



**PENATALAKSANAAN HOLISTIK HIPERTENSI GRADE II DAN KATARAK  
SENILIS PADA SEORANG LAKI-LAKI USIA 73 TAHUN MELALUI  
PENDEKATAN DOKTER KELUARGA**

**Nadila Ayuni Putri\*, Fitria Saftarina**

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jalan Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No 1., Gedong Meneng,  
Kec. Rajabasa, Kota Bandar Lampung, Lampung 35145, Indonesia

[\\*nadilaayuni1998@gmail.com](mailto:nadilaayuni1998@gmail.com)

**ABSTRAK**

Hipertensi merupakan suatu masalah kesehatan global yang dapat menyebabkan terjadinya peningkatan angka kesakitan, kematian dan beban biaya kesehatan diseluruh dunia termasuk Indonesia. Hipertensi adalah salah satu faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya kerusakan mata, salah satunya dapat menyebabkan terjadinya penyakit katarak. Menurut *Global Data on Visual Impairment* pada tahun 2015 penyebab gangguan penglihatan mata terbanyak diseluruh dunia adalah kelainan refraksi (43%), katarak (33%) dan glaukoma (2%). Dengan banyaknya angka kejadian hipertensi di Indonesia, maka tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor resiko, masalah klinis, melakukan penatalaksanaan pasien secara holistik dengan menerapkan dokter keluarga sesuai *evidence based medicine* melalui pendekatan *patient centred dan family approach*. Metode studi ini adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui autoanamnesis dan alloanamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah, untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien mengeluhkan sakit kepala sejak 3 hari yang lalu, pasien mengatakan jika sakit kepala terasa hilang timbul dan dirasa seperti tertekan pada daerah kepala dan menjalar hingga ke daerah tengkuk dan leher, keluhan seperti ini memang kerap dirasakan. yang dirasakan memberat saat melakukan aktifitas fisik dan mereda ketika pasien istirahat. Keluhan lain yang dirasakan pasien merasa badan sering terasa pegal, dan mata sebelah kanan terasa buram. Pasien sering mengkonsumsi makanan asin, ikan asin dan gorengan dalam 1 minggu pasien mengkonsumsi makanan tersebut >3 kali, pasien juga suka minum kopi dan memiliki riwayat merokok > 40 tahun. Pada hasil akhir terdapat perubahan dalam pola makan dan aktivitas fisik pada pasien.

Kata kunci: hipertensi; katarak senilis; pelayanan dokter keluarga

**HOLISTIC MANAGEMENT OF GRADE II HYPERTENSION AND SENILE  
CATARACT IN A 73 YEARS OLD MAN THROUGH A FAMILY DOCTOR  
APPROACH**

**ABSTRACT**

*Hypertension is a global health problem that can cause an increase in mortality, mortality and the burden of health costs throughout the world, including Indonesia. Hypertension is a risk factor that can cause eye damage, one of which can cause cataracts. According to the Global Data on Visual Impairment in 2015, the most common causes of visual impairment worldwide were refractive errors (43%), cataracts (33%) and glaucoma (2%). With the large number of events in Indonesia, the purpose of this study is to determine risk factors, clinical problems, perform holistic patient management by applying family doctors according to evidence based medicine through a patient centered approach and a family approach. The method of this study is a case report. Primary data were obtained through autoanamnesis and alloanamnesis, physical examination and home visits, complementing family data, psychosocial and environmental data. Assessment is carried out based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study quantitatively and qualitatively. The patient complained of headaches since 3 days ago, the patient said that if the headache felt*

*intermittent and felt like pressure in the head area and spread to the neck and neck area, complaints like this were often felt. the member feels during physical activity and subsides when the patient rests. Another complaint that the patient feels is that the body often feels sore, and the right eye feels blurry. Patients often consume salty foods, salted fish and fried foods in 1 week the patient consumes these foods >3 times, the patient also likes to drink coffee and has a history of smoking > 40 years. In the final results there were changes in the patient's diet and physical activity.*

