



**PENATALAKSANAAN HIPERKOLESTEROLEMIA, HIPERURECEMIA DAN HIPERTENSI PADA LANSIA USIA 69 TAHUN DENGAN PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA**

**Fika Nurhardita\*, Winda Trijayanthi Utama**

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No.1, Bandar Lampung, Lampung 35141, Indonesia

\*[fikanurhardita23@gmail.com](mailto:fikanurhardita23@gmail.com)

**ABSTRAK**

Faktor usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, gaya hidup tidak sehat, dan kurangnya aktivitas fisik berkontribusi pada peningkatan penyakit seperti hiperkolesterolemia, hiperurecemia, dan hipertensi. WHO melaporkan bahwa 15-20% penduduk dunia mengalami hipertensi. Data Riskesdas menunjukkan prevalensi hiperurecemia pada perempuan 8,46% dan laki-laki 6,13%. Studi ini menerapkan prinsip pelayanan kedokteran keluarga dan melakukan penatalaksanaan secara holistik berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan patient-centered, family focused, dan community oriented berbasis Evidence Based Medicine. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Pada kasus ini telah dilakukan diagnosis dan tata laksana holistik sesuai dengan teori dan jurnal terkait serta dilakukan intervensi dengan menggunakan media poster. Pada evaluasi didapatkan pemahaman yang lebih baik terkait penyakit yang diderita serta perubahan perilaku yang berdampak pada keberhasilan terapi. Penilaian pemahaman dilakukan dengan menggunakan Post-test dan didapatkan hasil peningkatan pengetahuan sebesar 40 poin. Penatalaksanaan secara holistic dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku pasien dan keluarga dalam mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup.

Kata kunci: hiperkolesterolemia; hiperurecemia; hipertensi; pelayanan kedokteran keluarga

**HOLISTIC MANAGEMENT OF 69 YEARS OLD WOMEN WITH HYPERTENSION, HYPERURECEMIA AND HYPERCHOLESTEROLEMIA THROUGH FAMILY MEDICINE APPROACH**

**ABSTRACT**

*Factors such as age, gender, family history, unhealthy lifestyle, and lack of physical activity contribute to the increased in diseases such as hypercholesterolemia, hyperuricemia, and hypertension. WHO reports that approximately 15-20% of the global population. Data from Riskesdas shows the prevalence of hyperuricemia in women at 8.46% and 6.13% in men. This study applies the principles of family medicine services to patients and carry out holistic management based on the patient problem found with patient-centered approach, family focused, and community oriented based on Evidence Based Medicine. This study is a case report with Primary data obtained through history taking, physical examination and home visits to complete family, psychosocial and environmental data. Secondary data was obtained from the patient's medical record. The assessment is based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study qualitatively and quantitatively. In this case, a holistic diagnosis and management have been carried out in accordance with the theory and related journals. While the intervention using a media called poster. In the evaluation, a better understanding was obtained regarding the disease suffered and behavioral changes that have an impact on the success of therapy. Assessment of understanding was carried out using a Post-test and the results obtained an increase in knowledge of 40 points. Holistic management can improve knowledge, attitudes, behavior of patient and families in preventing*

*complications and improving quality of life*

*Keywords: hypercholesterolemia; hyperurecemia; hypertensiom; medical approach family*

## **PENDAHULUAN**

Hiperkolesterol merupakan kelainan lipid dalam darah. Hal ini dapat disebabkan dari beberapa faktor yakni usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, gaya hidup tidak sehat, dan kurangnya aktivitas fisik, seperti konsumsi alkohol, merokok, makanan berkolesterol berlebihan, dan gaya hidup kurang gerak telah dikaitkan dengan peningkatan risiko kardiovaskular dan berdampak langsung atau tidak langsung terhadap hiperkolesterolemia (Adiputra IM, Trisnadewi NW dan Okaviani NP, dkk, 2023). Penduduk Indonesia memiliki proporsi kadar kolesterol total dengan kategori borderline (200-239mg/dL) dan tinggi ( $\geq$  240mg/dL) berdasarkan jenis kelamin dengan presentase wanita sebesar 24% dan 9,9%; pria sebesar 18,3% dan 5,4%. Proporsi penduduk Indonesia yang mengalami obesitas berdasarkan jenis kelamin sebesar 12,1% pada pria dan 15,1% pada wanita. Proporsi penduduk dengan aktivitas fisik kurang berdasarkan jenis kelamin sebesar 36,4% pada pria dan 30,7% pada wanita (Putri SS dan Larasati TA, 2020).

Hiperurisemia adalah kondisi saat kadar asam urat serum  $>7,0$ mg/dl pada pria dan  $>6$ mg/dl pada wanita. Hiperurisemia dapat terjadi akibat kelebihan asam urat, kekurangan ekskresi asam urat atau kombinasi keduanya. Keseimbangan antara produksi asam urat dan ekskresinya di ginjal menentukan kadar asam urat serum (George C, Leslie SW, Minter DA, 2025). Prevalensi hiperurecemia berkisar 1–4% di seluruh dunia. Di Indonesia, prevalensi hiperurecemia dilaporkan bahwa pada perempuan lebih besar dibandingkan dengan laki-laki. Prevalensi perempuan sebesar 8,46% dan laki-laki sebesar 6,13% (Singh JA dan Gaffo A, 2020). Pada tahun 2018, prevalensi penyakit sendi di Provinsi Lampung sebesar 7,6% dan berada pada urutan ke 12 di Indonesia. Berdasarkan Profil Kesehatan Kota Bandar Lampung tahun 2018, prevalensi penyakit artritis gout sebesar 5,07% dengan jumlah 2.773 kasus (Zahra SD, 2022)

Hipertensi merupakan salah satu masalah yang terjadi pada populasi dengan angka kesakitan terbesar di dunia. Berdasarkan data World Health Organization (WHO, 2023) diperkirakan sekitar 15-20% penduduk dunia menderita hipertensi. Diperkirakan 1,28 miliar orang dewasa berusia 30-79 tahun menderita hipertensi di seluruh dunia dan mayoritas (dua pertiga) tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Kasus kejadian hiperkolesterolemia, hiperurecemia dan hipertensi ini berhubungan dengan faktor resiko akibat adanya 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. Diet rendah lemak dan makan makanan mengandung serat sangat dianjurkan untuk penderita kadar kolesterol tinggi (Permatasari O dan Muhlishoh A, 2020).

