

# Penatalaksanaan pada Pasien Laki-Laki Usia 52 Tahun dengan Hiperkolesterolemia dan Prehipertensi Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar

Pinkan Ahdalifa<sup>1</sup>, Dian Isti Angraini<sup>2</sup>

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

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

## Abstrak

Prevalensi hiperkolesterolemia di Indonesia meningkat sesuai dengan penambahan usia. Hiperkolesterolemia dapat menimbulkan terjadinya penyakit kardiovaskular dan metabolik. Data Riskesdas menunjukkan kadar kolesterol abnormal pada usia 45-55 tahun di Indonesia sebesar 27,4%. Tekanan darah tinggi juga menjadi faktor risiko utama penyakit kardiovaskular. Hiperkolesterolemia dan prehipertensi berhubungan dengan gaya hidup sehingga dapat dimodifikasi dengan tatalaksana yang tepat seperti intervensi gaya hidup untuk mencegah komplikasi jangka panjang dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis evidence-based medicine pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan patient centered dan family approach. Analisis studi ini adalah laporan kasus. Data primer diperoleh dari anamnesis dan pemeriksaan fisik. Data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien di Puskesmas. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien Tn. M usia 52 tahun datang ke Puskesmas Tanjung Sari Natar dengan keluhan kesemutan pada kaki terutama saat pasien berdiri dalam waktu lebih dari 5 menit yang dirasakan 3 hari sebelum pasien datang ke puskesmas. Pasien khawatir keluhan dapat mengganggu aktivitas sehari-harinya. Pasien adalah seorang buruh harian lepas. Dilakukan intervensi non-medikamentosa dan medikamentosa pada pasien dan keluarganya dengan edukasi terkait penyakit pasien dalam tiga kali kunjungan rumah. Hasil evaluasi yang didapatkan adalah keluhan pasien berkurang dan pengetahuan pasien serta keluarganya terkait hiperkolesterolemia dan prehipertensi meningkat. Penatalaksanaan secara holistik dan komprehensif terhadap permasalahan pasien Tn. M telah dilakukan dengan pemberian penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga pasien.

**Kata kunci:** Hiperkolesterolemia, prehipertensi, pelayanan kedokteran keluarga

## Family Medicine Approach in the Management of a 52-Year-Old Male with Hypercholesterolemia and Prehypertension in the Tanjung Sari Natar Public Health Center

### Abstract

The prevalence of hypercholesterolemia in Indonesia increases with age. Hypercholesterolemia can cause cardiovascular and metabolic diseases. Riskesdas data shows abnormal cholesterol levels in the age of 45-55 years in Indonesia of 27.4%. High blood pressure also becomes a major risk factor for cardiovascular disease. Risk factors for hypercholesterolemia and prehypertension are related to lifestyle so that they can be modified with appropriate management such as lifestyle interventions to prevent long-term complications and improve the quality of life of patients. Implementation of family doctor services based on evidence-based medicine in patients by identifying risk factors, clinical problems, and patient management based on a patient problem-solving framework with a patient-centered approach and a family approach. The analysis of this study is a case report. Primary data were obtained from anamnesis and physical examination. Secondary data were obtained from patient medical records at the Health Center. The assessment was carried out based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study quantitatively and qualitatively. Patient Mr. M, 52 years old, came to the Tanjung Sari Natar Health Center with complaints of tingling in the feet, especially when the patient stood for more than 5 minutes since 3 days before. The patient was worried that his complaints could interfere with his daily activities. The patient is a casual laborer. Non-drug and drug interventions were carried out on the patient and his family with education related to the patient's illness in three home visits. The evaluation results obtained were that the patient's complaints decreased and the patient's and his family's knowledge regarding hypercholesterolemia increased. Holistic and comprehensive management of Mr. M's patient problems has been carried out by providing counseling to increase the knowledge of the patient and the patient's family.

**Keywords:** Family medicine services, hypercholesterolemia, prehypertension

**Korespondensi:** Pinkan Ahdalifa, Jl. Gajahmada Jatimulyo Jatiagung Lampung Selatan, HP 081377373963, email pinkanahdalifa@gmail.com

## Pendahuluan

Kolesterol merupakan senyawa lemak yang sebagian diproduksi di hati, dan sebagian lainnya berasal dari makanan hewani. Dalam kadar yang sesuai, kolesterol dibutuhkan untuk membantu pembentukan sel-sel baru agar tubuh bisa tetap berfungsi secara normal, namun tingginya kadar kolesterol dapat menjadi berbahaya bagi tubuh karena akan menyebabkan berbagai penyakit dan komplikasi.<sup>1</sup>

