yang memiliki asuransi kesehatan. Keluarga pasien berobat ke Puskesmas Karang Anyar yang berjarak > 5 kilo meter dari rumah.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang; tekanan darah 210/110 mmHg; frekuensi nadi 89x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu: 36,8 °C, berat badan 60 kg, tinggi badan 165 cm, IMT 22,04 kg/m² (status gizi: normal). Pada pemeriksaan status generalis didapatkan enampilan rapi dan sesuai usia. Bentuk kepala normocephal, rambut hitam sebagian putih, konjungtiva tidak anemis dan sklera tidak

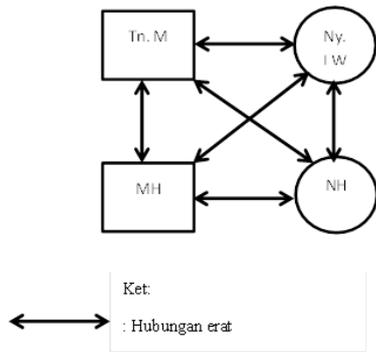
ikterik, tidak ada sekret dan deviasi septum pada hidung, tidak ada sekret pada telinga, bibir tidak kering ataupun sianosis. Pada leher tidak didapatkan pembesaran kelenjar getah bening (KGB) dan tekanan vena jugularis 5±2 cm. Pada pemeriksaan thorax untuk jantung didapatkan ictus cordis yang tak tampak, batas jantung tidak melebar, ictus cordis teraba di linea midclavicularis sinistra ICS V, bunyi jantung I-II reguler. Pada pemeriksaan thorax untuk paru didapatkan gerakan dinding dada yang simetris, perkusi sonor, fremitus taktil simetris, dan bunyi pernapasan vesikuler. Pada pemeriksaan abdomen, tampak cembung, bising usus 8x/menit, tidak terdapat nyeri tekan ataupun organomegali, dan perkusi didapatkan suara timpani pada seluruh regio. Pada ekstremitas superior dan inferior, akral hangat, tidak edema, dan CRT < 2 detik. Pemeriksaan muskuloskeletal didapatkan normotonus dengan kekuatan otot 5555 pada keempat ekstremitas, serta gerakan sendi yang aktif (tak terbatas). Status neurologi motorik dan sensorik kesan dalam batas normal.

Genogram keluarga Tn. M dibuat oleh penulis pada tanggal 15 Maret 2023 dan dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Genogram keluarga Tn. M

Hubungan antar keluarga Tn. M dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Family mapping Tn. M

Tabel 1. Analisis Family SCREEM keluarga Tn. M

Sumber	Patologi	Ket
<i>Social</i>	Interaksi baik antar anggota keluarga maupun keluarga dengan tetangga sekitar baik, keluarga ikut serta dalam aktivitas sosial di lingkungan sekitar	-
<i>Cultural</i>	Tidak adanya kepercayaan atau mitos kesehatan yang berdampak negatif	-
<i>Religious</i>	Penerapan tentang ajaran agama baik, dimana pasien dan keluarga menjalankan kewajiban sebagai umat muslim, serta sesekali melakukan sholat wajib secara berjamaah di masjid	-
<i>Economic</i>	Kebutuhan primer terpenuhi dari penghasilan pasien sebagai petani	-
<i>Education</i>	Pendidikan anggota keluarga menengah, pasien lulusan STM dan istri lulusan SMA	-
<i>Medical</i>	Keluarga mencari pelayanan kesehatan ke puskesmas setempat dan menggunakan asuransi kesehatan untuk berobat. Pola pengobatan kuratif, dimana akan berobat jika terdapat keluhan saja	+

Dari hasil analisis SCREEM pada keluarga Tn. M, dapat disimpulkan bahwa fungsi keluarga yang patologis bersumber dari *medical*.

Family Apgar Score:

Adaptation: 2

Partnershp: 2

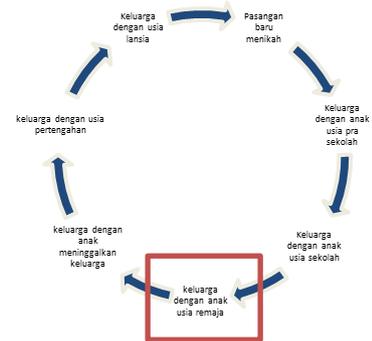
Growth: 1

Affection: 2

Resolve: 1

Total Family Apgar Score keluarga Tn. M adalah 8 (fungsi keluarga baik).