*Keyword: hypertension, senile cataract, family doctor service*

## **PENDAHULUAN**

Hipertensi merupakan suatu masalah kesehatan global yang dapat menyebabkan terjadinya peningkatan angka kesakitan, kematian dan beban biaya kesehatan diseluruh dunia termasuk Indonesia. Hipertensi dapat meningkatkan terjadinya risiko penyakit jantung, otak, ginjal, retina, pembuluh darah besar (aorta) dan pembuluh darah perifer (PERKI, 2019). Berdasarkan data yang diperoleh dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan terjadinya kenaikan prevalensi hipertensi di Indonesia dengan jumlah penduduk sekitar 260 juta adalah 34,1% dibandingkan dengan 27,8% pada Riskesdas tahun 2013 (RISKESDAS, 2019). Sedangkan penyakit degenerative pada pasien lanjut usia (lansia) yang paling banyak yaitu hipertensi dimana merupakan penyakit degenerative tertinggi yang paling sering ditemukan dengan angka presentase sebanyak 63,5 %, kemudain DM 57 %, masalah gigi 53,6 %, penyakit jantung 4,5 %, stroke 4,4 %, masalah mulut 17 %, kidney disease 0,8 %, dan kanker 0,4 % (RISKESDAS, 2019). Berdasarkan data dari Riskesdas tahun 2018, prevalensi hipertensi tertinggi di Indonesia adalah Kalimantan Selatan dengan presentase 44,13% sedangkan angka prevalensi yang paling rendah adalah papua dengan presentase sebanyak 22,22% (WHO, 2012).

Hipertensi adalah salah satu faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya kerusakan mata, salah satunya dapat menyebabkan terjadinya penyakit katarak. Menurut *Global Data on Visual Impairment* pada tahun 2015 penyebab gangguan penglihatan mata terbanyak diseluruh dunia adalah kelainan refraksi (43%), katarak (33%) dan glaukoma (2%), sedangkan untuk penyebab kebutaan terbanyak di seluruh dunia adalah katarak dengan persentase sebesar 51% atau sekitar 20 juta jiwa (Suhardjo SU dan Agni AN, 2012).

Indonesia merupakan suatu Negara berkembang dengan jumlah lansia yang tinggi. Jumlah prevalensi katarak di Indonesia menurut Riskesdas pada tahun 2013 adalah sebesar 1,8 % pada semua umur. Sedangkan pada segi usia, katarak terbanyak muncul pada usia lanjut. Katarak senilis atau katarak yang sering terjadi pada lansia juga terus mengalami peningkatan yang signifikan sebesar 1,1 % pada 2007 dan semakin meningkat sebanyak 2,4 % pada tahun 2013. Katarak senilis merupakan masalah visual yang dapat menyebabkan sebanyak 50% kebutaan.<sup>9,10,11</sup> Katarak adalah penyakit mata yang ditandai dengan adanya kekeruhan pada lensa mata sehingga dapat mengganggu proses masuknya cahaya ke mata. Banyak hal yang dapat menyebabkan terjadinya katarak seperti terganggunya mekanisme kontrol keseimbangan air dan elektrolit, karena adanya denaturasi protein pada lensa atau keduanya (Astari P, 2018).

Beberapa faktor risiko lainnya pada katarak dapat dibedakan menjadi 3 yaitu faktor individu, lingkungan, dan faktor protektif. Yang pertama Faktor individu yaitu usia, ras, jenis kelamin, serta faktor genetik. Kemudian faktor lingkungan seperti kebiasaan merokok, paparan sinar matahari, status sosioekonomi, tingkat pendidikan, diabetes mellitus (DM), hipertensi, penggunaan steroid, dan obat-obat penyakit gout. Yang terakhir yaitu Faktor protektif yang meliputi penggunaan aspirin dan terapi pengganti hormone (Kemendagri RI, 2013). Tujuan

penulisan artikel ini bertujuan untuk mengidentifikasi masalah klinis pada pasien dan masalah fungsi keluarga, melakukan intervensi, serta evaluasi hasil intervensi. Dengan adanya intervensi diharapkan dapat membantu dalam penyelesaian masalah klinis pada pasien dan keluarga, serta mengubah perilaku kesehatan keluarga dan partisipasi keluarga dalam membantu mengatasi masalah kesehatan.

## **METODE**

Analisis studi ini adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui autoanamnesis dan alloanamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah, untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif.

## **Ilustrasi Kasus**

Tn. W, 73 tahun, datang ke puskesmas kemiling Pada tanggal 05 November 2021 dengan keluhan kepala terasa sakit sejak 3 hari yang lalu. Sakit kepala dirasakan hilang timbul dan dirasa seperti tertekan pada daerah kepala dan menjalar hingga ke daerah tengkuk leher. Pasien mengaku keluhan yang dirasakan memberat ketika pasien beraktifitas. Pasien mengatakan keluhan yang dirasakan berkurang setelah pasien beristirahat. Pasien mengaku jika keluhan dirasakan memberat dan badan terasa tidak enak, pasien hanya dikerik saja.