Hiperkolesterolemia merupakan kelainan lipid dalam darah yang merupakan suatu kondisi metabolik umum dengan karakteristik tingkat kolesterol dalam plasma melebihi nilai normal yaitu 200-239 mg/dl (sedikit tinggi/border line) dan >240 (tinggi).<sup>2</sup> Abnormalitas lipid plasma memiliki peran utama dalam patogenesis terjadinya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah yang merupakan penyebab terjadinya penyakit jantung koroner (PJK) dan stroke yang merupakan penyebab kematian utama di dunia.<sup>3</sup>

Saat ini prevalensi hiperkolesterolemia di Indonesia masih tinggi. Penduduk Indonesia yang berusia 45-54 tahun memiliki proporsi kadar kolesterol total dengan kategori borderline (200-239mg/dL) sebesar 36,3% dan tinggi ( $\geq 240$ mg/dL) sebesar 17,5%.<sup>4</sup>

Beberapa faktor yang memengaruhi kadar kolesterol total adalah jenis kelamin dan usia; laki-laki >45 tahun, perempuan >55 tahun, riwayat keluarga dengan penyakit kardiovaskular, hipertensi, pola makan rendah serat, pola makan tinggi lemak, kebiasaan merokok, jenis kelamin, obesitas dan aktivitas sedentari.<sup>5</sup> Kejadian hiperkolesterolemia erat kaitannya dengan perubahan gaya hidup sehingga faktor penyebabnya dapat dimodifikasi.

Pemberian obat golongan statin, CCB yang merupakan lini pertama saja tidak dapat mencapai target penurunan kadar kolesterol dan tekanan darah tinggi. Oleh karena itu, tatalaksana yang tepat harus diimbangi dengan intervensi gaya hidup, seperti terapi diet, latihan fisik, penghentian merokok dan penurunan berat badan.<sup>6</sup> Diet rendah lemak dan makan makanan mengandung serat sangat dianjurkan untuk penderita kadar kolesterol tinggi.<sup>7</sup>

Hipertensi merupakan kondisi tekanan darah melebihi nilai normal terjadi ketika tekanan dalam pembuluh darah terlalu tinggi. Hipertensi termasuk dalam kondisi medis kronis yang paling umum yang ditandai dengan peningkatan tekanan arteri yang terus-menerus.<sup>8</sup> Sebagian besar kasus hipertensi bersifat idiopatik yang dikenal sebagai hipertensi esensial. Peningkatan asupan garam diketahui dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi. Salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya hipertensi esensial adalah kemampuan genetik pasien untuk merespons garam.<sup>9</sup>

**Tabel 1.** Kategori Hipertensi

Kategori	TD S (mmHg)	T DD (mmHg)
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120-139	80-89
Hipertensi tingkat 1	140-159	90-99
Hipertensi tingkat 2	>160	>100
Hipertensi sistolik terisolasi	>160	<90

Sumber: *Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation and Treatment of High Pressure VII/JNC-VII 2003.*

Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko yang paling banyak menyebabkan kematian akibat penyakit kardiovaskular dibandingkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi lainnya dan merupakan penyebab kematian yang dapat dicegah dengan alasan apapun setelah merokok.<sup>9</sup>

Tingginya angka kejadian hipertensi dan hiperkolesterolemia dapat disebabkan oleh rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai kadar tekanan darah dan kolesterol, mulai dari cara pencegahan, perjalanan penyakitnya, gejalanya, hingga penanganan penyakitnya. Gaya hidup dan pola makan memiliki pengaruh terhadap tingginya angka kejadian hipertensi dan hiperkolesterolemia. Kedua penyakit tersebut dapat menyebabkan komplikasi penyakit yang lebih serius, seperti penyakit jantung dan stroke.<sup>10</sup>

Pelayanan kedokteran keluarga terintegrasi dengan pendekatan yang luas dan mencakup beberapa prinsip yaitu general continuous, family oriented care, dan community oriented. Prinsip ini dapat diterapkan pada penatalaksanaan

hiperkolesterolemia yang memerlukan perawatan multidisiplin dan berkelanjutan untuk mencegah komplikasi jangka panjang dan meningkatkan kualitas hidup pasien.<sup>11</sup>

Tujuan dari penulisan ini adalah untuk mengidentifikasi faktor risiko internal dan eksternal, serta masalah klinis yang terdapat pada pasien. Menerapkan pendekatan dokter keluarga yang holistik dan komprehensif sesuai masalah yang ditemukan pada pasien dengan melakukan penatalaksanaan berbasis *Evidence Based Medicine* yang bersifat *family-approach*, *patient-centered*, dan *community oriented*.

Analisis studi ini adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik di Puskesmas serta anamnesis lanjutan dan pemeriksaan saat kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien di Puskesmas Tanjung Sari Natar. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif.