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, hiperuricemia dan hipertensi yang memerlukan perawatan multidisiplin dan berkelanjutan untuk mencegah komplikasi jangka panjang dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Utami ER dan Zuraida R, 2020). Penatalaksanaan secara holistik bertujuan untuk mengidentifikasi masalah klinis pada pasien dan masalah fungsi keluarga, melakukan intervensi, serta evaluasi hasil intervensi. Intervensi ini diharapkan dapat menyelesaikan masalah klinis pada pasien dan

keluarga, mengubah perilaku kesehatan keluarga dan partisipasi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dengan cara meningkatkan pengetahuan dan perilaku.

## **METODE**

Analisis studi ini adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui autoanamnesis dan alloanamnesis, pemeriksaan fisik pasien Ny.P berusia 69 tahun dan kunjungan rumah, untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Data sekunder didapat dengan melihat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik atau diagnosis secara menyeluruh dengan mengintegrasikan faktor biologis, psikososial, budaya dan spiritual dari awal, proses hingga akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan soal Post-test setelah diberi intervensi dengan menggunakan poster

## **HASIL**

### **Anamnesis**

Pasien datang dengan keluhan nyeri kepala disertai tengkuk terasa berat sejak 2 hari lalu. Nyeri kepala dirasakan di bagian seluruh kepala menjalar hingga ke bagian tengkuk sehingga leher terasa pegal. Nyeri kepala tidak berkurang saat istirahat. Tidak ada keluhan penglihatan ganda, maupun kilatan cahaya. Keluhan seperti ini sudah pernah dirasakan sebelumnya namun keluhan hilang timbul. Pasien juga mengeluhkan rasa nyeri pada kedua sendi lutut dan jari-jarinya, nyeri timbul mendadak, dirasa lebih nyeri saat beraktifitas dan membaik dengan istirahat. Keluhan nyeri dapat muncul sepanjang hari dan dirasa hilang timbul. Keluhan nyeri pada persendian >1 jam pada pagi hari disangkal. Adanya bengkak, rasa panas dan kemerahan saat nyeri timbul disangkal, tidak ada benjolan diantara sendi. Pasien pernah mencoba berobat ke puskesmas sehingga pasien diberikan pengobatan hiperkolesterolemia karena kadar kolesterol dalam darahnya tinggi sejak 3 bulan yang lalu. Pasien memiliki riwayat penyakit darah tinggi namun tidak rutin minum obat. Riwayat kencing manis sebelumnya disangkal. Pasien mengatakan selama ini jika sakit, pasien berobat ke puskesmas yang berjarak kurang lebih dari 1 kilometer dari rumahnya. Pasien dan keluarganya memiliki asuransi kesehatan. Pasien biasanya datang diantar oleh suaminya.

Pasien masih bisa beraktivitas dengan skala aktivitas ringan seperti merapikan tempat tidur, memasak dan mencuci piring atau sekedar menonton tv. Jika pasien jenuh, pasien biasanya pergi ke rumah tetangga sekitarnya dengan berjalan kaki. Pasien gemar mengkonsumsi makanan yang diolah dengan cara digoreng dan dibumbui dengan santan. Pasien juga sangat menyukai makanan berupa cumi dan udang. Pasien jarang berolahraga. Kebiasaan merokok, minum minuman alkohol, dan mengonsumsi narkoba disangkal. Pasien saat ini tinggal bersama suami dan 1 anaknya.

### **Pemeriksaan Fisik**

Keadaan umum: tampak sakit ringan; kesadaran: compos mentis; tekanan darah 165/95 mmHg; frekuensi nadi: 94 x/menit; frekuensi napas: 18 x/menit; suhu: 36,6°C; berat badan: 56 kg; tinggi badan: 158 cm, Lp = 82 cm, IMT: 22,4 ; status gizi: normal.

### **Status Generalis**

Rambut, mata, telinga, hidung dan tenggorokan kesan dalam batas normal. Paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak terdengar adanya ronkhi dan wheezing di kedua lapang paru, kesan dalam batas normal. Batas jantung tidak melebar, kesan pemeriksaan jantung dalam batas normal. Abdomen datar, BU (+) 6 kali permenit, nyeri tekan (-). Status neurologis dalam batas normal.

## Status Lokalis

### Leher

I : simetris, hiperemis (-), benjolan (-)

P : Nyeri tekan (-), massa (-)

KGB : tidak terdapat pembesaran

### Thorax

### Jantung

I: ictus kordis tidak tampak

P: ictus cordis teraba pada SIC 5

P: batas jantung kanan SIC 4 sternalis dekstra, batas jantung kiri SIC 4, 2 jari medial linea midclavicular sinistra

A: BJ I/II reguler

### Paru

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

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

P: sonor +/+

A: rhonki (-), wheezing (-).