Pasien juga mengatakan penglihatan semakin buram dan seperti melihat asap pada mata kanan pasien. Pasien lupa kapan penglihatan terasa buram namun, pasien merasa penglihatan pasien makin memburuk sejak 1 bulan terakhir. Pasien mengaku memiliki riwayat merokok lebih dari > 40 tahun, namun sudah berhenti sejak 7 tahun yang lalu. Pasien memiliki kebiasaan makan 3 kali sehari. Sumber karbohidrat didapatkan dari nasi, protein hewani dari ikan, ayam, telur atau daging sapi, dan protein nabati didapat dari tahu dan tempe, tetapi sehari-hari lebih sering mengonsumsi protein dalam bentuk tempe dan tahu jarang makan protein hewani. Pasien gemar mengonsumsi makanan yang asin, seperti ikan asin dan ikan teri, makan makanan ringan dan gorengan sebagai cemilan serta kurang dalam konsumsi sayur dan buah-buahan, pasien juga memiliki kebiasaan minum kopi 1 kali sehari. Selain itu pasien rutin berolahraga setiap harinya didepan halaman rumah pasien selama 10-15 menit tiap hari.

Pasien merupakan suku lampung, pasien tinggal dengan anak pertama dan anak kelima nya. Hubungan pasien dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitar terjalin baik. Upaya menjaga kesehatan pasien dan keluarganya masih bersifat kuratif. Untuk riwayat penyakit keluarga, tidak keluarga pasien yang menderita keluhan serupa. Pendapatan pasien berasal dari gaji pensiunan dan terkadang dibantu oleh anaknya. Pasien mengatakan pendapatan cukup untuk digunakan untuk memenuhi kebutuhan primer, namun kurang untuk kebutuhan sekunder dan sesekali tersier. Pasien memiliki keinginan untuk lebih mengetahui penyakit yang diderita pasien dan ingin sembuh. Pasien juga memiliki kekhawatiran penyakitnya semakin parah terutama saat pasien beraktivitas. Pasien mengetahui bahwa penyebab penyakit ini dapat disebabkan oleh keturunan tetapi tidak tahu bahwa penyakit dapat dikontrol dengan gaya hidup yang sehat dan rutin minum obat. Saat ini pasien masih belum menjaga pola hidup sehat dan pola makan yang baik serta jarang mengonsumsi obat hipertensi.

## **HASIL**

### **Anamnesis**

Pasien Tn.W usia 73 tahun datang ke Puskesmas Kemiling dengan keluhan sakit kepala sejak 3 hari yang lalu, pasien mengatakan jika sakit kepala terasa hilang timbul dan dirasa seperti tertekan pada daerah kepala dan menjalar hingga ke daerah tengkuk dan leher, keluhan seperti

ini memang kerap dirasakan. Keluhan yang dirasakan memberat saat melakukan aktifitas fisik dan mereda ketika pasien istirahat. Keluhan lain yang dirasakan pasien merasa badan sering terasa pegal, dan mata sebelah kanan terasa buram. Pasien sering mengkonsumsi makanan asin, ikan asin dan gorengan dalam 1 minggu pasien mengkonsumsi makanan tersebut >3 kali, pasien juga suka minum kopi dan memiliki riwayat merokok > 40 tahun.

### **Pemeriksaan Fisik**

Keadaan umum: tampak sakit ringan; kesadaran: compos mentis; tekanan darah 160/118 mmHg; frekuensi nadi: 90 x/menit; frekuensi napas: 26x/menit; suhu:36°C; berat badan:65 kg; tinggi badan:170 cm, IMT:22,4 Kesan: Normal (Klasifikasi Asia Pasifik).

### **Status Generalis**

Mata pasien dalam batas normal. Telinga sinistra, hidung, faring dalam batas normal. Pada jantung pasien, bunyi jantung I dan II regular, tidak ditemukan adanya bunyi jantung tambahan. Paru pasien dalam batas normal. Abdomen pasien datar, bising usus 8x/menit, tidak adanya nyeri tekan, tidak ada organomegali. Ekstremitas superior dan inferior dalam batas normal.

### **Data Keluarga**

Pasien merupakan anak ke Enam dari Tujuh bersaudara. Saat ini pasien hanya tinggal dengan anak pasien, istri pasien sudah meninggal sejak tahun 2008 dikarenakan penyakit stroke. Pasien memiliki 6 orang anak. Namun anak ke dua dan ke tiga pasien meninggal. Anak pertama dan anak ke lima pasien tinggal bersama dengan pasien, sedangkan anak ke 4 dan ke 6 pasien merantau. Anak yang tinggal dengan pasien yaitu (Tn. R) dan (Tn.F). Tn.R sudah menikah dan mempunyai 2 orang anak, anak pertama laki-laki dan anak ke dua perempuan. Sedangkan Tn.F juga sudah menikah dan mempunyai 1 orang anak laki-laki. Anak pasien Tn.R bekerja sebagai buruh dengan penghasilan sebulan Rp.2.500.000-3.000.000 sedangkan istrinya tidak bekerja. Anak pasien yang Tn.F adalah seorang wiraswasta dengan penghasilan sebulan Rp.3.500.000-5.000.000 sedangkan istri pasien bekerja sebagai tukang setrika.

