



**PENATALAKSANAAN HOLISTIK PADA PASIEN WANITA USIA 50 TAHUN  
DENGAN HIPERTENSI MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN  
KELUARGA**

**Jundi Fathan Mubina\*, Haekal Alfhad, Reni Zuraida**

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. Dr. Sumantri Brojonegoro No.1 Bandar Lampung,  
Lampung, 35145, Indonesia

\*[jundifathanm@gmail.com](mailto:jundifathanm@gmail.com)

**ABSTRAK**

Penderita hipertensi berusia 30-79 tahun di dunia saat ini diperkirakan berjumlah 1,28 miliar jiwa. Di Indonesia sendiri diperkirakan lebih dari 70 juta orang menderita penyakit ini. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis masalah klinis dan mengidentifikasi faktor risiko pasien dengan menerapkan pelayanan kedokteran keluarga serta menatalaksana pasien secara holistik dan komprehensif sehingga mencegah terjadinya komplikasi. Data primer kasus yang dilaporkan diperoleh melalui autoanamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik pada awal, selama, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien Ny. P, usia 50 tahun memiliki risiko internal riwayat keluarga dengan hipertensi, kurangnya pengetahuan mengenai penyakit hipertensi, stres psikologis dan kualitas tidur yang kurang, serta pola makan yang kurang energi dan tinggi lemak. Pasien diintervensi dengan edukasi dengan materi berbentuk poster dan power point. Setelah intervensi, terdapat peningkatan pengetahuan pasien sebesar 40%, keluhan pasien dirasakan membaik, serta perubahan perilaku menerapkan pola gizi seimbang dan meningkatkan aktivitas fisik.

Kata kunci: hipertensi; pelayanan kedokteran keluarga; penatalaksanaan holistik

***HOLISTIC MANAGEMENT OF 50 YEARS OLD FEMALE PATIENT WITH  
HYPERTENSION THROUGH FAMILY MEDICINE APPROACH***

**ABSTRACT**

*Globally, it is estimated that there are 1,28 billion adults aged 30-79 years old with hypertension. In Indonesia, it is estimated there are more than 70 million people with this condition. The objective of this study is to analyze the clinical problem and identify risk factors in the patient with the application of family medicine and treat the patient with a holistic and comprehensive approach to prevent complications. Primary data reported in this study is obtained using autoanamnesis, physical examination, and home visits. Assessment was done quantitatively and qualitatively based on holistic diagnosis at the beginning, during, and the end of the study. Patient Mrs P, 50 years old is evaluated to have the internal risk of a family history of hypertension, lack of knowledge about hypertension, psychological stress decreased sleep quality, and low energy but high in fat diet. The patient is intervened with education with poster and powerpoint. After the intervention, the patient experienced an increase in knowledge by 40%, relief from complained symptoms, and a change in behavior to a balanced diet and an increase in physical activity.*

*Keywords: family medicine; holistic management; hypertension*

**PENDAHULUAN**

Hipertensi merupakan faktor risiko utama untuk penyakit kardiovaskular dan kematian dini secara global (Roth GA et al, 2018). Diperkirakan secara global terdapat 1,28 miliar orang dewasa berusia 30 – 79 tahun dengan hipertensi dan kurang dari setengahnya (42%) didiagnosa dan ditatalaksana. Diperkirakan hanya 21% orang yang terkontrol dengan baik walaupun tatalaksana yang murah dan efektif sudah tersedia (WHO, 2023). Dalam empat

dekade terakhir, estimasi rata-rata tekanan darah di dunia relatif stabil dan bahkan menurun sedikit, namun prevalensi hipertensi dunia cenderung meningkat, terutama di negara-negara dengan pendapatan menengah kebawah. Estimasi menunjukkan prevalensi hipertensi orang dewasa lebih tinggi pada negara-negara dengan pendapatan menengah kebawah (31.5%, 1,04 miliar orang) dibanding negara-negara dengan pendapatan menengah keatas (28,5%, 349 juta orang) (Mills KT et al, 2020).

Secara global, jumlah orang dalam rentang usia 30-79 tahun dengan hipertensi naik dua kali lipat dari 1990 sampai 2019, dari 331 juta perempuan dan 317 laki-laki pada 1990 menjadi 626 juta perempuan dan 652 laki-laki pada 2019. Persentase hipertensi terkontrol dan hipertensi yang ditatalaksana juga memiliki perbedaan yang signifikan di tahun 2019. Negara seperti Korea Selatan, Kanada, Islandia memiliki persentase hipertensi terkontrol >50%, dan persentase hipertensi yang ditatalaksana >70%. Sementara angka tatalaksana ditemukan <25%, dan hipertensi untuk negara-negara seperti Nepal, Indonesia, dan negara-negara Sub-Sahara dan Oseania. Angka kontrol juga ditemukan <10% di negara-negara di Afrika Utara, Asia Tengah dan Asia Selatan, dan Eropa Timur. Kebanyakan negara memiliki peningkatan untuk kontrol dan tatalaksana kecuali negara-negara Sub-Sahara dan Oseania (NCD-RisC, 2021). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, prevalensi kejadian hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah pada masyarakat Indonesia berusia 18 tahun ke atas sebesar 34,1% dibandingkan pada tahun 2013 dimana prevalensi kejadian hipertensi adalah 25,8%. Provinsi Lampung sendiri memiliki prevalensi sebesar 24,7% dari jumlah penduduk (RISKESDAS, 2018).