Siklus hidup keluarga Tn. M menurut Duvall (1977) berada pada tahap keluarga dengan anak usia remaja.



Gambar 3. Siklus hidup keluarga Tn. M

Kemandirian aktivitas sehari-hari pasien di usia mendekati lansia dinilai menggunakan Indeks Barthel.

Tabel 2. Indeks Barthel Tn. M

Fungsi	Ket	Nilai
Mengendalikan rangsang defekasi	0 tak terkendali 1 kadang-kadang tak terkendali 2 mandiri	2
Mengendalikan rangsang berkemih	0 tak terkendali/pakai kateter 1 kadang-kadang tak terkendali (1x24 jam) 2 mandiri	2
Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0 butuh pertolongan orang lain 1 mandiri	1
Penggunaan jamban, dan keluar	0 tergantung pertolongan orang lain 1 perlu pertolongan pada beberapa	2

	kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan lain	
Makan	2 mandiri 0 tidak mampu 1 perlu ditolong memotong makanan	2
Berubah sikap dari baring ke duduk	2 mandiri 0 tidak mampu 1 perlu bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	2
Berpindah/berjalan	3 mandiri 0 tidak mampu 1 bisa pindah dengan kursi 2 berjalan dengan bantuan 1 orang	3
Memakai baju	2 mandiri 0 tergantung orang lain 1 sebagian dibantu (misalnya mengancing baju)	2
Naik turun tangga	2 mandiri 0 tidak mampu 1 butuh pertolongan orang lain	2
Mandi	2 mandiri 0 tergantung 1 mandiri	2

Berdasarkan penilaian tersebut, pasien mendapatkan nilai 20 untuk 10 aktivitas yang dinilai, dengan interpretasi pasien dalam keadaan mandiri.

Pasien tinggal bersama istri dan kedua anaknya (anak ke-2 dan ke-3), menumpang di sebuah gudang padi berukuran 15x8 m milik keluarganya, dimana terdapat sekat antara

rumah dan gudang padi. Rumah tersusun dari 1 ruang tamu, 1 ruang keluarga, 3 kamar tidur, 1 dapur, dan 1 kamar mandi. Lantai rumah terbuat dari semen. Dinding rumah terbuat dari tembok dan sebagian dari papan. Atap tidak ditutup dengan plafon. Penerangan dalam rumah cukup baik, masing-masing ruangan mendapat cahaya dari jendela pada siang hari, sedangkan pada malam hari dari lampu. Ventilasi berasal dari ventilasi buatan di atas jendela, sehingga rumah tampak tak lembap. Sumber air untuk kebutuhan sehari-hari berasal dari pompa listrik dengan jarak sumber air ke *septic tank* sekitar 5 m. Kamar mandi berukuran 2x2 m, berada di luar rumah dengan jamban jongkok tanpa pegangan. Lingkungan rumah tampak dikelilingi oleh tanaman (kebun) dengan kesan kebersihan lingkungan adalah kurang.

Berikut adalah denah rumah Tn. M.



Gambar 4. Denah rumah Tn. M

Diagnostik holistik awal pasien dari aspek personal adalah alasan kedatangan pasien karena sulit tidur sejak 1 hari lalu. Kekhawatiran yang dirasakan pasien adalah tekanan darahnya terus tinggi dan membuat dirinya sulit untuk tidur karena nyeri kepala. Hal ini juga membuat waktu tidurnya berkurang dan terasa tidak bugar di pagi hari untuk melakukan aktivitas sehari-harinya. Selain itu, pasien merasa khawatir apabila kedepannya kemungkinan akan terjadi komplikasi akibat penyakitnya ini. Pasien berharap nyeri kepala yang dirasakannya menghilang, sehingga pasien dapat tidur dengan mudah, serta penyakitnya ini tidak menyebabkan komplikasi. Persepsi pasien terhadap penyakitnya, yaitu pasien tidak tahu apabila tekanan darah tinggi ini menyebabkan

nyeri kepala sehingga mengganggu tidur pasien karena ini keluhan pertamanya sejak mengetahui tekanan darahnya tinggi. Penilaian aspek klinis didapatkan hipertensi urgensi (ICD 10 – I16.0) atau *hypertension uncomplicated* (ICPC 2 – K.86).