### Kasus

Anamnesis diperoleh dari wawancara langsung ke pasien atau disebut autoanamnesis di Puskesmas Tanjung Sari Natar yaitu tanggal 29 Juli 2024. Tn. M, berusia 52 tahun, datang ke Puskesmas Tanjung Sari Natar untuk memeriksakan kesehatannya karena pasien mengeluhkan rasa berat pada tengkuk disertai kesemutan pada kedua kaki sejak 3 hari yang lalu. Rasa berat pada tengkuk dirasakan timbul mendadak. Keluhan tersebut dapat muncul sepanjang hari dan tidak dipengaruhi aktivitas maupun istirahat. Keluhan seperti ini sudah pernah dirasakan sebelumnya namun ringan dan tidak mengganggu aktivitas pasien. Keluhan kesemutan pada kedua kaki dirasakan ketika pasien berdiri dalam durasi >5 menit. Keluhan penglihatan ganda, kilatan cahaya, nyeri pada persendian, benjolan di antara sendi disangkal.

Pasien belum pernah memeriksakan keluhannya. Pasien mengatasi keluhannya dengan dipijat oleh istrinya, namun tidak membaik. Riwayat konsumsi obat pereda nyeri disangkal, minum jamu-jamuan

disangkal. Pasien datang ke puskesmas karena keluhan tersebut dirasa memberat dan mengganggu aktivitas pasien.

Riwayat penyakit diabetes, darah tinggi, penyakit jantung, dan alergi obat disangkal. Riwayat penyakit diabetes, kolesterol, hipertensi, dan penyakit jantung pada keluarga disangkal.

Pasien memiliki kebiasaan makan nasi sehari 2-3 kali. Makanan yang dikonsumsi kurang bervariasi. Menu makanan yang dihidangkan pada pagi hari akan dimakan pada siang dan sore hari. Dalam satu kali makan, pasien mengambil nasi sebanyak satu setengah centong nasi, lauk pauk dan sedikit sayuran. Olahan makanan di rumah pasien sebagian besar diolah dengan cara digoreng. Istri pasien mengaku menghabiskan 1 liter minyak goreng dalam waktu 3 hari. Makanan ringan yang sering dihidangkan di rumah pasien berupa singkong goreng, tempe goreng, ubi goreng, dan pisang goreng. Pasien juga sering mengonsumsi jajanan pasar seperti lambang sari, lemet, bolu kukus, dan getuk. Pasien menyangkal olahan makan berbahan santan. Pasien jarang mengonsumsi daging merah, biasanya pasien dan keluarga mengonsumsi olahan daging ayam maupun sapi saat menghadiri acara keluarga. Pasien sering konsumsi teh manis 3-5 gelas per hari. Pasien jarang mengonsumsi buah-buahan. Aktivitas pasien sebagian besar dihabiskan dengan bekerja di sawah, buruh bangunan, dan membersihkan rumah. Pasien tidak pernah berolahraga dan menganggap bekerja merupakan kegiatan yang sama dengan olahraga. Pasien memiliki kebiasaan merokok sebanyak 1 bungkus dalam satu hari sejak usia 20 tahun hingga saat ini (32 tahun). Riwayat minum minuman alkohol, dan mengonsumsi narkoba disangkal.

Pasien bersuku Jawa, tinggal bersama istri dan 2 orang anaknya di rumahnya sendiri yang memiliki ventilasi dan pencahayaan yang cukup di beberapa ruangan. Hubungan pasien dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitar terjalin baik. Keluarga pasien termasuk dalam keluarga yang harmonis namun jarang berkumpul karena aktivitas masing-masing.

Upaya menjaga kesehatan pasien dan keluarganya masih kurang karena hanya memeriksakan kesehatan saat ada keluhan dan memiliki kekhawatiran jika mengetahui bahwa dirinya memiliki penyakit. Pasien mengatakan selama ini jika merasakan keluhan ringan, pasien

berobat ke bidan terdekat dengan jarak kurang lebih 2 kilometer dari rumahnya, namun jika dirasakan penyakitnya tidak membaik atau dalam kondisi gawat, pasien ke Puskesmas Tanjung Sari Natar yang jaraknya kurang lebih 5 kilometer dari rumahnya dan biasanya pasien mengendarai sepeda motor. Akses jalan dari rumah pasien menuju Puskesmas Tanjung Sari Natar sudah banyak yang rusak, jalan aspal berlubang dan bergelombang, serta melalui daerah persawahan dan perkebunan yang minim penerangan jalan.

Pemeriksaan dilakukan di Puskesmas Tanjung Sari Natar pada 29 Juli 2024. Didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 125/83 mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, suhu 36,7°C, frekuensi napas 18x/menit, SpO2 99% RA, berat badan 53 kg, tinggi badan 152 cm, IMT: 22,9 kg/m<sup>2</sup> (normal).

Pemeriksaan status generalis, di antaranya kepala tidak ditemukan kelainan. Leher tidak ditemukan spasme otot. Jantung dan paru dalam batas normal. Abdomen dalam batas normal. Ekstremitas superior et inferior tidak ditemukan lesi, ROM 5/5. Muskuloskeletal dan neurologis dalam batas normal.