Penyakit hipertensi perlu dikelola secara komprehensif. Hal ini dilakukan agar dapat mengurangi resiko kemungkinan terjadinya komplikasi. Identifikasi faktor risiko internal maupun eksternal perlu dilakukan terhadap pasien, sehingga dapat melakukan penatalaksanaan berbasis *evident based medicine* yang bersifat *family-approach*, *patient-centered* dan *community oriented*. Penyakit-penyakit tersebut bersifat kronik/penyakit menahun sehingga pasien harus mengetahui berbagai informasi mengenai penyakit yang diderita agar timbul kesadaran pada pasien untuk melakukan perubahan dalam gaya hidup demi tercapainya tujuan pengobatan dan peningkatan kualitas hidup pasien sehingga hal ini dapat mencegah terjadinya komplikasi. Peran petugas kesehatan khususnya dokter adalah mengidentifikasi dan mengobati masalah yang dapat diobati serta memfasilitasi perubahan lingkungan untuk memaksimalkan fungsi dalam menghadapi masalah yang menetap. Studi ini dilakukan dengan tujuan untuk menganalisis masalah kesehatan dan mengidentifikasi faktor risiko pada pasien serta melakukan pendekatan kedokteran keluarga secara holistik serta komprehensif dengan mempertimbangkan aspek EBM dan bersifat *family-approach*, *patient-centered*, dan *community oriented*.

## **METODE**

Analisis studi ini berupa laporan kasus. Pasien merupakan pasien puskesmas berjumlah satu orang yang ditentukan dengan *purposive sampling*. Data yang digunakan adalah data primer yang diperoleh melalui anamnesis baik secara *autoanamnesis* maupun *alloanamnesis* kepada pihak keluarga, kemudian dilanjutkan dengan melakukan pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah. Kunjungan rumah dilakukan guna melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Tingkat pengetahuan pasien juga diukur menggunakan kuisioner berisi 10 pertanyaan. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik pada awal, selama, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif.

## **HASIL**

Pasien Ny. P, usia 50 tahun datang dengan tujuan kontrol rutin. Pasien memiliki riwayat hipertensi yang diketahui sejak 10 tahun yang lalu, namun pasien baru berobat rutin sejak 5 tahun yang lalu. Saat ini pasien mengeluhkan nyeri kepala, leher kaku, dan gelisah saat tidur. Keluhan pasien dirasakan memburuk saat pasien kelelahan atau banyak pikiran dan membaik dengan istirahat. Keluhan penglihatan kabur, jantung berdebar, nyeri dada disangkal. Ibu pasien dan dua saudara kandung pasien memiliki riwayat hipertensi. Saat kunjungan ke rumah pasien, pasien mengatakan kekhawatirannya karena nilai tekanan darahnya yang belum kunjung turun padahal pasien merasa sudah rutin mengkonsumsi obat. Pasien dan keluarga memiliki pengetahuan mendasar mengenai penyakitnya. Pasien dan keluarga memahami definisi dan beberapa gejala hipertensi. Namun belum mengetahui faktor risiko, tatalaksana, target pengobatan, serta komplikasi hipertensi. Pasien berharap dapat mengontrol tekanan darahnya, dan mengurangi keluhan yang dirasakan.

Pasien tinggal satu rumah bersama suami. Pasien memiliki tiga anak. Anak pertama dan kedua sudah berkeluarga dan tinggal bersama keluarganya masing-masing sementara anak ketiga tengah menjalani pendidikan di pondok pesantren di Jawa Tengah dan hanya pulang saat lebaran. Sehari-hari pasien beraktivitas sebagai ibu rumah tangga. Pasien biasa bangun pukul lima pagi untuk shalat dan selanjutnya pasien mandi kemudian mempersiapkan sarapan untuk pasien dan suami. Pasien kemudian mengerjakan pekerjaan rumah tangga seperti bersih-bersih, mencuci pakaian, dan menjemur. Pukul 11.00 pasien makan siang. Pasien biasanya tidur siang pada pukul 13.00 selama satu hingga dua jam. Pasien biasanya makan malam pukul 19.00 dan tidur pada pukul 22.00. Pasien merasa tidurnya akhir-akhir ini kurang nyenyak dan seringkali terbangun tengah malam sehingga keluhan yang dirasakan memberat dikarenakan kurang tidur. Pasien mengatakan hal ini disebabkan banyak pikiran akhir-akhir ini.

Pasien dan keluarga biasanya makan makanan utama dua sampai tiga kali dalam sehari. Dalam satu kali makan biasanya pasien mengambil satu centong nasi, satu macam lauk (ikan, tahu, tempe, telur) dan dua sendok makan sayur. Pasien mengaku sudah mencoba untuk mengurangi penggunaan garam saat memasak. Pasien dan keluarga jarang mengkonsumsi buah-buahan. Upaya pasien dalam menjaga kesehatan dapat dibilang cukup baik. Pasien memiliki jaminan kesehatan berupa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang berarti pasien dan keluarga memiliki tingkat kepedulian dan kesadaran yang baik terhadap kondisi kesehatan pasien dan anggota keluarga. Pasien berobat rutin ke Puskesmas Tanjung Sari Natar yang jaraknya sekitar 2 kilometer dari rumahnya dan biasanya berjalan kaki menuju puskesmas bersama tetangga yang juga rutin berobat.