Aspek risiko internal pada pasien antara lain, berjenis kelamin laki-laki, berusia 59 tahun, riwayat merokok sejak 39 tahun lalu (ICD 10 – Z72.0), ibu dengan riwayat hipertensi (ICD 10 – Z82.49), pola pengobatan kuratif (ICD 10 – Z92.3), serta kurangnya pengetahuan pasien tentang: klasifikasi hipertensi dimana pasien tidak mengetahui dirinya sudah termasuk dalam hipertensi urgensi; faktor risiko yang menyebabkan penyakitnya; komplikasi yang mungkin terjadi; cara pengendalian penyakitnya.

Aspek risiko eksternal pada pasien berasal dari keluarga dan ekonomi. Aspek keluarga terjadi akibat kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit pasien, faktor risiko, komplikasi, serta pencegahan dan pengendalian penyakit. Aspek ekonomi terjadi akibat stres karena kerugian akibat gagal panen. Dengan demikian, derajat fungsional pasien adalah derajat 2, yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam rumah dan luar rumah, namun mulai mengurangi aktivitas.

Intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah tatalaksana non-medikamentosa berupa edukasi dan konseling mengenai penyakitnya, pengendalian dan pencegahan penyakit agar tidak terjadi komplikasi. Tata laksana medikamentosa juga diberikan untuk mengatasi gejala dari penyakit pasien. Intervensi dilacukan pada *patient centered*, *family focused*, dan *community oriented*.

Secara *patient centered*, pasien mendapatkan intervensi secara medikamentosa dan non-medikamentosa. Pasien diberikan obat antihipertensi berupa amlodipin 10 mg/hari dan nifedipin 10 mg/hari. Secara non-medikamentosa, pasien akan diberikan edukasi tentang hipertensi: faktor risiko, komplikasi, serta pencegahan dan pengendaliannya dengan media poster, selain itu diberikan edukasi kepada pasien untuk mengonsumsi obat antihipertensi setiap hari, berhenti merokok, melakukan aktivitas fisik, dan mengelola stres dengan media kalender hipertensi.

Secara *family focused*, akan diberikan edukasi kepada keluarga tentang hipertensi: faktor risiko, komplikasi, serta pencegahan dan pengendaliannya dan mengajak keluarga untuk ikut serta dalam pengobatan pasien dengan membantu mengingatkan pasien mengonsumsi obat antihipertensi secara teratur dan rutin mengecek tekanan darah setiap bulannya. Secara *community oriented*, perlu adanya penggalakan Prolanis di daerah tempat tinggalnya.

Diagnostik holistik akhir pasien dari aspek personal adalah keluhan sulit tidur sudah tidak ada. Kekhawatiran pasien terkait penyakitnya sudah berkurang. Harapan pasien terkait penyakitnya semakin membaik dan tidak menyebabkan komplikasi. Persepsi pasien terkait penyakitnya adalah keluhan yang dialami adalah akibat dari penyakit yang dimilikinya, sehingga perlu dikontrol tekanan darahnya dengan rutin mengonsumsi obat antihipertensi dan perubahan gaya hidup. Penilaian aspek klinis didapatkan hipertensi urgensi (ICD 10 – I16.0) atau *hypertension uncomplicated* (ICPC 2 – K.86).

Aspek risiko internal pada pasien antara lain, berjenis kelamin laki-laki, berusia 59 tahun, pasien sudah tidak merokok, ibu dengan riwayat hipertensi, pengetahuan pasien tentang dirinya yang mengalami hipertensi urgensi; faktor risiko yang menyebabkan penyakitnya; komplikasi yang mungkin terjadi; cara pengendalian penyakitnya meningkat, serta pasien rutin minum obat dan memulai perubahan gaya hidup, seperti berhenti merokok, melakukan aktivitas fisik, dan pengelolaan stres.

Aspek risiko eksternal pada pasien antara lain, meningkatnya pengetahuan keluarga tentang penyakit pasien, faktor risiko, komplikasi, serta pencegahan dan pengendalian penyakit serta stres karena kerugian akibat gagal panen sudah mulai berkurang dengan bercerita kepada orang terdekat untuk mencari solusi. Dengan demikian, derajat fungsional pasien adalah derajat 2, yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam rumah dan luar rumah, namun mulai mengurangi aktivitas.