Pada pemeriksaan laboratorium yang dilakukan di Puskesmas Tanjung Sari Natar pada 29 Juli 2024 didapatkan kadar kolesterol total darah puasa 257 mg/dL.

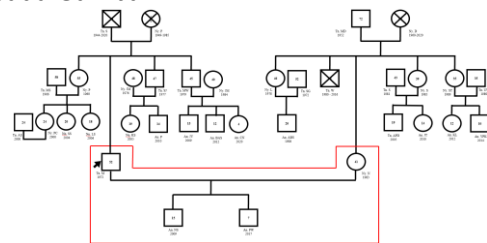
Data keluarga dilakukan dengan wawancara secara langsung pada kunjungan pertama yaitu tanggal 3 Agustus 2024 di rumah pribadi milik pasien. Pasien merupakan anak ketiga dari empat bersaudara. Ayah dan ibu pasien saat ini sudah meninggal dunia. Ibu pasien meninggal dunia saat pasien berusia 13 tahun, pasien tidak mengetahui riwayat penyakit dan penyebab kematian ibunya. Ayah pasien meninggal dunia pada usia 48 tahun dan juga tidak mengetahui penyebab kematiannya. Tiga saudara pasien tinggal terpisah dengan pasien yang masih dalam daerah yang sama. Istri pasien merupakan anak ketiga dari lima bersaudara. Pasien memiliki dua orang anak, anak pertama laki-laki usia 15 tahun dan kedua laki-laki usia 7 tahun. Saat ini pasien tinggal bersama istri dan

kedua anaknya. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti.

Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga dimusyawarahkan bersama dan diputuskan oleh pasien sebagai kepala keluarga. Psikologi pasien dalam keluarga tampak cukup baik. Hubungan antar anggota keluarga terjalin cukup baik. Keluarga selalu menyempatkan untuk berkumpul bersama saat pagi dan malam hari.

Keluarga pasien selalu beribadah di rumah. Keluarga mendukung untuk berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit, namun keluarga masih kurang bekerja sama untuk menciptakan pola makan yang baik. Perilaku berobat masih mengutamakan kuratif yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila ada keluhan yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Puskesmas Tanjung Sari Natar berjarak kurang lebih 5 km dari rumah pasien. Biaya berobat pasien diperoleh dari BPJS.

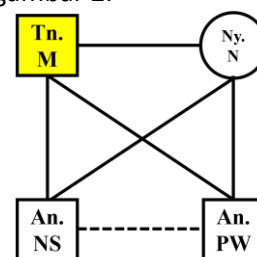
Genogram keluarga Tn. M dapat dilihat pada Gambar 1.



Keterangan:  
□ : Perempuan  
○ : Laki-laki  
⊗ : Meninggal  
➔ : Pasien binaan  
□ : Tinggal serumah

Gambar 1. Genogram Keluarga Tn. M

Hubungan antarkeluarga Tn. M dapat dilihat pada gambar 2.



Keterangan:  
———— : Sangat dekat  
- - - - - : Dekat

Gambar 2. Family Mapping

Family APGAR Score dapat dilihat pada Tabel 2.

**Tabel 2.** Family APGAR Score

	APGAR	Skor
<b>Adaptatio</b>	Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	2
<b>Partnership</b>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya	1
<b>Growth</b>	Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya	2
<b>Affection</b>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta	1
<b>Resolve</b>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama	2
<b>Total</b>		<b>8</b>

Total Family APGAR Score yaitu 8 (Nilai 8-10, fungsi keluarga baik)

Pasien tinggal di rumah permanen milik sendiri dengan jumlah orang yang tinggal sebanyak 4 orang terdiri dari pasien, istri, dan 2 orang anak. Rumah pasien berukuran 13x10 m<sup>2</sup>. Terdapat satu ruang tamu, tiga kamar tidur, satu ruang keluarga, satu dapur yang menyatu dengan ruang makan, satu ruang penyimpanan kendaraan bermotor, satu gudang, dan satu toilet dengan kloset jongkok. Rumah pasien berdiri dengan dinding tembok bata, lantai sebagian dilapisi keramik, dapur berada di dalam rumah dengan lantai semen. Sinar matahari cukup masuk ke dalam rumah, ada ventilasi dan jendela di setiap kamar. Rumah sudah dialiri listrik, sumber air dari sumur, fasilitas dapur menggunakan kompor gas, kebutuhan air minum berasal dari air sumur yang direbus.

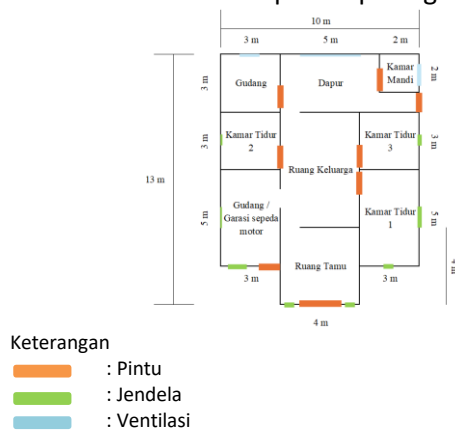
Family SCREEM Score dapat dilihat pada Tabel 3.