## Pemeriksaan Laboratorium

Kolestrol: 250 mg/dl

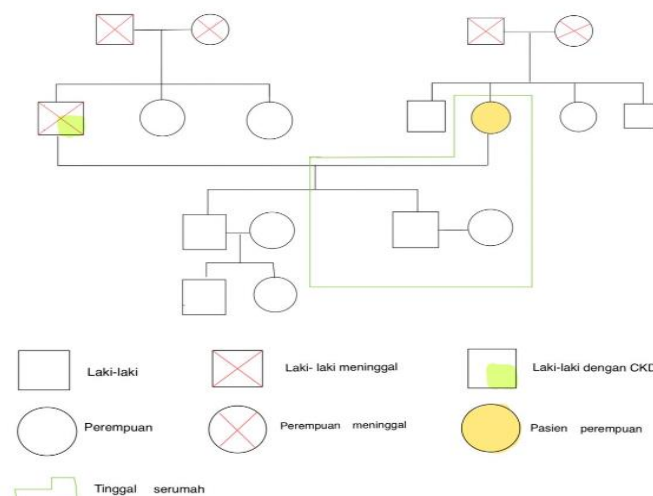
Asam Urat : 7,2 mg/dl

## Data Keluarga

Pasien merupakan anak kedua dari 4 bersaudara, ayah dan ibu pasien saat ini sudah meninggal dunia, tiga saudara pasien tinggal terpisah dengan pasien, ada yang tinggal satu kampung dan ada yang tinggal diluar kota. Suami pasien sudah meninggal karena gagal ginjal dengan riwayat penyakit hipertensi. Pasien memiliki dua orang anak, anak pertama dan kedua sudah menikah. Pasien memiliki dua orang cucu dari anak pertama. Saat ini pasien tinggal bersama anak kedua dan menantunya.

## Genogram

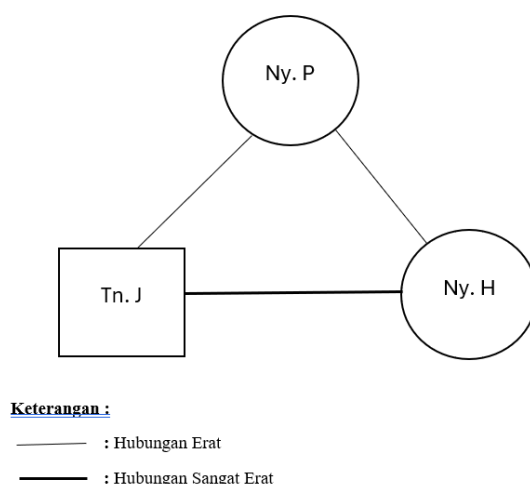
Genogram keluarga Ny.P dapat dilihat pada Gambar 1.



Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti. Menurut siklus Duvall, siklus keluarga ini berada pada tahap VIII (tahap keluarga dalam masa pensiun dan lansia). Pemecahan masalah di keluarga melalui diskusi. Keputusan di keluarga ditentukan oleh anak laki-lakinya sebagai

kepala keluarga. Pendapatan keluarga berasal dari hasil sewa toko sebesar Rp.6.000.000 per tahun dan hasil kerja anak terakhirnya yang kira-kira sebulan bisa menghasilkan pendapatan sebesar ±2.000.000 yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan BPJS. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya yang sakit ke layanan kesehatan. Keluarga pasien berobat ke Puskesmas Rawat Inap Gedong Air yang berjarak kurang lebih 1 km dari rumah.

### Family Map



Gambar 2. *Family Map* keluarga Ny. P

### Family APGAR Score

Perhitungan jumlah skor kuesioner *Family APGAR Score* dilakukan dengan mewawancara Ny.P untuk menilai fungsi keluarga Ny.P

Tabel 1.  
*Family APGAR Score*

APGAR	Skor
<i>Adaptation</i> Saya dapat selalu meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	1
<i>Partnership</i> Saya merasa puas dengan keluarga saya yang membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi mengenai masalah mereka pada saya	1
<i>Growth</i> Ada kalanya saya kurang merasa puas dengan keluarga saya ketika mereka tidak dapat menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan suatu hal yang baru	1
<i>Affection</i> Saya merasa cukup puas dengan cara keluarga saya menunjukkan kasih sayang dan cara mereka dalam merespon emosi yang saya rasakan	1
<i>Resolve</i> Saya merasa puas dengan cara keluarga saya menghabiskan waktu sersama dengan saya	1

Dari tabel di atas dapat diketahui *jumlah Family APGAR Score* dari keluarga Ny.P adalah Delapan (5) (termasuk kategori jumlah skor 4-7: Disfungsional Sedang) sehingga dapat dikatakan terdapat gangguan pada fungsi keluarga Ny.P.

### Family SCREEM Analysis

Selain dengan *Family APGAR Score*, penilaian fungsi keluarga Ny.P juga dilakukan dengan *Family SCREEM Analysis* yang hasilnya ditampilkan pada Tabel 2

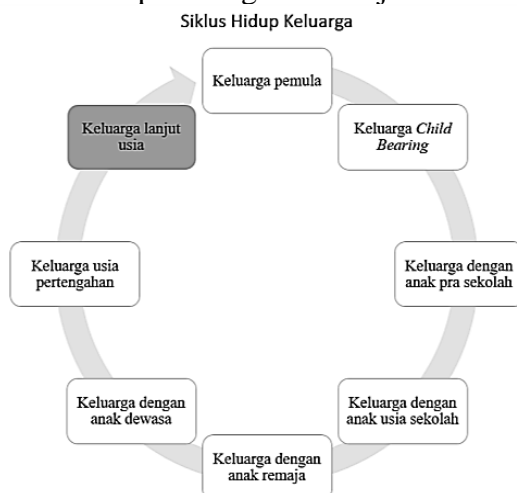
Tabel 2.  
*Family SCREEM*

Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	SS	S	TS	STS	Score
S1 Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami			√		1
S2 Teman teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami			√		1
C1 Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami			√		1
C2 Budaya menolong, peduli dan perhatian dalam komunitas kita sangat membantu keluarga kita			√		1
R1 Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami			√		1
R2 Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami			√		1
E1 Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami			√		1
E2 Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami			√		1
E'1 Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit				√	0
E'2 Pengetahuan dan pendidikan kita cukup bagi kita untuk merawat penyakit anggota keluarga				√	0
M1 Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami		√			2
M2 Dokter, perawat dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami		√			2
Total				12	