Pembahasan

Pembinaan dilakukan sebagai bentuk pelayanan kedokteran keluarha terhadap Tn. M berusia 59 tahun dengan hipertensi derajat 2, dikaji menurut *mandala of health* dengan memandang pasien secara menyeluruh mencakup biologis. Pembinaan ini dilakukan dengan alasan penyakit tersebut merupakan penyakit menahun yang dipengaruhi oleh berbagai faktor resiko dan dapat menimbulkan berbagai komplikasi bila tidak dikontrol dan ditangani dengan benar. Alasan lain adalah karena selama pasien mengetahui tekanan darahnya tinggi, pasien tidak pernah merasakan keluhan seperti saat sekarang ini, sehingga pasien tidak pernah mencari pengobatan sebelumnya. Selain itu, pembinaan ini tidak hanya berfokus pada pasien, namun juga terkait dengan keluarga. Hal tersebut karena penatalaksanaan penyakit ini tidak hanya dipengaruhi oleh pasien dan tenaga kesehatan saja, akan tetapi dukungan dan pengetahuan keluarga juga sangat berpengaruh agar penyakit pada pasien dapat terkontrol dengan baik.

Pembinaan kedokteran keluarga pada pasien ini dilakukan dalam beberapa kunjungan. Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 15 Maret 2023. Pada kunjungan pertama dilakukan kegiatan berupa perkenalan dengan pasien dan keluarganya yang tinggal serumah. Kegiatan selanjutnya adalah menjelaskan terkait maksud dan tujuan kedokteran, anamnesis tentang pasien terkait keadaan keluarga, serta pemeriksaan fisik untuk menentukan diagnosis.

Berdasarkan hasil anamnesis, pasien sudah mengetahui bahwa dirinya memiliki tekanan darah tinggi, namun tidak pernah mengonsumsi obat antihipertensi karena tidak pernah mengalami keluhan. Keluhan sulit tidur karena nyeri kepala ini baru dirasakan pertama kali oleh pasien. Pada anamnesis diperoleh beberapa faktor resiko.

Dilihat dari aspek resiko internal, terdapat beberapa hal yang berperan dalam hipertensi Tn. M, seperti jenis kelamin laki-laki dan usia >40 tahun. Laki-laki terkadang mengalami hipertensi di usia akhir 30 tahunan, sedangkan perempuan di usia menopause. Kasus hipertensi pada laki-laki dihubungkan dengan tingginya aktivitas yang menyebabkan faktor lain muncul, seperti kelelahan, kebiasaan merokok, dan pola makan tidak sehat.⁹

Proporsi hipertensi meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Secara fisiologis, semakin tua usia, semakin tinggi risiko berkembangnya hipertensi. Pada usia antara 35-65 tahun, tekanan darah sistolik secara normal meningkat 20 mmHg dan terus meningkat setelah usia 70 tahun. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa semakin tua, semakin tinggi risiko terjadinya hipertensi karena mulai menurunnya fungsi organ.¹⁰

Selain jenis kelamin dan usia, riwayat merokok sejak 39 tahun lalu juga menjadi salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi. Efek samping dari merokok lebih sering terlihat setelah 37,7 tahun merokok. Pengaruh merokok dengan peningkatan tekanan darah berkaitan dengan meningkatnya aktivitas saraf simpatis akibat penggunaan nikotin dan partikel lain pada rokok, serta terbentuknya aterosklerosis. Vasokonstriksi, aktivasi sistem renin-angiotensin, serta penyerapan natrium dan air yang dipicu oleh peningkatan aktivitas saraf simpatis dan sitokin pada akhirnya akan menyebabkan hipertensi berat. Adanya pengaruh dua arah pada jalur inflamasi melalui reseptor asetilkolin nikotik yang berbeda dapat mengubah keseimbangan kekebalan tubuh yang menyebabkan peradangan berlebihan dan perkembangan hipertensi.¹¹