**Tabel 2.** Family SCREEM score

	Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	SS (3)	S (2)	TS (1)	STS (0)
<b>S1</b>	Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	✓			
<b>S2</b>	Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		✓		
<b>C1</b>	Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami	✓			
<b>C2</b>	Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami	✓			
<b>R1</b>	Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	✓			
<b>R2</b>	Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami		✓		
<b>E1</b>	Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		✓		
<b>E2</b>	Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami			✓	
<b>E'1</b>	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit		✓		
<b>E'2</b>	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga kami			✓	
<b>M1</b>	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami		✓		
<b>M2</b>	Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami	✓			
<b>Total</b>				<b>27</b>	

Berdasarkan hasil skoring SCREEM didapatkan hasil 27, dapat disimpulkan bahwa sumber daya keluarga Tn. M cukup adekuat.

Denah rumah pasien pada gambar 3.



Gambar 3. Denah Rumah Tn. M

Pada saat kunjungan didapatkan kebersihan rumah baik. Keadaan rumah secara keseluruhan rapi. Pada diagnostik holistik awal didapatkan pada aspek personal alasan kedatangan pasien yakni mengeluhkan rasa berat pada tengkuk disertai kesemutan pada kedua kaki. Kekhawatiran pada pasien adalah keluhan yang dirasakan akan semakin memberat dan dapat menghambat kegiatan sehari-hari. Pasien memiliki persepsi bahwa keluhan yang dialaminya karena kelelahan dan menganggap penyakit ini adalah penyakit yang tidak perlu dilakukan pemeriksaan rutin. Harapan pasien datang agar keluhan hilang sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa. Penilaian aspek klinik didapatkan hiperkolesterolemia (ICD 10: E78) dan prehipertensi (ICD 10: R03.0).

Aspek risiko internal pada pasien adalah Kurangnya pengetahuan pasien mengenai definisi, penyebab, faktor risiko, komplikasi, pengobatan, dan pencegahan penyakit pasien (ICD 10: Z55.6). Jarang berolahraga (ICD 10: Z72.3). Serta pola diet kebiasaan makan makanan yang digoreng (ICD 10: Z72.4), dan kebiasaan merokok (ICD 10: F17.210). Aspek risiko eksternal pada pasien yakni kurangnya pengawasan dan dukungan keluarga terhadap pola makan serta aktivitas fisik pasien (ICD 10: Z55.6), dan kurangnya pengetahuan keluarga terkait faktor risiko dan komplikasi dari penyakit yang diderita pasien (ICD 10: Z55.6). Pasien kesulitan untuk berdiri lama sehingga pasien tidak bisa melakukan pekerjaannya sebagai kuli bangunan sehingga derajat fungsionalnya adalah 2.

Intervensi yang diberikan pada pasien

ini adalah tatalaksana non medikamentosa berupa edukasi dan konseling mengenai penyakitnya serta pencegahan, dan pengendaliannya serta tatalaksana medikamentosa. Intervensi medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan dan mencegah komplikasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Intervensi yang diberikan pada pasien ini berupa medikamentosa dan non-medikamentosa sesuai penyakit pasien. Intervensi medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan dan mencegah kekambuhan agar dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi non medikamentosa dengan memberikan penjelasan mengenai penyakit yang sedang diderita oleh pasien menggunakan media *flipchart* yang berisikan edukasi berupa pengetahuan mengenai definisi penyakit, faktor risiko, komplikasi, cara pencegahan penyakit, dan prinsip gizi seimbang.

Kunjungan ke rumah pasien dilakukan sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama dilakukan untuk melengkapi data pasien. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi. Kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient center*, *family focused* dan *community oriented*.

Pada *patient centered* diberikan tatalaksana non medikamentosa berupa edukasi kepada pasien mengenai tanda dan gejala, dan komplikasi dari penyakit hiperkolesterolemia. Konseling mengenai pengaturan pola makan, minum dan aktivitas fisik. Menjelaskan kepada pasien perlunya pengendalian dan pemantauan penyakit secara berkelanjutan. Tatalaksana medikamentosa yang diberikan adalah Simvastatin 20 mg 1 kali sehari, diminum pada malam hari.<sup>13</sup>

Pada *family focused* diberikan edukasi kepada keluarga mengenai epenyakit yang diderita oleh pasien, membantu meningkatkan dan memelihara kepatuhan minum obat dan menjaga pola makan dengan memakan makanan rendah lemak, rendah kalori dan tinggi serat, serta minum air putih yang cukup, serta memberikan dukungan baik secara moril maupun material, serta emosional kepada pasien terkait dengan penyakit yang diderita pasien.