Tabel 1.  
Hasil Penilaian *Activity of Daily Living* dengan Instrumen Indeks Barthel Modifikasi

|  |    |
|--|----|
| Rekapitulasi                                 |    |
| Mengendalikan Rangsang BAB                   | 10 |
| Mengendalikan rangsang BAK                   | 10 |
| Kebersihan Pribadi (seka, sisir, sikat gigi) | 5  |
| Penggunaan toilet                            | 10 |
| Makan  | 10 |
| Transfer                                     | 15 |
| Mobilisasi=ambulasi                          | 15 |
| Mengenakan pakaian                           | 10 |
| Naik Turun anak Tangga                       | 10 |
| Mandi  | 5  |

Dari hasil yang didapatkan skor 100, dapat disimpulkan bahwa pasien memiliki status Mandiri (100), yang berarti tidak membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitasnya.

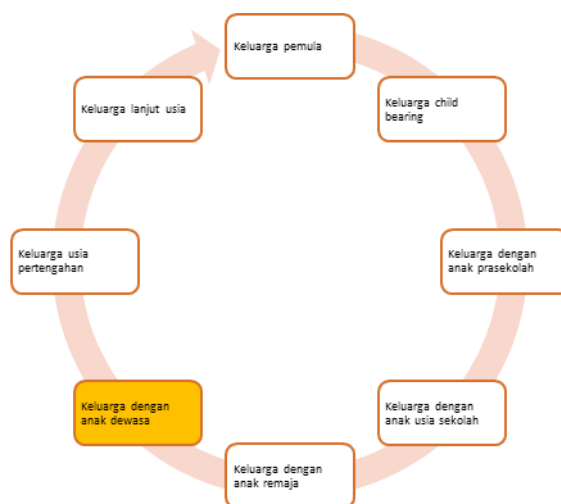
Tabel 2.  
Hasil Skrining Instrumen *Mini Mental State Examination* (MMSE)

| Skor Maksimal                  | Skor Manula | Keterangan           |
|--------------------------------|-------------|----------------------|
| 10                             | 10          | Orientasi            |
| 3                              | 3           | Registrasi           |
| 5                              | 1           | Atensi dan Kalkulasi |
| 3                              | 2           | Mengingat            |
| 9                              | 8           | Bahasa               |
| 30                             | 24          | Total skor           |
| Kesadaran: Kompos Mentis       |             |                      |
| Tempat Wawancara: Rumah Pasien |             |                      |

Hasil yang didapatkan skor 100, dapat disimpulkan bahwa pasien memiliki status Mandiri (100), yang berarti tidak membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitasnya. Pada pemeriksaan didapatkan hasil MMSE pasien 24 yang berarti fungsi kognitif masih dalam batas normal.

### Family Lifecycle

Siklus hidup keluarga Tn. W dapat dilihat pada Gambar 3. Dapat dilihat bahwa keluarga Tn. W berada dalam tahap dengan anak dewasa.



Gambar 2. Siklus Hidup Keluarga Tn.U

### Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal bersama anaknya dalam rumah berukuran 6,5x9 m<sup>2</sup> tidak bertingkat, memiliki 3 kamar tidur, pasien tidur di kamar 2, anak pertama tidur dikamar utama sedangkan anak kelima pasien tidur dikamar 3. Lantai rumah berupa keramik pada bagian dalam rumah dan semen di bagian dapur, dinding terbuat dari tembok pada bagian dalam rumah dan papan pada bagian dapur rumah, dengan atap genteng. Penerangan dan ventilasi cukup dan terdapat tambahan berupa kipas angin dan dua AC, satu berada dikamar utama dan satu nya lagi ada di

ruang tamu. Kebersihan di dalam rumah terawat dengan baik di bagian ruang tamu dan ruang makan, dapur dan ruang keluarga.