Berdasarkan hasil skoring SCREEM didapatkan hasil akhir skor total 24, sehingga dapat disimpulkan fungsi keluarga Ny.P adalah *inadequate family resource* (Nilai normal 7-12).

### ***Family Lifecycle***

Siklus hidup keluarga Ny.P dapat dilihat pada Gambar 3. Dapat dilihat bahwa keluarga Ny. P berada dalam tahap keluarga usia lanjut.



Gambar 3. Siklus Hidup Keluarga Ny. P

### Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah permanen miliknya, rumah pasien berukuran 72 m<sup>2</sup>. Terdapat tiga kamar tidur, satu ruang tamu, satu ruang keluarga, satu dapur dan satu toilet dengan WC jongkok berada di dalam rumah. Dinding tembok, lantai keramik. Dapur berada didalam rumah. Ventilasi terkesan cukup dimana jendela terdapat di hampir semua ruangan dengan pertukaran udara yang baik. Jendela berupa kaca tembus pandang yang sering dibuka. Pada saat kunjungan didapatkan kebersihan rumah cukup. Keadaan rumah secara keseluruhan tampak rapi. Fasilitas dapur menggunakan kompor gas, air minum diperoleh dari air isi ulang, sumber air diperoleh dari air sumur timba dengan mesin air dan saluran air tinja dialirkan ke septik tank. Jarak sumur ke septik tank sekitar 7 m.



Gambar 4. Denah Rumah Ny. P

### Diagnostik Holistik Awal

#### 1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Keluhan nyeri kepala disertai tengkuk terasa berat sehingga leher terasa pegal dan juga rasa nyeri pada kedua sendi lutut dan jari-jarinya.
- Kekhawatiran: Keluhan pasien bertambah parah, ada riwayat tekanan darah tinggi.
- Persepsi: Kepala dan tengkuk terasa berat disertai pusing dan mengganggu pasien dalam menjalani aktivitas sehari-harinya. Pasien berpikir bahwa keluhan yang dialaminya karena tekanan darah tinggi.
- Harapan: Keluhan berkurang dan dapat bebas dari rasa sakit sehingga dapat kembali beraktivitas dengan nyaman.

#### 2. Aspek Klinik

Hiperkolesterol + Hiperurecemia + Hipertensi (ICD X: E78, ICD X: E79, ICD X: I10)

#### 3. Aspek Risiko Internal

- Status gizi dengan IMT 22,4 termasuk dalam berat badan normal.
- Pola pengobatan yang kuratif
- Jarang berolah raga dan aktivitas fisik tergolong ringan.
- Pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita.
- Pola diet dan kebiasaan makan tidak sesuai.

#### **4. Aspek Risiko Eksternal**

- Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit, faktor risiko, dan komplikasi dari penyakit yang diderita pasien.
- Kurangnya pengawasan dan dukungan keluarga terhadap pola makan serta aktivitas fisik pasien.

#### **5. Derajat Fungsional**

Derajat fungsional 2 yaitu mampu melakukan perawatan diri dan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam maupun di luar rumah

#### **6. Aspek Spiritual**

- Pasien merasakan adanya penyesalan dan ketidakterimaan akan penyakit yang dideritanya. Pasien juga tidak enggan memberitahu keluarga terkait penyakitnya.
- Pasien merasakan adanya hambatan dalam melakukan kegiatan beribadah akibat penyakit yang dideritanya.

#### **Rencana Intervensi**

Intervensi yang diberikan berupa medikamentosa dan non medikamentosa terkait penyakit yang diderita pasien. Intervensi medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan dan mencegah komplikasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi non medikamentosa berupa edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai faktor risiko penyakit, pola makan pasien, dan aktivitas fisik. Pada pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien dan mengisi *family folder*. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi terhadap pasien dan keluarganya. Kunjungan ketiga untuk melakukan evaluasi dari intervensi yang sudah dilakukan.

#### ***Patient Centered***

##### **Farmakologi**

1. Simvastatin tablet 10 mg, 1 x 1 perhari, setelah makan malam.
2. Vitamin B6 tablet, 1 x 1 tab perhari (untuk membantu metabolisme tubuh).
3. Allopurinol 100mg , 1 x 1 perhari, setelah makan
4. Amlodipine 10 mg, 1 x 1 perhari, rutin setiap malam.

##### **Non- Farmakologi**

1. Edukasi dan motivasi kepada pasien mengenai selalu mengontrol penyakitnya di Puskesmas 1 bulan sekali walaupun tidak ada gejala.
2. Edukasi dan memberikan informasi kepada pasien mengenai penyulit dari penyakit hiperkolesterolemia, hiperurecemia dan hipertensi.
3. Menjelaskan kepada pasien tentang pengaturan pola makan dan aktivitas fisik.
4. Menjelaskan kepada pasien perlunya pengendalian dan pemantauan penyakit secara berkelanjutan.
5. Edukasi kepada pasien mengenai tanda dan gejala komplikasi dari hiperkolesterolemia, hiperurecemia dan hipertensi.