Pada intervensi *community oriented* berupa memberikan informasi dan motivasi secara

langsung kepada pasien dan keluarga agar pasien dapat meningkatkan aktivitas fisik melalui kegiatan olahraga senam di Puskesmas, serta memberikan penjelasan dan motivasi kepada pasien untuk mengikuti serta mengontrol penyakitnya pada kegiatan Pos Binaan Terpadu (Posbindu).

Pada diagnostik holistik akhir pada aspek personal didapatkan alasan kedatangan pasien yakni kontrol berkala terkait keluhan sebelumnya. Kekhawatiran pasien terhadap penyakitnya berkurang. Persepsi pasien terhadap penyakitnya, pasien sudah mengetahui bagaimana cara mengontrol penyakit pasien dan beberapa faktor risiko yang memperberat dan dapat menyebabkan komplikasi pada pasien. Harapan pasien keluhan berkurang dan penyakit tidak semakin memburuk. Penilaian aspek klinik didapatkan hiperkolesterolemia (ICD 10: E78) dan prehipertensi (ICD 10: R03.0)

Aspek risiko internal pada pasien yaitu pasien telah mengetahui definisi, penyebab, faktor risiko, komplikasi, pengobatan, dan pencegahan penyakitnya. Pasien telah memulai olahraga pada tanggal 27 dan 30 Agustus 2024 berupa berjalan kaki selama 20 menit. Pola diet menjadi lebih baik berdasarkan *food recall* 24 jam. Pasien belum menghentikan kebiasaan merokok. Aspek risiko eksternal pada pasien yaitu meningkatnya pengetahuan keluarga terkait faktor risiko dan komplikasi dari penyakit yang diderita pasien, serta meningkatnya pengawasan dan dukungan keluarga terhadap pola makan serta aktivitas fisik pasien. Aspek derajat fungsional didapatkan derajat 1 (satu) yaitu mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan).

### Pembahasan

Pembinaan ini dilakukan sebagai bentuk pelayanan kedokteran keluarga kepada Tn. M berusia 52 tahun dengan hiperkolesterolemia dan prehipertensi serta kepada keluarganya. Pembinaan ini dilakukan secara holistik dengan jumlah kunjungan sebanyak tiga kali. Pada kunjungan pertama, tanggal 3 Agustus 2024, dilakukan perkenalan dengan pasien dan istri pasien serta menerangkan tujuan kunjungan. Setelah melakukan informed consent, berikutnya

dilakukan anamnesis kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang diderita pasien serta keadaan keluarga.

Pada anamnesis pasien mengeluhkan adanya nyeri kepala yang menjalar sampai ke tengkuk. Hiperkolesterolemia pada umumnya tidak menimbulkan gejala sehingga penderitanya mengabaikan dan tidak membawa ke fasilitas kesehatan. Faktor risiko terjadinya hiperkolesterolemia di antaranya adalah laki-laki usia lebih dari 45 tahun, wanita usia lebih dari 55 tahun, riwayat keluarga dengan penyakit kardiovaskular, hipertensi, diabetes, merokok, kurang aktivitas fisik, pola makan tinggi kalori dan tinggi lemak, serta obesitas.<sup>12,13</sup> Pada pasien didapatkan faktor risiko diet tinggi lemak, kebiasaan merokok, dan kurangnya aktivitas fisik.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan tanda vital pasien pada tekanan darah mengalami peningkatan yaitu 125/83 mmHg yang dikategorikan sebagai prehipertensi. Menurut *American College Cardiology (ACC)* dan *American Heart Association (AHA)*, pasien prehipertensi, yaitu mereka dengan tekanan darah tinggi atau hipertensi stadium 1 yang memiliki risiko kardiovaskular 10 tahun diperkirakan kurang dari 10%, harus menerima terapi nonfarmakologis dengan evaluasi tekanan darah ulang dalam waktu 3 sampai 6 bulan.<sup>14</sup>

Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan kenaikan pada kadar kolesterol yaitu 257 mg/dL, dimana hal ini dapat menunjang untuk pasien terdiagnosis hiperkolesterolemia. Berdasarkan literatur, target kolesterol yang diinginkan adalah <200 mg/dL.<sup>1</sup>

Tatalaksana yang diberikan berupa tatalaksana non medikamentosa dan medikamentosa terkait penyakit yang diderita pasien. Tatalaksana non medikamentosa sesuai Pedoman Pengelolaan Dislipidemia di Indonesia secara umum terbagi menjadi pengelolaan aktivitas fisik, terapi nutrisi medis, dan berhenti merokok. Aktivitas fisik yang disarankan meliputi program latihan yang mencakup setidaknya 30 menit aktivitas fisik dengan intensitas sedang (menurunkan 4-7 kkal/menit) 4-6 kali seminggu. Kegiatan dapat dilakukan berupa jalan cepat, bersepeda, atau berenang.<sup>13</sup>