Stres yang dialami pasien juga dapat memicu peningkatan tekanan darah. Stres yang intens secara langsung mempengaruhi sistem peredaran darah. Secara fisiologis, stres dapat meningkatkan denyut nadi, tekanan darah, pernapasan, dan aritmia. Sebagai respon terhadap stres, tubuh akan mengeluarkan hormon adrenalin yang akan meningkatkan tekanan darah dan pembekuan darah yang dapat menyebabkan serangan jantung. Adrenalin juga dapat membuat jantung berdetak lebih kencang dan menyempitkan pembuluh darah koroner, sehingga hal-hal tersebut dapat memicu penyakit hipertensi.¹²

Faktor lain yang menjadi faktor risiko terjadinya hipertensi pada pasien adalah riwayat keluarga (ibu) dengan penyakit yang sama. Orang yang memiliki riwayat keluarga hipertensi lebih berisiko dibandingkan dengan keluarga yang tidak memiliki hipertensi. Faktor genetik yang berperan dalam kejadian hipertensi adalah dominan pada hipertensi yang dipengaruhi oleh banyak gen (*polygenic*

hypertension). Menurut hukum Mendel, jika salah satu orang tua menderita hipertensi, maka kemungkinan anaknya untuk tidak menderita hipertensi adalah 50%. Hipertensi cenderung merupakan penyakit keturunan. Apabila seorang dari orang tua menderita hipertensi, maka sepanjang hidup keturunannya mempunyai 25% kemungkinan menderita hipertensi. Kemungkinan menderita hipertensi setinggi 60% apabila seorang dari kedua orang tua yang menderita hipertensi.¹³

Pada pemeriksaan fisik, tekanan darah pasien adalah 210/110 mmHg dengan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik lainnya dalam batas normal. Klasifikasi hipertensi menurut *American Heart Association* (AHA) adalah sebagai berikut.¹⁴

Tabel 3. Klasifikasi hipertensi menurut AHA

Kategori	TDS		TDD
Normal	<120	dan	<80
Meningkat	120-129	dan	<80
Hipertensi derajat 1	130-139	atau	80-89
Hipertensi derajat 2	140 atau lebih	atau	90 atau lebih
Krisis Hipertensi	>180	dan/atau	>120

Berdasarkan klasifikasi tersebut, pasien masuk ke dalam kategori krisis hipertensi. Krisis hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah >180/120 mmHg, tergantung dari besar serta ada tidaknya kerusakan organ target. Krisis hipertensi dapat diklasifikasikan berdasarkan prioritas pengobatan, sebagai berikut:

1. Hipertensi emergensi (darurat) ditandai dengan peningkatan tekanan darah (>180/120 mmHg), disertai dengan kerusakan berat dari organ target. Contoh dari kerusakan organ target adalah iskemia koroner, gangguan fungsi serebral, edema paru, dan gagal ginjal. Pada hipertensi emergensi diperlukan penurunan tekanan darah sampai level yang aman dalam waktu beberapa menit sampai jam.
2. Hipertensi urgensi ditandai dengan peningkatan tekanan darah (>180/120 mmHg), tanpa disertai dengan kerusakan berat dari organ target. Pada kondisi ini diperlukan normalisasi tekanan darah secara bertahap dalam waktu 24-72 jam sampai beberapa hari

dengan pemberian obat oral dengan tujuan untuk menurunkan tekanan darah diastol sampai 100 mmHg.¹⁵ Oleh karena itu, dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik yang dilakukan, pasien dapat didiagnosis sebagai hipertensi urgensi.

Setelah didapatkan permasalahan dan faktor yang mempengaruhi masalah pada pasien, kegiatan selanjutnya adalah intervensi pada 26 Maret 2023. Intervensi diberikan dalam 2 bentuk, yaitu medikamentosa dan non-medikamentosa.

Intervensi secara medikamentosa adalah dengan pemberian obat antihipertensi. Hipertensi urgensi memerlukan intervensi segera, namun harus diterapkan dengan hati-hati. Penurunan tekanan darah yang tidak segera dapat menimbulkan bahaya yang lebih besar daripada penyakit itu sendiri. Pada pasien dengan hipertensi urgensi tanpa gejala gangguan target organ, inisiasi terapi dengan menggunakan 2 agen oral yang sesuai untuk menurunkan tekanan darah hingga target selama 24-72 jam. Pasien diberikan intervensi medikamentosa berupa amlodipin 10 mg/hari dan nifedipin 10 mg/hari. Amlodipin merupakan salah satu agen terapi yang andal untuk menurunkan tekanan darah dengan cepat.¹⁶ Selain itu, terapi yang digunakan dalam hipertensi urgensi adalah pemberian nifedipin oral. Nifedipin sublingual justru dihindari karena dapat berisiko terjadinya hipotensi tak terkontrol.¹⁷