## **DATA KLINIS**

### **Anamnesis**

Pasien usia 50 tahun datang ke puskesmas dengan tujuan berobat rutin untuk mengontrol hipertensi. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu namun baru berobat rutin sejak 5 tahun yang lalu. Pasien mengeluhkan nyeri kepala, kaku pada leher, dan gelisah saat tidur. Keluhan dirasakan memberat apabila pasien kelelahan atau banyak pikiran dan membaik dengan istirahat. Keluhan penglihatan kabur, jantung berdebar, dan nyeri dada disangkal. Ibu pasien dan dua saudara kandung pasien memiliki riwayat hipertensi.

### **Pemeriksaan Fisik**

Keadaan umum : Tampak sakit sedang;  
Kesadaran : Compos mentis;

Tekanan darah :160/95 mmHg;  
Frekuensi nadi : 81 x/menit;  
Frekuensi napas : 20x/menit;  
Suhu : 36,0°C;

Berat badan : 52 kg;  
Tinggi badan : 152cm;  
IMT : 22,5kg/m<sup>2</sup>  
Status Gizi : Normal

### **Status Generalis**

#### **Kepala**

Normocephal, persebaran rambut merata dan tidak rontok.

Mata: konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-).

Telinga: normotia (+/+), sekret (-/-), hiperemis (-/-), nyeri tekan (-/-), hidung normal (sekret (-/-), hiperemis (-/-), deviasi (-/-).

Leher: JVP tidak meningkat, tidak ada pembesaran KGB, kelenjar tiroid tidak mengalami pembesaran.

#### **Thorax**

##### **Jantung**

I: Ictus kordis tidak terlihat

P: Ictus cordis teraba pada SIC 5

P: Batas jantung kanan berada pada SIC 6 linea sternalis dekstra; batas jantung kiri berada pada SIC 4, 2 jari medial linea midclavicular sinistra; batas jantung atas SIC 2 linea sternalis sinistra.

A: BJ I/II regular, gallop (-), mur mur(-)

##### **Paru**

I: Tampak simetris, retraksi (-), pernapasan tertinggal (-)

P: Fremitus taktil simetris kanan dan kiri, nyeri tekan (-), massa (-)

P: Sonor di semua lapang paru

A: vesikuler (+/+), Rhonki (-/-), wheezing (-/-)

##### **Abdomen**

I: perut tampak cembung, lesi (-)

A: Bising usus 10x/menit

P: Timpani

P: Nyeri tekan (-)

##### **Fungsi Motorik**

Gerakan

	<b>Dextra</b>	<b>Sinistra</b>
<b>Superior</b>	Aktif	Aktif
<b>Inferior</b>	Aktif	Aktif

Kekuatan Otot

	<b>Dextra</b>	<b>Sinistra</b>
<b>Superior</b>	5	4
<b>Inferior</b>	5	4

### Fungsi Sensorik

Tes Raba halus : Normotesia  
Tes Raba kasar : Normotesia  
Tes nyeri : Normal  
Tes propiosepsi : Normal  
Tes koordinasi : Normal

### Penilaian Kognitif

Penilaian kognitif pada pasien menggunakan MMSE (*Mini Mental State Examination*). Pada pasien didapatkan skor MMSE 30 (tidak ada gangguan kognitif)

### Penilaian Kebutuhan Nutrisi

Penilaian kebutuhan nutrisi pada pasien menggunakan *Food Recall*.

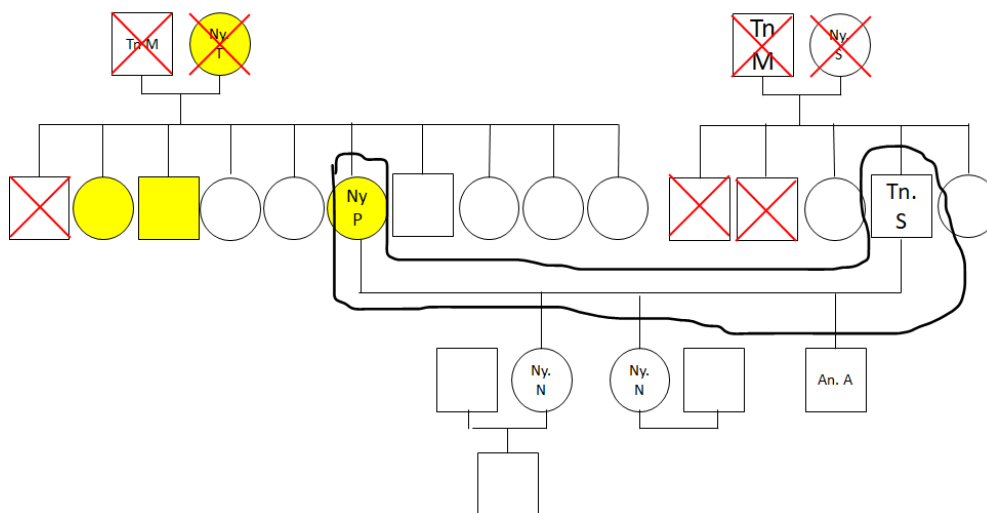
### Data Keluarga

Pasien memiliki bentuk keluarga *Nuclear Family* yang terdiri atas pasien bersama suami. Pasien memiliki tiga anak. Anak pertama dan kedua sudah berkeluarga dan tinggal bersama keluarganya masing-masing sementara anak ketiga tengah menjalani pendidikan di pondok pesantren di Jawa Tengah dan hanya pulang saat lebaran.

Pasien berkegiatan sebagai ibu rumah tangga dan mengurus urusan rumah tangga. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari suami pasien bekerja sebagai petani dan buruh serabutan dengan pendapatan perbulan ± Rp. 2.500.000.