##### ***Family Focus***

1. Memberikan edukasi dan informasi menggunakan media poster kepada keluarga mengenai penyakit hiperkolesterolemia, hiperurecemia dan hipertensi.
2. Memberikan edukasi dan informasi kepada keluarga pasien untuk membantu meningkatkan dan memelihara kepatuhan minum obat dan menjaga pola makan dengan memakan makanan rendah lemak, rendah kalori dan tinggi serat.
3. Memberikan edukasi dan informasi kepada keluarga pasien mengenai hiperkolesterolemia, hiperurecemia dan hipertensi. Serta komplikasi jangka panjang



- tentang penyakit yang diderita pasien
4. Menjelaskan kepada keluarga perlunya memberikan dukungan baik secara moril maupun material, serta emosional kepada pasien terkait dengan penyakit yang diderita pasien.

### ***Community Oriented***

1. Memberikan informasi dan motivasi secara langsung kepada pasien dan keluarga agar pasien dapat meningkatkan aktivitas fisik melalui kegiatan olahraga senam di puskesmas
2. Memberikan penjelasan dan motivasi kepada pasien untuk mengikuti serta mengontrol penyakitnya pada kegiatan Pos Binaan Terpadu (Posbindu)

### **Diagnosis Holistik Akhir**

#### **1. Aspek Personal**

- Alasan kedatangan: Keluhan nyeri kepala disertai tenguk terasa berat sehingga leher terasa pegal sudah berkurang dan rasa nyeri pada persendian yang hilang timbul.
- Kekhawatiran: Kekhawatiran berkurang dengan meningkatnya pengetahuan pasien tentang sakit yang diderita.
- Persepsi: Pasien telah mengetahui tentang penyakit yang ia derita yaitu hiperkolesterolemia, hiperurecemia dan hipertensi di mana penyembuhannya harus dengan memperhatikan pola hidup dan kebiasaan makan makanan yang kurang baik untuk keadaan tubuhnya, serta mengikuti pengobatan dengan teratur dengan selalu rutin kontrol.
- Harapan: Pasien tidak merasakan keluhannya lagi dan sembuh.

#### **2. Aspek Klinis**

Hiperkolesterol + Hiperurecemia + Hipertensi (ICD X: E78, ICD X: E79, ICD X: I10)

#### **3. Aspek Risiko Internal**

- Memiliki keinginan untuk mencegah terjadinya penyakit daripada mengobati.
- Meningkatnya pengetahuan mengenai pentingnya perubahan pola hidup dan terapi gizi terhadap penyakit hiperkolesterol-lemia, hiperurecemia dan hipertensi.

#### **4. Aspek Risiko Eksternal**

- Pasien dan keluarga mulai memahami tentang definisi, faktor resiko, gejala dan pengobatan yang terkait penyakitnya.
- Risiko keparahan dan tidak terkontrol kadar kolesterol, asam urat serta tekanan darah berkurang karena keluarga sudah mulai paham mengenai pencegahan dan pola hidup yang sesuai dengan kondisi pasien.

#### **5. Derajat Fungsional**

Derajat fungsional 2 yaitu mampu melakukan perawatan diri dan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam maupun di luar rumah, namun mulai mengurangi aktivitas jika dibandingkan saat sebelum sakit.

#### **6. Aspek Spiritual**

- Pasien sudah tidak menyesali penyakitnya, pasien menyadari bahwa penyakit ini merupakan pemberian dari sang maha pencipta sehingga harus menerima secara lapang dada. Pasien juga sudah memberitahu anggota keluarganya terkait penyakit yang diderita.
- Pasien sudah tidak merasakan hambatan dalam melakukan kegiatan beribadah.

### **PEMBAHASAN**

Studi kasus dilakukan pada pasien perempuan berusia 69 tahun yang terdiagnosa hiperkolesterolemia, hiperurecemia dan dengan hipertensi. Penyakit pada pasien merupakan penyakit kronis yang tidak bisa sembuh namun dapat dikontrol dengan tujuan agar terhindar

dari berbagai komplikasi. Penyakit ini merupakan penyakit yang bergantung pada gaya hidup maka perlu dilakukan pembinaan terhadap keluarga supaya keluarga dapat membantu dalam pengelolaan penyakit pasien (Permatasari O dan Muhlishoh A, 2020). Pasien datang ke Puskesmas Rawat Inap Gedong air pada untuk memeriksa kesehatannya karena pasien merasa ada keluhan nyeri kepala disertai tengkuk terasa berat sejak 2 hari yang lalu. Pasien juga mengatakan keluhannya menjalar sehingga leher terasa pegal. Nyeri kepala tidak bertambah berat dan berkurang saat istirahat. Pasien juga mengeluhkan rasa nyeri pada kedua sendi lutut dan jari-jarinya, nyeri timbul mendadak, dirasa lebih nyeri saat beraktifitas dan membaik dengan istirahat. Keluhan nyeri dapat muncul sepanjang hari dan dirasa hilang timbul. Keluhan nyeri pada persendian >1 jam pada pagi hari disangkal. Keluhan adanya bengkak, rasa panas dan kemerahan saat nyeri timbul disangkal, tidak ada benjolan diantara sendi.