Pengobatan awal hipertensi pada pasien dengan amlodipin 10 mg/hari dan dikonsumsi pada malam hari, salah satu obat antihipertensi golongan *calcium channel blockers* (CCB). *calcium channel blockers* (CCB) pertama kali diperkenalkan sejak 35 tahun sebagai pengobatan awal penyakit jantung koroner (PJK), kemudian diteliti efikasinya terhadap hipertensi. Amlodipin bersifat *long-acting*, lipofilik, dan merupakan CCB dihidropiridin generasi ketiga yang bekerja dengan cara menghambat masuknya kalsium ke dalam sel otot polos pembuluh darah dan sel miokardium, yang mengakibatkan penurunan resistensi pembuluh darah perifer. Amlodipin biasanya diberikan sekali sehari karena waktu paruhnya yang panjang, yang menguntungkan bagi kepatuhan pasien. Dosis awal 5 mg, biasanya

direkomendasikan dengan dosis harian maksimum 10 mg.¹⁸

Tekanan darah secara normal meningkat di malam hari dalam 24 jam, dengan puncak sejak pukul 06.00-09.00 dan 16.00-18.00, dan kemudian menurun pada tekanan darah terendah sejak pukul 02.00-03.00. Tujuan dari obat antihipertensi adalah menurunkan tekanan darah dan mencegah fluktuasi berlebih untuk mengurangi kejadian kardiovaskuler dan serebrovaskuler. Pemberian amlodipin pada malam hari lebih efektif menurunkan *nighttime blood pressure*, memulihkan ritme tekanan darah pada malam, dan memiliki efikasi yang lebih baik sebagai antihipertensi, terutama untuk tekanan darah sistolik malam dan rerata tekanan darah sistolik dalam 24 jam.¹⁹

Selain amlodipin, pasien juga diberikan nifedipin 10 mg/hari. Nifedipin adalah agen antihipertensi yang efektif untuk pengobatan hipertensi urgensi dan emergensi. Obat ini akan menyebabkan penurunan tekanan darah yang cepat, aman, dan efek samping yang minimal. Efikasi keseluruhan dalam mencapai tekanan darah sasaran mendekati 98% dengan dosis nifedipin 10 hingga 20 mg.²⁰

Intervensi secara non-medikamentosa adalah dengan memberikan edukasi dengan media poster kepada pasien dan keluarganya tentang hipertensi yang berisi faktor risiko, komplikasi, serta pencegahan dan pengendaliannya. Selain itu dilakukan edukasi untuk mengonsumsi obat antihipertensi setiap hari, berhenti merokok, melakukan aktivitas fisik, dan mengelola stres, dengan media kalender hipertensi. Keluarga juga diminta untuk ikut serta membantu pasien untuk mengingatkan mengonsumsi obat dan rutin mengecek tekanan darah ke puskesmas sekaligus pengambilan obat antihipertensi bulanan. Pada pasien tidak dilakukan intervensi pada diet dan *food recall* karena dari hasil anamnesis tidak didapatkan riwayat sering mengonsumsi makanan asin.

Setelah dilakukan intervensi, kemudian dilakukan evaluasi pada tanggal 1 April 2023. Evaluasi terdiri dari pemeriksaan fisik dan hasil intervensi apakah terdapat perubahan pada klinis, pengetahuan, dan perilaku pasien dan keluarganya.

Hal pertama yang dievaluasi adalah tekanan darah pasien. Tekanan darah pasien

saat dievaluasi adalah 148/90 mmHg. Terjadi penurunan tekanan darah sejak pertama kali berobat (210/110 mmHg) sampai hari evaluasi setelah diberikan intervensi.