### Genogram

Genogram keluarga Ny. P pada Gambar 1.



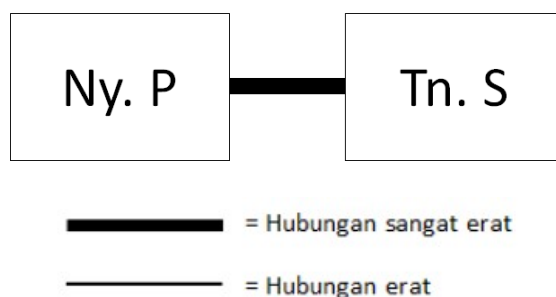
### Keterangan:

- |                 |                        |
|-----------------|------------------------|
| □ Laki-laki     | ┌─┐ Keturunan          |
| ○ Perempuan     | ✕ Meninggal            |
| ┌─┐ Pernikahan  | ┌─┐ Tinggal satu Rumah |
| ┌─┐ Ceraai Mati | ● Hipertensi           |

Gambar 1. Siklus Genogram Keluarga Ny. P

### Family Mapping

Hubungan antar keluarga Ny. P dapat dilihat pada Gambar 2.



**Gambar 2.** Hubungan antar keluarga Tn. B

### Family Apgar Score

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

Total *Family Apgar score* 9 (tidak ada disfungsi keluarga)

### Family SCREEM Score

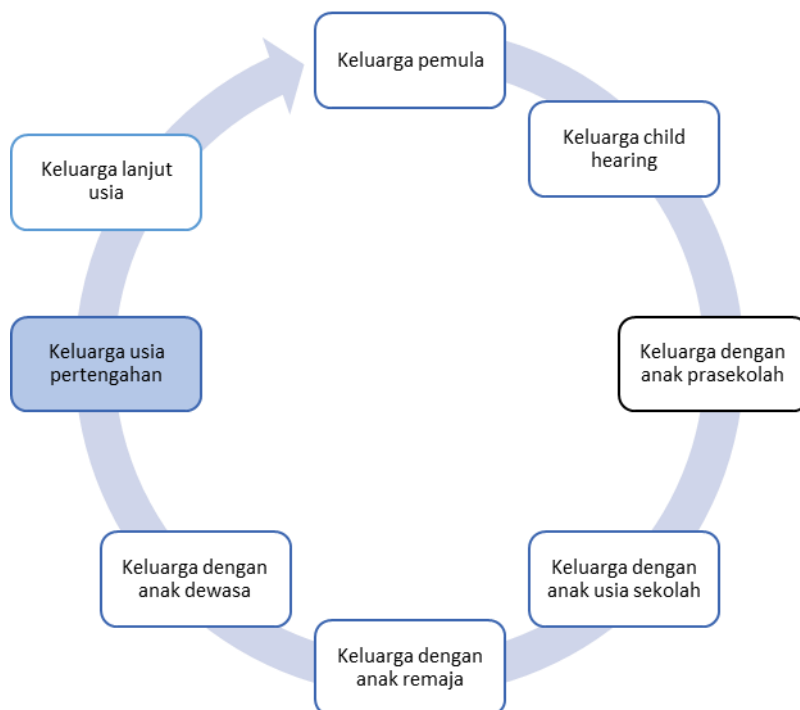
Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai dengan menggunakan *SCREEM Score*, dengan hasil antara lain:

Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	SS (3)	S (2)	TS (1)	STS (0)
S1 Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami		✓		
S2 Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		✓		
C1 Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami			✓	
C2 Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami		✓		
R1 Imam dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	✓			
R2 Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami		✓		
E1 Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami			✓	
E2 Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami			'	
E'1 Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit			✓	
E'2 Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga kami			✓	
M1 Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami			✓	
M2 Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami		✓		
Total	3	10	6	

Tabel 1. *Family SCREEM* Tn. B

Dari hasil penilaian *family SCREEM* didapatkan skor 19, score 13-24 yang berarti fungsi sumber daya keluarga Ny. P cukup memadai.

### ***Family Lifecycle***



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

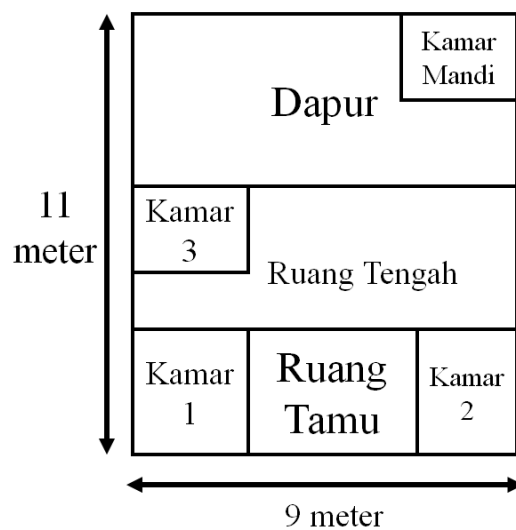
Menurut siklus Duvall, siklus hidup keluarga Tn. B berada dalam tahap keluarga usia pertengahan.

### **Data Lingkungan Rumah**

Pasien tinggal bersama suami dalam satu rumah. Rumah pasien berjarak  $\pm 100\text{m}$  dari jalan utama. Di sekeliling rumah pasien terdapat rumah tetangga dan kerabat.