Pasien sudah pernah mencoba berobat pada 3 bulan yang lalu ke puskesmas dan pasien diberikan obat anti hiperkolesterolemia. Pasien datang ke Puskesmas karena mengira keluhan yang terjadi akibat tekanan darah yang tinggi dan saat ini pasien sudah kehabisan obat antihipertensi. Pasien memiliki riwayat penyakit darah tinggi sejak 5 tahun yang lalu namun tidak rutin minum obat. Pasien memiliki kebiasaan makan 3 kali sehari dengan makanan yang cukup bervariasi. Pasien dalam sekali makan mengambil nasi sebanyak 1 centong, lauk pauk dan sedikit sayuran. Pasien juga sangat menyukai makanan berupa cumi dan udang. Pasien juga lebih suka memakan telur bebek daripada telur ayam. Pasien juga sering mengonsumsi tempe dan tahu. Makanan yang dimakan kebanyakan diolah dengan cara digoreng dan dibumbui dengan santan. Pasien masih bisa beraktivitas dengan skala aktivitas ringan seperti merapikan tempat tidur, memasak dan mencuci piring atau sekedar menonton tv. Pasien jarang melakukan aktivitas olahraga. Kebiasaan merokok, minum minuman alkohol, dan mengonsumsi narkoba disangkal. Keadaan umum: tampak sakit ringan; kesadaran: compos mentis; tekanan darah 165/95 mmHg; frekuensi nadi: 94 x/menit; frekuensi napas: 18 x/menit; suhu: 36,6°C; berat badan: 56 kg; tinggi badan: 158 cm, Lp = 82 cm, IMT: 22,4 ; status gizi: normal. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan kadar kolesterol darah 250 mg/dL dan Asam Urat 7,2 mg/dL.

Pertemuan dilakukan tiga kali yang sebelumnya sudah dilakukan informed consent di Puskesmas dan mendapat persetujuan untuk melakukan pembinaan keluarga beserta maksud dan tujuannya. Pertemuan pertama dilakukan anamnesis secara holistik dan pemeriksaan fisik. Pada pertemuan kedua dilakukan intervensi secara tatap muka dengan menggunakan poster untuk menjelaskan kepada pasien terkait penyakitnya dan menjelaskan terkait pola diet pasien dan kunjungan ketiga dilakukan evaluasi. Pada anamnesis juga pasien mengeluhkan adanya nyeri kepala yang menjalar sampai ke tengkuk dan pada pemeriksaan laboratorium didapatkan kenaikan pada kadar kolesterol yaitu 250 mg/dL, di mana hal ini dapat menunjang untuk pasien terdiagnosis hiperkolesterolemia. Berdasarkan target kolesterol yang diinginkan adalah <200 mg/dL (Pappan N, Awosika AO, Rehman A, 2024). Tatalaksana yang diberikan berupa medikamentosa dan non medikamentosa terkait penyakit yang diderita pasien. Tatalaksana medikamentosa memberikan obat simvastatin 1x10 mg dan vitamin B6 1x1 tablet. Tujuan pemberian simvastatin adalah menurunkan jumlah kolesterol dengan cara menurunkan intesis kolesterol di hati. 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. Statin merupakan obat yang cocok untuk pasien dengan masalah hiperkolesterolemia yang lama dan sulit dikontrol. Efek samping dari obat ini adalah miopati 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 ini (Talreja O, Kerndt CC, Cassagnol M, 2023).

Diagnosis hiperurisemia pada pasien ditegakkan atas dasar anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang. Didapatkan pasien mengeluhkan nyeri pada kedua lutut dan jari-jarinya, tetapi pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan adanya tanda-tanda peradangan pada persendian pasien, hal ini mungkin terjadi karena serangan awal dari komplikasi hiperurisemia berupa arthritis akut cenderung mereda secara spontan dalam 3-10 hari dengan durasi dan interval kekambuhan yang berbeda pada setiap pasien, hal ini sesuai karena pada anamnesis pasien mengatakan keluhan pertama kali muncul 1 bulan lalu Saat dilakukan pemeriksaan kadar asam urat serum di dapatkan 6,4mg/dl. Risiko komplikasi arthritis gout atau urolitiasis oleh deposit kristal Monosodium Urat (MSU) meningkat sejalan dengan peningkatan kadar asam urat serum (George C, Leslie SW, Minter DA, 2025).

Setelah menentukan diagnosis holistik awal pada pasien, dibuatlah rencana intervensi meliputi tatalaksana farmakologi dan non farmakologi yang sesuai dengan hasil kunjungan pertama. Tatalaksana farmakologi yang diberikan berupa agen penurun asam urat Allupurinol 1x100mg diberikan selama 1 minggu. Pengobatan ini dipilih karena pasien sedang tidak dalam fase akut, pemberian allupurinol sesuai pedoman dimulai dari dosis terendah 100mg kemudian dapat dinaikan bertahap dengan dosis maksimal 800mg/hari bila kadar asam urat serum tidak turun. Pasien juga diberikan analgetik ibuprofen 3x400mg diminum saat nyeri sebagai AINS (antiinflamasi non steroid) obat dipilih untuk meminimalkan efek samping obat pada lambung dan pada pasien dengan hipertensi. Kolkisin tidak menjadi pilihan karena obat tidak tersedia di puskesmas dan tergolong mahal. Prinsip penatalaksanaan komprehensif hiperurisemia meliputi: (1). Mengatasi serangan akut segera dengan obat analgetik, kolkisin, kortikosteroid; (2). Mencegah serangan berulang dengan obat analgetik dan kolkisin dosis rendah; (3). Mengelola hiperurisemia dengan obat penurun asam urat (allupurinol) dan modifikasi gaya hidup ((minum cukup 8-10 gelas/hari), menjaga berat badan ideal, pola diet sehat rendah purin) (Winder M, Owczarek AJ, Mossakowska M, dkk, 2021).