Meskipun penurunan tekanan darah secara intensif untuk mencapai target tekanan darah di bawah 130/80 mmHg bermanfaat dalam mengurangi luaran pembuluh serebral, namun perlu dilakukan secara hati-hati untuk menghindari efek samping. Oleh karena itu, target pertama pengobatan antihipertensi haruslah mencapai penurunan tekanan darah di bawah 140/90 mmHg. Setelah tekanan darah tersebut tercapai, barulah dapat ditargetkan tekanan darah di bawah 130/80 mmHg dengan mengingat untuk menghindari tanda-tanda hipoperfusi organ, seperti hipotensi ortostatik, kelemahan, dan peningkatan serum kreatinin.²¹

Hal kedua yang dievaluasi adalah pengetahuan pasien dan keluarga terkait penyakit pasien, dengan memberikan 10 pertanyaan pilihan ganda tentang hipertensi. Hasil *pre* dan *post-test* pasien dan keluarganya menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan terhadap hipertensi dan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4. Hasil *pre* dan *post-test* pasien dan keluarga

Variabel	Peserta	Pre-test	Post-test	Δ nilai
Pengetahuan	Pasien	60	80	20
	Istri	50	70	20
	Anak ke-2	70	90	20
	Anak ke-3	70	0 (tidak hadir)	-70

Hal ketiga yang dievaluasi adalah perilaku pasien terhadap konsumsi obat antihipertensi, merokok, aktivitas fisik, dan pengelolaan stres. Hal ini dilihat dari pengisian kalender hipertensi, ditandai dengan penempelan stiker obat apabila mengonsumsi obat pada hari tersebut, stiker tidak merokok apabila tidak merokok pada hari tersebut, stiker olahraga apabila melakukan aktivitas ringan selama 30 menit pada hari tersebut, dan stiker *less stress* apabila pasien tidak kesulitan untuk tidur pada hari tersebut. Hasil yang terlihat adalah pasien selalu mengonsumsi obat antihipertensi, tidak merokok sama sekali, melakukan aktivitas fisik

selama 30 menit sebanyak 3 kali, dan tidak kesulitan untuk tidur selama 1 minggu setelah intervensi.

Secara akut, aktivitas fisik berhubungan dengan penurunan tekanan darah sistolik. Penurunan tekanan darah setelah melakukan aktivitas fisik bertahan hampir 24 jam. Semakin sering melakukan aktivitas fisik, semakin menghasilkan penurunan tekanan darah yang lebih berkelanjutan. Penurunan tekanan darah dengan aktivitas fisik dianggap sebagai penurunan resistensi pembuluh darah yang mungkin disebabkan oleh respon neurohormonal dan struktural dengan penurunan aktivitas saraf simpatis dan peningkatan diameter lumen arteri.²²

Dari hasil evaluasi, dapat dikatakan bahwa terjadi perubahan pada klinis pasien, ditandai dengan penurunan tekanan darah dan keluhan nyeri kepala pasien berkurang sehingga pasien tidak kesulitan untuk tidur. Pengetahuan pasien dan keluarga tentang hipertensi juga mengalami peningkatan, dilihat dari peningkatan nilai *pre-test* ke *post-test*. Perubahan perilaku pasien ditandai dengan konsumsi obat secara rutin, berhenti merokok, melakukan aktivitas fisik, dan mampu mengelola stres. Pasien juga mengetahui bahwa ada atau tidaknya keluhan, pasien tetap harus mengonsumsi obat antihipertensi dan rutin mengontrol tekanan darahnya minimal 1 bulan sekali. Hal ini menunjukkan bahwa penatalaksanaan hipertensi tidak hanya terpusat pada terapi dengan antihipertensi, namun juga dengan adanya modifikasi pada gaya hidup.

Simpulan

Pasien Tn. M usia 59 tahun dengan diagnosis hipertensi urgensi, memiliki faktor risiko internal, seperti jenis kelamin laki-laki, usia 59 tahun, riwayat merokok sejak 39 tahun lalu, ibu dengan riwayat hipertensi, pola pengobatan kuratif, serta kurangnya pengetahuan pasien tentang: klasifikasi hipertensi dimana pasien tidak mengetahui dirinya sudah termasuk dalam hipertensi urgensi; faktor risiko yang menyebabkan penyakitnya; komplikasi yang mungkin terjadi; cara pengendalian penyakitnya. Faktor risiko eksternal pada pasien adalah kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit pasien,

faktor risiko, komplikasi, serta pencegahan dan pengendalian penyakit pada keluarga dan stres ekonomi akibat kerugian gagal panen.