Ny. P tinggal di rumah berukuran  $11 \times 9\text{m}^2$ , rumah tidak bertingkat, memiliki ruang tamu, ruang tengah, tiga kamar tidur, dapur, dan kamar mandi. Dinding terbuat dari tembok bata yang dilapisi semen tanpa cat pada ruang tamu, ruang tengah, dan kamar tidur. Sedangkan dinding pada dapur dan kamar mandi masih bata merah.

Penerangan pada rumah baik, tidak membutuhkan sumber cahaya lampu pada siang hari. Ventilasi baik pada ruang tengah, ruang tamu, dan kamar tidur, dan kamar mandi. Akan tetapi dapur memiliki ventilasi yang kurang baik karena jendela yang ada tidak bisa dibuka. Atap terdiri atas genteng yang disangga oleh rangka kayu tanpa plafon. Rumah berada di daerah yang sudah dialiri listrik. Sumber air berasal dari sumur bor dan pompa listrik yang terletak di halaman belakang rumah pasien. Kamar mandi pasien berbentuk jamban jonkok yang langsung menuju *septic-tank*. Rumah terkesan cukup rapih.



Gambar 4. Denah Rumah Keluarga Ny. P

## Diagnosis Holistik Awal

### 1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Pasien datang untuk mengambil obat hipertensi rutin. Keluhan yang dirasakan saat ini nyeri kepala, kaku pada leher, dan gelisah saat tidur
- Kekhawatiran: Pasien khawatir penyakit yang diderita tidak kunjung membaik padahal pasien merasa sudah mengonsumsi obat secara rutin
- Persepsi: Persepsi pasien terhadap hipertensi penyakit menahun yang tidak bisa disembuhkan.
- Harapan: Pasien berharap tekanan darah terkontrol dan keluhan yang dirasakan berkurang.

### 2. Aspek Klinis

- Hipertensi (ICD X: I10.0)

### 3. Aspek Risiko Internal

- Riwayat keluarga menderita hipertensi
- Pengetahuan yang terbatas mengenai:
  - Faktor risiko hipertensi
  - Cara mengendalikan hipertensi
  - Target pengobatan hipertensi
  - Komplikasi hipertensi
- Stress dan kualitas tidur yang kurang.
- Pola makan kurang energi dan tinggi lemak

### 4. Aspek Risiko Eksternal

- Psikososial keluarga: kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita pasien serta komplikasinya
- Pola berobat keluarga kuratif.



## 5. Derajat Fungsional:

Derajat fungsional 1 yaitu mampu melakukan pekerjaan seperti sebelum sakit

### Intervensi

Intervensi yang dilakukan terdiri dari *patient centered*, *family focused* dan *community oriented*. Tatalaksana yang diberikan kepada pasien berupa medikamentosa dan non medikamentosa. Pada pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi dan kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan.

### *Patient Centered*

#### 1) Medikamentosa

Tatalaksana yang diberikan untuk pasien adalah

- Amlodipin 1 x 10mg
- Captopril 2 x 25mg
- Vit B12 2x1

#### 2) Non-Medikamentosa

- a) Edukasi mengenai pemberian pengobatan, keteraturan minum obat serta kontrol rutin.
- b) Edukasi gizi pada hipertensi dengan menggunakan DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) diet
- c) Edukasi mengenai aktivitas fisik yang dapat dilakukan

### *Family Focused*

- a. Edukasi pengetahuan pasien dan keluarga mengenai:
  - Faktor risiko hipertensi
  - Cara mengendalikan hipertensi
  - Target pengobatan hipertensi
  - Komplikasi hipertensi
- b. Meminta suami pasien untuk menjadi pengawas obat serta mengingatkan untuk meminum obat dan rutin berobat.
- c. Edukasi dan motivasi mengenai perlunya dukungan keluarga terhadap penyakit pasien.

### *Community Oriented*

- a. Konseling kepada anggota keluarga dan masyarakat sekitar untuk segera memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan jika muncul gejala serupa untuk deteksi dini hipertensi.
- b. Memberikan konseling ke keluarga dan masyarakat mengenai pencegahan dan pengendalian hipertensi.

## Diagnosis Holistik Akhir

### 1. Aspek Personal

- a. Pasien datang untuk mengambil obat hipertensi rutin. Keluhan pusing, kaku pada leher, dan gelisah saat tidur sudah berkurang
- b. Kekhawatiran: Kekhawatiran sudah berkurang karena keluhan yang dirasakan sudah berkurang
- c. Persepsi: Persepsi mengenai hipertensi semakin baik karena pasien tahu bahwa hipertensi tidak dapat disembuhkan namun dapat terkontrol
- d. Harapan: Pasien berharap penyakitnya terkontrol dan tidak mengalami komplikasi

## 2. Aspek Klinis

- Hipertensi (ICD X: I10.0)

## 3. Aspek Risiko Internal

- Peningkatan pengetahuan pasien mengenai:
  - Faktor risiko hipertensi
  - Cara mengendalikan hipertensi
  - Target pengobatan hipertensi
  - Komplikasi hipertensi
- Stress berkurang dan kualitas tidur meningkat
- Pasien sudah menerapkan pola makan sesuai dan gizi seimbang dan memenuhi angka kecukupan gizi

## 4. Aspek Risiko Eksternal

- Keluarga mulai mengetahui bahwa penyakit hipertensi dan kolesterol bersifat kronis dan harus kontrol secara berkala, tidak hanya ketika ada keluhan.
- Pola berobat keluarga menjadi preventif

## 5. Derajat Fungsional

Derajat fungsional 1 yaitu mampu melakukan pekerjaan seperti sebelum sakit

Tabel 2.