Terapi nutrisi medis bagi orang dewasa disarankan konsumsi diet rendah kalori yang terdiri dari buah-buahan dan sayuran (> 5

porsi/hari), biji-bijian (>6 porsi/hari), ikan, daging tanpa lemak. Asupan lemak jenuh, lemak trans, dan kolesterol harus dibatasi, sedangkan makronutrien yang menurunkan kadar K-LDL harus mencakup tanaman stanol/sterol (2g/hari) dan serat larut air (10-15g/hari).<sup>13</sup>

Diet untuk mencegah hipertensi dapat dilakukan dengan *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) yaitu mengandung banyak buah, sayur, dan susu rendah lemak, sehingga mengurangi tekanan darah sistolik pada pasien hipertensi dan normotensi. Efek penurunan tekanan darah dari diet DASH sangat ditingkatkan dengan pengurangan natrium dan perubahan perilaku yang mencakup peningkatan aktivitas fisik, yang mengarah pada penurunan berat badan.<sup>14</sup>

Merokok merupakan faktor risiko kuat, terutama untuk penyakit jantung koroner, penyakit vaskular perifer, dan stroke. Merokok mempercepat pembentukan plak pada koroner sehingga sangat berbahaya. Berhenti merokok minimal 30 hari dapat meningkatkan K-HDL secara signifikan.<sup>13</sup>

Tatalaksana medikamentosa atau farmakologis untuk pasien dislipidemia baik pada ATP III maupun ESC/EAS 2016, AACE/ACE 2017 serta ACC/AHA 2018 adalah untuk menurunkan risiko terkena penyakit kardiovaskular.<sup>13,15</sup> Pada pasien diberikan obat golongan statin yaitu simvastatin 20 mg, 1x1 tablet pada malam hari. Pemberian obat tersebut selain karena ketersediaan di Puskesmas, juga bertujuan menurunkan jumlah kolesterol dengan cara menurunkan sintesis kolesterol di hati. Statin direkomendasikan sebagai pilihan utama untuk mencapai target K-LDL berdasarkan hasil berbagai penelitian tentang efektivitas obat ini dalam menurunkan angka kematian dan mortalitas kardiovaskular.<sup>13</sup> Statin menghambat secara kompetitif koenzim HMG-CoA reduktase. Penghambatan enzim tersebut dapat menurunkan konsentrasi kolesterol seluler yang akan menyebabkan peningkatan ekskresi reseptor LDL pada permukaan hepatosit yang berakibat akan meningkatnya pengeluaran K-LDL dari darah dan penurunan konsentrasi dari K-LDL dan lipoprotein apo-B lainnya termasuk trigliserid.<sup>16</sup> Statin merupakan obat yang

cocok untuk pasien dengan masalah hiperkolesterolemia yang lama dan sulit dikontrol. Efek samping dari obat ini adalah miyositis yang ditandai dengan nyeri otot, myalgia, miopati, penurunan massa dan kekuatan otot dan timbulnya gangguan fungsi hati. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan terhadap penggunaan obat.<sup>17</sup>

Intervensi yang dilakukan dengan memberikan penyuluhan mengenai penyakit pasien dengan menggunakan media flipchart. Media flipchart berisi beberapa materi mengenai pengertian penyakit, faktor risiko, kadar kolesterol darah normal, penyebab, faktor risiko, dan komplikasi yang dapat terjadi pada penyakit hiperkolesterolemia, serta batas tekanan darah normal, diet pada pencegahan hipertensi, serta prinsip gizi seimbang sehingga diharapkan mudah dipahami oleh pasien. Intervensi yang difokuskan adalah mengenai pengetahuan pasien dan keluarga pasien mengenai penyakit, faktor risiko, pencegahan serta prinsip gizi seimbang.

Peran *family focused* pada intervensi ini diharapkan seluruh anggota keluarga dapat menjadi pengawas kepada pasien selama menjalani pengobatan. Keluarga pasien juga diharapkan memiliki peran dalam penerapan perilaku hidup sehat dan menerapkan prinsip diet gizi seimbang. Keluarga pasien juga diharapkan dapat bertanggung jawab terhadap pasien untuk menghantarkan pasien berobat dan melakukan pemeriksaan kesehatan rutin minimal 3 bulan sekali di layanan kesehatan.