Telah dilakukan intervensi secara medikamentosa dan non-medikamentosa terhadap pasien dan keluarganya. Medikamentosa dengan pemberian 2 jenis obat hipertensi, yaitu amlodipin 10 mg/hari dan nifedipin 10 mg/hari. Non-medikamentosa dengan memberikan edukasi terkait hipertensi kepada pasien dan keluarga dengan media poster dan kalender hipertensi, serta mengevaluasinya dengan *pre-post test*. Setelah dilakukan intervensi dan dievaluasi, terjadi perubahan pada klinis (penurunan tekanan darah), peningkatan pengetahuan pada pasien dan keluarga, serta perubahan perilaku pada pasien.

Daftar Pustaka

1. Suyono S. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III. Edisi ke-4. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2016.
2. PERHI. Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi. Jakarta: Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia. 2019.
3. Longo DL. Hypertension Treatment. Harrison's Principle of Internal Medicine. 19th ed. McGraw-Hill Co, Inc. p. 2015: 1622-7.
4. WHO. Hypertension. Geneva: World Health Organization. 2019.
5. Kemenkes RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2018. Badan Peneliti dan Pengembang Kesehatan. Jakarta: Kemenkes RI. 2019.
6. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2020. Lampung: Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. 2020.
7. Messerli FH, Rimoldi SF, Bangalore S. The Transition From Hypertension to Heart Failure: Contemporary Update. JACC Heart Fail. 2017;5(8):543-551.
8. Vila EH. A Review of the JNC 8 Blood Pressure Guideline. The Texas Heart Institute Journal. 2015;42(3):226-228.
9. Amanda D, Martini S. Hubungan Karakteristik dan Obesitas Sentral dengan

- Kejadian Hipertensi. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 2018;6(1):43.
10. Khasanah DN. The Risk Factors of Hypertension in Indonesia (Data Study of Indonesian Family Life Survey 5). *JPH Recode*. 2022;5(2):80-89.
 11. Zhang Y, Feng Y, Chen S, Liang S, Wang S, Xu K, dkk. Relationship Between The Duration of Smoking and Blood Pressure in Han and Ethnic Minority Populations: a Cross-Sectional Study in China. *BMC Public Health*. 2021;21(135):1-12.
 12. Halim RD, Gultom LUV, Sitanggang HD. Stress as Dominant Factor of Hypertension. *East Asian Journal of Multidisciplinary Research (EAJMR)*. 2022;1(9):1855-1870.
 13. Ina SHJ, Selly JB, Feoh FT. Analisis Hubungan Faktor Genetik dengan Kejadian Hipertensi pada Usia Dewasa Muda (19-49 Tahun) di Puskesmas Bakunase Kota Kupang Tahun 2020. *CHMK Health Journal*. 2020;4(3):217-221.
 14. Whelton PK, Carey RM, Mancina G, Kreutz R, Bundy JD, Williams B. Harmonization of The American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Hypertension Blood Pressure/Hypertension Guideline: Comparisons, Reflections, and Recommendations. *CIRCULATION* 2022. 2022;146:868-877.
 15. Pikir BS. *Hipertensi Manajemen Komprehensif*. Surabaya: Airlangga University Press. 2015.
 16. Sica DA, Black HR, Izzo JL. *Hypertension Primer*. America: Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
 17. Born BJH. Hypertensive Crisis Guideline-2010 revision. *Netherlands The Journal of Medicine*. 2011;69(5):248-255.
 18. Fares H, Dinicolantonio JJ, O'Keefe JH, Dan Lavie CJ. Open Heart. Amlodipine In Hypertension: A First-Line Agent With Efficacy For Improving Blood Pressure And Patient Outcomes. 2016;3(2): 1-7.
 19. Luo Y, Ren L, Jiang M, Dan Chu Y. *Rev.Cardiovasc.Med. Anti-Hypertensive Efficacy Of Amlodipine Dosing During Morning Versus Evening: A Meta-Analysis*. 2019;20(2):91-98.
 20. Houston MC. *American Heart Journal. Treatment Of Hypertension Urgencies And Emergencies With Nifedipine*. 1986;5(11):1-9.
 21. Park S. Ideal Target Blood Pressure in Hypertension. *Korean Circ J*. 2019;49(11):1002-1009.
 22. Hedge SH, Solomon SD. Influence of Physical Activity on Hypertension and Cardiac Structure and Function. *HHS Public Access*. 2015;17(10):1-17.