*Pre-intervensi dan Post-intervensi Ny. P*

Variabel	<i>Pre-intervensi</i>	<i>Post-intervensi</i>	Perubahan
Tekanan Darah	150/90	145/80	Penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik
Pengetahuan	60%	100%	Meningkat 40%
Keluhan	Nyeri kepala, kaku leher, gelisah saat tidur	Nyeri kepala dan kaku leher berkurang, gelisah saat tidur tidak dirasakan	Keluhan dirasakan membaik
Perilaku	Asupan makan tidak sesuai TKG dan aktivitas kurang	Mulai terbiasa mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang dan meningkatkan aktivitas fisik	Menerapkan pola gizi seimbang dan meningkatkan aktivitas fisik

## PEMBAHASAN

Pelayanan kedokteran keluarga dilakukan dengan bentuk pembinaan keluarga terhadap Ny. P berusia 50 tahun dengan Hipertensi yang dinilai berdasarkan konsep mandala of health. Konsep ini diterapkan dengan menilai aspek pasien secara menyeluruh meliputi aspek biologis, psikologis dan sosial. Pada pasien ini penting dilakukan pendekatan kedokteran keluarga karena penyakit pada pasien tergolong penyakit kronis dan dipengaruhi oleh berbagai faktor serta komplikasi yang bisa ditimbulkan bila penyakit ini tidak ditangani (Hancock T & Perkins F, 1985). Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah seorang perempuan berusia 50 tahun yang datang dengan keluhan nyeri kepala, leher kaku, dan gelisah saat tidur. Pasien memiliki riwayat hipertensi yang diketahui sejak 10 tahun yang

lalu namun baru rutin berobat 5 tahun yang lalu. Pasien rutin ke puskesmas untuk berobat. Pasien pertama kali ditemui pada Selasa, 24 Oktober 2023 di Puskesmas Tanjung Sari Natar saat pasien berobat, dilakukan perkenalan dengan pasien serta membangun rapport, kemudian dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Setelah itu dilakukan informed consent untuk melakukan kunjungan ke rumah pasien.

Diagnosa hipertensi ditegakkan atas dasar anamnesis dan pemeriksaan fisik pasien. Pada anamnesis terdapat keluhan nyeri kepala yang merupakan salah satu gejala klasik hipertensi hal ini disebabkan karena perubahan struktur dalam arteri-arteri kecil dan arteriol sehingga menyebabkan terjadinya sumbatan pada pembuluh darah, yang menyebabkan aliran darah menjadi terganggu. Hal ini akan mempengaruhi suplai oksigen dan menyebabkan meningkatnya kadar karbon dioksida pada jaringan yang terganggu, yang kemudian menyebabkan terjadinya metabolisme anaerob yang meningkatkan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak (Price SA & Wilson LM, 2006). Keluhan kaku pada leher yang dirasakan juga dapat dijelaskan dengan mekanisme yang sama, dimana sumbatan yang terjadi mempengaruhi suplai oksigen saraf dan otot pada leher sehingga terasa kaku dan tidak nyaman pada leher (Kristina, 2022).

Pasien juga mengeluhkan gelisah saat tidur. Hipertensi dan kualitas tidur memiliki hubungan yang erat, penelitian cross sectional yang dilakukan oleh Chen, et al. menganalisis hubungan kualitas tidur dan hipertensi dengan mengukur kualitas tidur dengan Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) pada 5.167 partisipan menemukan, kualitas tidur yang buruk meningkatkan risiko hipertensi pada orang dewasa. Mekanisme utama yang mendasari diduga aktivitas sistem saraf simpatis. Selain itu, stress psikososial, inflamasi, stress oksidatif, dan disfungsi endotel dilaporkan menghubungkan gangguan tidur dan progresi hipertensi (Chen S et al, 2022). Pada pemeriksaan fisik di Puskesmas Tanjung Sari Natar didapatkan tekanan darah pasien adalah 160/95 mmHg, berdasarkan pedoman JNC (Joint National Committee) VIII nilai dari tekanan darah pasien masuk ke golongan Hipertensi Grade II. Menurut JNC VIII, seseorang dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan darah sistol  $\geq 140$  mmHg dan diastol  $\geq 90$  mmHg dalam dua kali pengukuran dalam selang waktu lima menit (Page MR, 2014).

Terapi yang diberikan kepada pasien untuk keluhan hipertensi berupa Amlodipin 10 mg satu kali sehari. Amlodipin merupakan obat antihipertensi golongan penghambat kanal kalsium (Calcium canal blocker) yang memiliki efek vasodilatasi, memperlambat laju jantung dan menurunkan kontraktilitas otot jantung sehingga tekanan darah turun. Amlodipin memiliki waktu paruh yang panjang yaitu 30-50 jam sehingga penggunaannya cukup sehari sekali. Dikarenakan tekanan darah pasien yang tinggi diberikan juga Captopril 25 mg dua kali sehari. Captopril merupakan obat golongan inhibitor Angiotensin-converting enzyme (ACE-i) yang bekerja menghambat konversi angiotensin I ke angiotensin II yang memiliki efek vasokonstriktor sehingga menurunkan tekanan darah (Odaka C & Mizuochi T, 2000). Pasien juga diberikan vitamin B12, pemberian vitamin B12 pada pasien bertujuan untuk memberikan efek neuroprotektif sehingga dapat menurunkan kemungkinan terjadinya komplikasi kembali pada pasien (Yahn GB et al, 2021).