Evaluasi dilakukan 5 hari setelah dilakukan intervensi. Kegiatan evaluasi bertujuan untuk menilai apakah target yang diharapkan dari kegiatan intervensi tercapai. Dilakukan anamnesis kembali pada pasien dan didapatkan bahwa keluhan rasa berat pada tengkuk disertai kesemutan pada kedua kaki pasien sudah tidak dirasakan. Setelah dilakukan intervensi pengetahuan pasien terkait penyakitnya sudah jauh lebih baik. Pasien sudah mulai olahraga dengan jalan pagi di sekitar rumah selama 15-30 menit. Pasien juga mulai mengatur pola makan meskipun didapatkan hasil food recall yang belum sesuai kebutuhan gizi pasien. Pasien mulai mengurangi makanan yang tinggi lemak, perbanyak konsumsi makan-makanan yang tinggi serat serta minum air putih yang cukup. Kekhawatiran pasien akan penyakitnya juga

sudah mulai berkurang. Pada persepsi, pasien telah mengetahui bahwa keluhan rasa berat pada tengkuk yang dideritanya berkaitan dengan tingginya kadar kolesterol dalam tubuh. Pasien juga telah mengetahui batasan tekanan darah normal dan mulai memerhatikan kondisi tubuhnya. Harapan pasien terhadap keluhannya dapat berkurang dan dapat mengontrol penyakitnya supaya tidak semakin memburuk. Kadar kolesterol setelah dilakukan intervensi sudah mencapai target <200 mg/dL yaitu 178 mg/dL.

### Simpulan

Pasien laki-laki usia 52 tahun dengan hiperkolesterolemia dan prehipertensi. Faktor risiko internal pada pasien adalah kurangnya pengetahuan tentang penyakit, kebiasaan merokok, pola diet, dan aktivitas fisik sedentari. Faktor risiko eksternal pada pasien adalah kurangnya pengawasan dan dukungan keluarga terhadap pola makan serta aktivitas fisik pasien.

Intervensi yang dilakukan berupa edukasi dengan media flipchart mengenai definisi, gejala, penyebab, komplikasi, dan pencegahan penyakit. Setelah dilakukan tata laksana holistik dan komprehensif dengan pendekatan dokter keluarga, pasien dan keluarga mengalami peningkatan pengetahuan mengenai penyakit yang diderita dan perubahan perilaku pasien untuk kontrol dan minum obat rutin, mengonsumsi makanan sesuai dengan Tingkat Kecukupan Gizi, aktivitas fisik yang sesuai, dan bersedia mengikuti kegiatan posbindu.

### Daftar Pustaka

1. Karwiti W, Fitriana E, Mustopa R, Siregar S. Deteksi dini dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kolesterol di wilayah kerja Puskesmas Depati VII Kabupaten Kerinci (The early detection and the improvement of community knowledge about cholesterol in the work area of Depati VII Health Center Kerinci). *Jurnal Abdikemas*. 2022;4(2):Desember.
2. World Health Organization. A wealth of information on global public health 2023. Geneva: WHO; 2023.
3. Lin CF, Chang Y, Chien SC, Lin YH. Epidemiology of dyslipidemia in Asia Pacific region. *Int J Gerontol*. 2018;12(2):2–6.
4. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK), Kementerian Kesehatan RI. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 dalam angka. Jakarta: Kemenkes RI; 2024.
5. Stapleton PA, Goodwill AG, James ME, Brock RW, Frisbee JC. Hypercholesterolemia and microvascular dysfunction: interventional strategies. *J Inflamm (Lond)*. 2010;7:54.
6. Kementerian Kesehatan RI. Rencana Aksi Nasional Penyakit Tidak Menular 2015–2019. Jakarta: Kemenkes RI; 2017.
7. Soleha M. Kadar kolesterol tinggi dan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kadar kolesterol darah. *Indones J Biotechnol Med*. 2012;1(2):5–92.
8. World Health Organization. Hypertension. 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
9. Iqbal AM, Jamal SF. Essential hypertension. [Updated 2023 Jul 20]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539859/>
10. Loi H. Pengaruh pemberian sari kacang kedelai hitam terhadap penurunan kadar kolesterol dan tekanan darah pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Pakam. [Undergraduate thesis]. 2019.
11. Rizki Utami E. Penatalaksanaan hiperkolesterolemia dan obesitas grade II pada pasien wanita usia 47 tahun melalui pendekatan kedokteran keluarga. *Medula*. 2020;10(2):32.
12. Ibrahim MA, Asuka E, Jialal I. Hypercholesterolemia. [Updated 2023 Apr 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459188/>
13. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (Perkeni). Pedoman pengelolaan dislipidemia di Indonesia. Jakarta: Perkeni; 2019.

14. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Circulation*. 2018;138(17):e484–e594.
15. Cabezas CM, Burggraaf B, Klop B. Dyslipidemia in clinical practice. *Clin Chim Acta*. 2018;487:117–125.
16. Barter PJ, Brandrup-Wognsen G, Palmer MK, Nicholls SJ. Effect of statins on HDL-C: a complex process unrelated to changes in LDL-C: analysis of the VOYAGER database. *J Lipid Res*. 2010;51:1546–1553.
17. Talreja O, Kerndt CC, Cassagnol M. Simvastatin. [Updated 2023 Jun 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–.