Individu dengan hiperurisemia, terutama mereka yang memiliki kadar asam urat serum yang lebih tinggi, berisiko mengalami arthritis gout. Namun, sebagian besar penderita hiperurisemia tidak pernah mengalami gout, dan pengobatan profilaksis tidak diindikasikan. Selain itu, baik kerusakan ginjal struktural maupun tofi tidak dapat diidentifikasi sebelum serangan pertama. Karena pengobatan dengan agen antihiperurisemia spesifik membuat pasien minum >1 obat, biaya lebih jika pasien membeli obat sendiri, dan potensi toksisitas, pengobatan rutin hiperurisemia asimtomatik tidak dapat dibenarkan selain untuk pencegahan nefropati asam urat akut. Selain itu, skrining rutin untuk hiperurisemia asimptomatik tidak dianjurkan. Namun, jika hiperurisemia didiagnosis, penyebabnya harus ditentukan. Faktor penyebab harus diperbaiki jika kondisinya sekunder, dan masalah terkait seperti hipertensi, hiperkolesterolemia, diabetes melitus, dan obesitas harus diobati (George C, Leslie SW, Minter DA, 2025). Sehingga pada pasien obat penurun asam urat hanya diberikan untuk satu minggu dan rencana intervensi lebih ditekankan pada edukasi pada pasien dan keluarga, modifikasi gaya hidup melalui media mengenai penyakit pasien (Gill I, Dalbeth N, Ofanoa M, dkk, 2020)

Berdasarkan anamnesis pasien memiliki riwayat hipertensi dan pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil tekanan darah saat pemeriksaan di puskesmas yaitu 165/95 mmHg. Adanya riwayat keluarga yang menderita hipertensi meningkatkan risiko hipertensi. Pasien juga mengatakan bahwa tidak pernah mengatur pola makannya. Diagnosis hipertensi dapat

ditegakkan apabila tekanan darah sistolik (TDS)  $\geq 140$  mmHg dan atau tekanan darah diastolic (TDD)  $\geq 90$  mmHg pada pengukuran di klinik ataupun di fasilitas layanan kesehatan (Iqbal AM, Jamal SF, 2025). Menurut Joint National Committee VIII (JNC VIII) diagnosis stage I jika didapatkan Systolic Blood Pressure (SBP) 140-159 mmHg atau Diastolic Blood Pressure (DBP) 90-99 mmHg, stage II didapatkan jika SBP  $\geq 160$  mmHg dan DBP  $\geq 100$  mmHg. Berdasarkan klasifikasi JNC VIII tersebut, pasien ini dikategorikan hipertensi stage II sehingga harus mengkonsumsi obat antihipertensi untuk menurunkan tekanan darahnya. Hal ini juga dapat menghambat terjadinya komplikasi yang lebih buruk (Nurpratiwi, Hatmalyakin D, Safitri D, dkk, 2024).

Pola makan pada Ny. P juga masih beberapa belum sesuai dengan anjuran dokter seperti cenderung makan makanan yang tinggi garam, tinggi lemak dan tidak memperhitungkan jumlah kalori yang dibutuhkan untuk tubuh pasien. Pasien dengan pola makan tinggi garam dan tinggi lemak disertai dengan kurangnya aktivitas fisik memiliki resiko lebih besar menderita hipertensi sebanyak 6,1 kali (Dewi GAD, Damayanti E, Prasetya DNA, dkk, 2023). Pengobatan hipertensi pada pasien ini diberikan golongan calcium canal bloker (CCB) yaitu amlodipine 10 mg 1 kali sehari. Berdasarkan rekomendasi dari JNC VII penatalaksanaan pada populasi umum berusia  $\geq 60$  tahun, terapi farmakologis untuk menurunkan tekanan darah sistolik  $\geq 150$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg dengan target sistolik  $<150$  mmHg dan target diastolik  $<90$  mmHg. Pada populasi umum berusia  $\leq 60$  tahun jika terapi farmakologis hipertensi menghasilkan tekanan darah sistolik lebih rendah (misalnya  $< 140$  mmHg) dan ditoleransi baik tanpa ada efek samping kesehatan dan kualitas hidup, dosis tidak perlu disesuaikan. Pada populasi kulit hitam umum, termasuk mereka dengan diabetes, terapi antihipertensi awal sebaiknya mencakup diuretic tipe thiazide atau CCB (Wasilah T, Dewi R, Sutrisno D, 2022).

Adapun tatalaksana non medikamentosa dengan tatalaksana patient-centered meliputi edukasi dan motivasi kepada pasien mengenai pentingnya kontrol teratur walaupun tidak ada gejala, edukasi dan memberikan informasi terkait definisi, tanda dan gejala, faktor risiko dan pencegahan dari penyakitnya kali (Dewi GAD, Damayanti E, Prasetya DNA, dkk, 2023). Adapun edukasi terkait pola makan untuk pasien, disarankan adopsi pola makan DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) dapat menurunkan tekanan darah sistolik 8-14 mmHg. Lebih banyak makan buah, sayur-sayuran dan produk susu rendah lemak dengan kandungan lemak jenuh dan total lebih sedikit, kaya potassium dan calcium. Restriksi garam harian dapat menurunkan tekanan darah sistolik 2-8 mmHg. Konsumsi sodium chloride  $\leq 6$  g/hari (100 mmol sodium/hari). Merekomendasikan makanan rendah garam sebagai bagian pola makan sehat. Aktivitas fisik disarankan meliputi latihan yang mencakup setidaknya 30 menit aktivitas fisik dengan intensitas sedang yang dilakukan setiap hari pada 1 minggu kali (Dewi GAD, Damayanti E, Prasetya DNA, dkk, 2023).