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan melakukan kunjungan ke rumah pasien beserta keluarga sebanyak 3 kali, dimana dilakukan kunjungan pertama pada 24 Oktober 2023. Pada kunjungan keluarga pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihal penyakit yang telah diderita. Dari hasil kunjungan tersebut didapatkan bahwa dari segi

perilaku kesehatan pasien masih mengutamakan kuratif daripada preventif, memiliki gaya hidup yang kurang sehat dan memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit-penyakit yang ia derita (Hancock T & Perkins F, 1985). Dengan menggunakan food recall diketahui pasien memiliki pola makan yang belum sesuai dengan pola makan gizi seimbang. Jumlah kalori sehari yang pasien konsumsi kurang dari anjuran akan tetapi konsumsi lemak pasien termasuk berlebih. Konsumsi lemak berlebih meningkatkan risiko hipertensi terutama pada perempuan usia menengah dan perempuan lansia. Hal ini terjadi dikarenakan konsumsi lemak berlebih menyebabkan terganggunya fungsi endotel pembuluh darah dan meningkatkan aktivitas sistem saraf simpatis, yang mana akan meningkatkan tekanan darah (Wang L et al, 2010).

Diet yang seharusnya diterapkan adalah diet DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension), diet ini merekomendasikan untuk mengkonsumsi sayur-mayur, buah-buahan, dan biji-bijian utuh dan membatasi makanan yang tinggi lemak jenuh seperti daging berlemak, produk susu tinggi lemak, dan minyak tropis seperti minyak sawit dan minyak kelapa. Selain itu pasien juga disarankan untuk membatasi konsumsi natrium sebanyak 2,300 mg per hari, atau sekitar satu sendok teh garam per hari (NIH, 2021). Setelah dilakukan evaluasi mengenai masalah kesehatan pada pasien selanjutnya dilakukan kunjungan rumah kedua yaitu pada tanggal 3 Desember 2023. Intervensi yang diberikan kepada pasien meliputi tatalaksana non farmakologis dan secara farmakologis. Hasil anamnesis pasien keluhan nyeri kepala, kaku leher, dan gelisah saat tidur sudah berkurang, kemudian dilakukan pengukuran tekanan darah dan didapatkan 150/90 mmHg, Nadi 89x/menit, laju napas 20x/menit dan suhu tubuh 36,6C. Setelah dilakukan monitoring keadaan pasien dilanjutkan dengan mengerjakan 10 soal pretes sebelum intervensi. Soal tersebut meliputi informasi mengenai faktor risiko, cara pengendalian, target pengobatan, dan komplikasi hipertensi. Pasien dapat mengejakan 6 soal dengan benar, dimana hal ini menunjukkan pengetahuan pasien masih kurang.

Pasien kemudian diberikan intervensi non-farmakologis dengan edukasi menggunakan media berupa PowerPoint berisikan informasi terkait faktor risiko, cara pengendalian, target pengobatan, dan komplikasi hipertensi. Pasien dijelaskan bahwa selama pengobatan dilakukan secara teratur, pola makan sesuai anjuran, serta rutin kontrol ke puskesmas maka penyakitnya akan terkontrol dan tidak semakin parah sehingga pasien juga dapat terhindar dari komplikasi hipertensi. Pasien juga dijelaskan mengenai diet DASH dan dijelaskan bahwa asupan garam dibatasi sebanyak sekitar 1 sendok teh/hari dimana ini sudah mencakup garam dalam makanan, cemilan maupun minuman (NIH, 2021). Intervensi juga diberikan kepada keluarga pasien. Keluarga pasien diberikan edukasi mengenai penyakit yang diderita pasien meliputi faktor risiko, gejala, penatalaksanaan, pentingnya monitoring, tanda bahaya yang mungkin muncul serta pentingnya dukungan keluarga bagi kepatuhan pengobatan pasien hipertensi. Dukungan keluarga pada pasien hipertensi sangat penting, terdapat perbedaan kontrol tekanan darah yang cukup signifikan antara kelompok pasien yang kurang mendapatkan dukungan dari keluarga dibandingkan dengan pasien yang dukungan keluarganya baik, yaitu sebesar 26,6% dan 48,8%. Dukungan keluarga yang baik dapat meningkatkan kepatuhan berobat pasien, meningkatkan pola hidup sehat pada pasien serta pasien yang mendapatkan dukungan cenderung memiliki tingkat stress yang rendah, sehingga mempengaruhi tekanan darah pada pasien (Ojo OS et al, 2016).

Kunjungan ketiga dilakukan pada 9 Desember 2023. Pada kunjungan ini dilakukan evaluasi mengenai pengetahuan dan perubahan pola makan pasien dan aktivitas fisik pasien. Pada penilaian evaluasi dengan dilakukan post-test didapatkan hasil yang memuaskan yaitu dapat menjawab sepuluh pertanyaan dengan benar. Pada evaluasi perubahan perilaku dinilai

berdasarkan tahapan adopsi perilaku baru menurut Rogers (1974). Menurut Rogers beberapa tahapan dalam pengadopsian perilaku baru oleh seorang individu. Tahapan pertama adalah kesadaran (awareness), pada tahap ini seseorang mulai mendapat paparan/informasi mengenai suatu perilaku, selanjutnya ia akan mulai tertarik akan paparan tersebut (interest) lalu orang tersebut akan mempertimbangkan mengenai perilaku tersebut (evaluation). Setelah ia mengevaluasinya, dia akan mencoba melakukan perilaku baru tersebut (trial). Pada tahap akhir adalah adoption, berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya (Adventus MRL et al, 2019).

Pasien sudah mencapai tahap trial menuju adopsi yaitu pasien mengatakan bahwa ia mulai untuk makan teratur tiga kali sehari dan menjaga membatasi makanan tinggi lemak seperti gorengan. Pasien juga mengatakan bahwa ia mulai melakukan aktivitas ringan yaitu berjalan kaki selama 30 menit di lingkungan rumah dan dilakukan 3 kali seminggu, dan sudah berusaha berjalan kaki ke tujuan yang dekat seperti puskesmas. Keluarga pasien juga mulai saling mengingatkan untuk menjaga asupan makanan, melakukan aktivitas fisik serta proses konsumsi obat. Hal ini dapat disimpulkan bahwa terjadi perubahan perilaku karena meningkatnya perilaku pasien dan keluarga pasien. Asupan gizi pasien sudah mengalami peningkatan meskipun belum sesuai dengan gizi seimbang.

Dilakukan pemeriksaan tekanan darah pada pasien dan didapatkan tekanan darah 145/80. Dari pemeriksaan ini dapat dilihat sudah ada perubahan ke arah lebih baik jika dibanding dengan pemeriksaan sebelum di intervensi. Penyakit yang diderita oleh pasien merupakan penyakit kronis yang statusnya tidak dapat disembuhkan namun dapat dikontrol sehingga pasien diharapkan dapat menjaga kesehatan agar tidak terjadi komplikasi lebih jauh dari penyakit yang dideritanya. Berdasarkan kondisi pasien, prognosis pada pasien ini dalam hal quo ad vitam adalah dubia ad bonam yaitu dilihat dari kondisi pasien yang baik dan belum ada tanda-tanda komplikasi. Quo ad functionam adalah dubia ad bonam karena pasien masih dapat beraktivitas sehari-hari secara mandiri. Quo ad sanationam adalah dubia ad bonam karena pasien masih bisa melakukan fungsi sosial kepada masyarakat sekitar.

## **SIMPULAN**

Pasien Ny. P, 50 tahun memiliki faktor risiko internal berupa riwayat keluarga dengan hipertensi, pengetahuan yang kurang tentang penyakitnya, asupan makanan yang tidak sesuai dengan takaran gizi seimbang, dan stres psikologis serta kualitas tidur yang buruk. Faktor risiko eksternal pada pasien adalah kurangnya pengetahuan keluarga mengenai hipertensi serta pola berobat yang masih kuratif. Telah dilakukan intervensi berupa edukasi dengan media poster dan powerpoint mengenai faktor risiko, cara pengendalian, target terapi, dan komplikasi hipertensi. Setelah dilakukan tatalaksana holistik, terdapat penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik, peningkatan pengetahuan sebanyak 40%, serta perubahan pola perilaku makan sesuai dengan gizi seimbang serta peningkatan aktivitas fisik.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Adventus M. R. L., et al (2019). Buku Ajar Promosi Kesehatan. Universitas Kristen Indonesia: Jakarta.
- Chen, S., et al (2022). Association Between Sleep Quality and Hypertension in Chinese Adults: A Cross-Sectional Analysis in the Tanning Cohort. *Nature and science of sleep*, 14, 2097–2105. <https://doi.org/10.2147/NSS.S388535>

- Hancock, T., & Perkins, F. (1985). The Mandala of Health: A Model of the Human Ecosystem. *Family & community health*, 8, 1-10. [10.1097/00003727-198511000-00002](https://doi.org/10.1097/00003727-198511000-00002).
- Kristina (2022). The Effect of Giving Warm Compress on Neck Pain in Hypertension Elderly at Simundol Puskesmas Regency Northern Padang Lawas. *Science Midwifery*, 10(5): 3759-3766.
- Mills, K. T. et al. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature reviews. Nephrology*, 16(4), 223–237. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet (London, England)*, 398(10304), 957–980. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1)
- NIH (2021). DASH Eating Plan. <https://www.nhlbi.nih.gov/education/dash-eating-plan>
- Odaka, C., & Mizuochi, T. (2000). Angiotensin-converting enzyme inhibitor captopril prevents activation-induced apoptosis by interfering with T cell activation signals. *Clinical and experimental immunology*, 121(3), 515–522. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2249.2000.01323.x>
- Ojo, O. S., et al (2016). Blood pressure (BP) control and perceived family support in patients with essential hypertension seen at a primary care clinic in Western Nigeria. *Journal of family medicine and primary care*, 5(3), 569–575. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.197284>
- Page M. R. (2014). The JNC 8 hypertension guidelines: an in-depth guide. *The American journal of managed care*, 20(1 Spec No.), E8.
- Price S. A., & Wilson L.M. (2006) *Patofisiologi: Konsep klinis proses proses penyakit*. Edisi 6. volume 1. Jakarta: EGC.
- RISKESDAS (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. Kementrian Kesehat Republik Indonesia. 2018.
- Roth, G.A., et al (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1736–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)
- Wang, L., et al (2010). Dietary fatty acids and the risk of hypertension in middle-aged and older women. *Hypertension (Dallas, Tex.: 1979)*, 56(4), 598–604. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.110.154187>
- WHO (2023). Hypertension: Key Facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Yahn, G. B., et al (2021). Role of vitamin B12 deficiency in ischemic stroke risk and outcome. *Neural regeneration research*, 16(3), 470–474. <https://doi.org/10.4103/1673-5374.291381>.