Pada kunjungan kedua, dilakukan intervensi kepada pasien dan keluarga pasien. Intervensi yang dilakukan dengan memberikan penyuluhan mengenai penyakit pasien dengan menggunakan media poster. Media poster berisi beberapa materi mengenai kolesterolemia, urecemia dan hipertensi yang disertai gambar sehingga diharapkan mudah dipahami oleh pasien. Intervensi yang difokuskan adalah mengenai pengetahuan pasien dan keluarga pasien mengenai penyakit, gejala dan tanda, 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 1 bulan sekali di layanan kesehatan.

Evaluasi dilakukan 1 minggu 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 nyeri kepala dan tengkuk terasa berat sudah tidak dirasakan. Setelah dilakukan intervensi pengetahuan pasien terkait penyakitnya sudah jauh lebih baik. Pasien sudah mulai rutin olahraga dengan jalan pagi di sekitar rumah selama 30 menit. Pasien juga mulai mengatur pola makan dengan menyesuaikan kebutuhan gizi yang disarankan dengan menghindari makanan yang tinggi lemak dan makan-makanan yang tinggi serat. Kekhawatiran pasien akan penyakitnya juga sudah mulai berkurang. Pada persepsi, pasien telah mengetahui bahwa keluhan sakit kepala yang dideritanya berkaitan dengan tingginya tekanan darah pasien dan tingginya kadar kolesterol di tubuh pasien. Harapan pasien terhadap keluhanannya dapat berkurang dan dapat mengontrol penyakitnya supaya tidak semakin memburuk. Kadar kolesterol pasien setelah dilakukan intervensi sudah mencapai target yaitu 168 mg/dL.

## **SIMPULAN**

Diagnosis Hipertensi, Hiperuricemia dan Hiperkolesterolemia dapat ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Tatalaksana Hipertensi, Hiperuricemia dan Hiperkolesterolemia terdiri atas tataaksana medikamentosa dan nonmedikamentosa. Dalam melakukan intervensi terhadap pasien tidak hanya melihat dari sisi klinisnya saja tetapi juga melihat keadaan psikososialnya dengan memberikan motivasi terhadap pasien dan keluarga karena diperlukan pemeriksaan dan penanganan yang holistik, komprehensif, serta yang berkesinambungan. Perubahan pengetahuan pada pasien dan keluarga pasien terlihat setelah dilakukan intervensi secara patient-centred dan family focused.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Adiputra, IMS, Trisnadewi NW, Oktaviani NPW, dan Dwita DP. (2023). Hyperlipidemia Is A Dominant Risk Factor For Coronary Heart Disease: Hiperlipidemia Merupakan Faktor Risiko Dominan Kejadian Penyakit Jantung Koroner. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 11(1), 25–31. <https://doi.org/10.20473/jbe.V11I12023.25-31>
- Dewi GAD, Damayanti E, Prasetya DNA, Laksmi PA, Widnyani NM. (2023). Gambaran pengetahuan Pola makan dan aktivitas fisik tentang hipertensi pada lansia di banjar kiadan desa pelage. *Jurnal Abdimas Ilmiah Citra Bakti*. Vol;4(4):831-840
- George C, Leslie SW, Minter DA.(2025). Hiperurisemia. Dalam: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls
- Gill I, Dalbeth N, Ofanoa M, dan Goodyear-Smith F. (2020). Interventions to improve uptake of urate-lowering therapy in patients with gout: a systematic review. *BJGP open*, 4(3), bjgpopen20X101051. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101051>
- Iqbal AM, Jamal SF. (2025). Essential Hypertension. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL)
- Nurpratiwi, Hatmalyakin D, Safitri D, Amaludin, Alfikrie F, Hidayat UR, Akbar A, Arisandi D. (2024). Sistem skoring sebagai upaya deteksi dini hipertensi. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*. Vol;7(9):3869-3877

- Pappan N, Awosika AO, Rehman A. (2025). Dyslipidemia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560891/>
- Permatasari O dan Muhlishoh A. (2020). Pendidikan Kesehatan Tentang Asupan Diet Rendah Lemak Dan Kolesterol Di Wilayah Di Puskesmas Gambirsari Surakarta. Indonesian Journal Of Community Empowerment (Ijce), 2(1). <https://doi.org/10.35473/ijce.v2i1.522>
- Putri SS dan Larasati TA. (2020). Penatalaksanaan Holistik Hiperkolesterolemia pada ibu rumah tangga. Jurnal Majority. Vol;9(2):73-83
- Singh JA, Gaffo A. (2020). Gout epidemiology and comorbidities. Seminars in Arthritis and Rheumatism. Vol 50(3)11-16
- Talreja O, Kerndt CC, Cassagnol M. (2023). Simvastatin. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls
- Utami, E.R., & Zuraida, R. (2020). Penatalaksanaan Hiperkolesterolemia Dan Obesitas Grade II Pada Pasien Wanita Usia 47 Tahun Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga.
- Wasilah T, Dewi R, Sutrisno D. (2022). Evaluasi Kerasional Penggunaan obat Antihipertensi pada pasien Hipertensi Rawat Inap SUD H.Hanafie Muara Bungo. Indonesian Journal of Pharmaceutical Education. Vol;2 (1):21-3
- Winder M, Owczarek AJ, Mossakowska M, Broczek K, Grodzicki T, Wierucki Ł, & Chudek J. (2021). Prevalence of Hyperuricemia and the Use of Allopurinol in Older Poles- Results from a Population-Based PolSenior Study. International journal of environmental research and public health, 18(2), 387. <https://doi.org/10.3390/ijerph1802387>
- Zahra SD. (2022). Penatalaksanaan Holistik Pada Perempuan Usia 60 Tahun Dengan Gout Arthritis Dan Dispepsia Fungsional Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga. Jurnal Penelitian Perawat Profesional. Vol:4(1):203-220