Perabotan rumah tangga tertata rapi pada bagian dalam rumah. Rumah sudah menggunakan lanak. Jarak antara rumah pasien dengan rumah lainnya saling berdekatan. Sumber air berasal dari sumur, digunakan untuk mandi, mencuci dan untuk diminum. Air minum menggunakan air galon dan sesekali dimasak sendiri dengan kompor gas. Limbah rumah tangga dialirkan ke got belakang rumah. Rumah memiliki satu kamar mandi berukuran 1,5 x 1 m<sup>2</sup>. Bentuk jamban jongkok. Tempat sampah tidak ada di dalam rumah dan juga dapur, hanya berupa plastik-plastik yang digantung. Sampah langsung dibuang ke pekarangan lingkungan tempat tinggal pasien tidak terlalu padat. Pada saat kunjungan didapatkan kebersihan rumah cukup baik. Keadaan rumah secara keseluruhan tampak cukup rapi. Ventilasi dirumah pasien juga baik. Juga terdapat adanya jarak dari depan rumah ke jalan.

### **Diagnostik Holistik Awal**

#### **Aspek Personal**

- a. Alasan kedatangan: keluhan sakit kepala (ICPC-2: N01), mata kabur (ICPC-2: F92)
- b. Kekhawatiran: pasien khawatir penyakitnya semakin memburuk dan pasien khawatir tidak bisa melakukan aktivitas jika penyakit semakin memburuk
- c. Persepsi: persepsi pasien terhadap penyakit hipertensinya adalah keluhan yang terjadi akan sembuh jika berobat ke dokter, persepsi keluhan mata pasien terjadi karena usia yang sudah tua
- d. Harapan: pasien berharap keluhan dapat hilang dan penyakit tidak memburuk.

#### **Aspek Klinik**

- a. Hipertensi derajat II (ICD-X:I10, ICPC-2:K86)
- b. Katarak Imatur OD (ICD-X:H26.9)

#### **Aspek Risiko Internal**

- a. Faktor usia pasien > 60 tahun (lansia)
- b. Kurangnya pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita dan komplikasi yang dapat timbul kedepannya (ICPC-2-Z07)
- c. Faktor diet pasien yang masih sering mengonsumsi makanan asin, gorengan serta minum kopi ((ICPC-2-Z02)
- d. Faktor kebiasaan pasien pernah merokok > 30 tahun (ICPC-2-behav.)

#### **Aspek Risiko Eksternal**

- a. Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit, faktor risiko, dan komplikasi dari penyakit yang diderita pasien (ICD-X Z55.9).
- b. Pola berobat kuratif (ICD-XZ92.3).
- c. Kurangnya pengawasan dan dukungan keluarga terhadap pola makan pasien

#### **Derajat Fungsional**

Berdasarkan Indeks Barthel Modifikasi, pasien memiliki status fungsional baik/mandiri dalam melakukan aktivitasnya dengan skor total 100.

#### **Rencana Intervensi**

Intervensi diberikan berupa medikamentosa dan non medikamentosa terkait penyakit yang diderita pasien. Intervensi dilakukan untuk mengurangi keluhan, menghentikan proses

penyakit lebih lanjut dan mencegah komplikasi sehingga dapat meningkatkan pengetahuan hidup pasien, memberikan edukasi mengenai penyakit, faktor risiko, pencegahan, memberikan edukasi mengenai aktivitas fisik dan pola makan gizi seimbang. Intervensi dilakukan pada *patient center, family focus* dan *community oriented*.

Tabel 3.  
Target Terapi Berdasarkan Diagnosis Holistik Awal

| Diagnosis Holistik  | Target Terapi   |
|---|---|
| Hipertensi grade I  | Tekanan darah sistolik <150 mmHg dan diastolic <99 mmHg   |
| Kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang dialaminya | Pasien dapat memahami dan lebih peduli terhadap penyakit yang diderita  |
| Katarak   | pasien dapat mengerti bahwa penyakit hanya dapat disembuhkan dengan tindakan operatif dan pasien dapat mempersiapkan diri dalam keadaan baik sebelum dilakukan rujukan lebih lanjut |

### **Patient Center**

#### **Farmakologis**

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral.

1. Amlodipine 5 mg 1x1
2. Vitamin B complex 1x1
3. Paracetamol 500 mg 3x1 prn jika sakit kepala

#### **Nonfarmakologi**

1. Edukasi pasien mengenai penyakit hipertensi yang sedang diderita meliputi penyebab dan faktor risiko, gejala, upaya pengobatan dan pencegahan penyakit, serta komplikasi penyakit hipertensi
2. Edukasi kepada pasien mengenai diet hipertensi dan pengaturan gizi seimbang
3. Edukasi kepada pasien untuk rutin konsumsi obat setiap hari pada pagi hari sekaligus mengontrol tekanan darah.
4. Edukasi mengenai perilaku berobat, memotivasi pasien untuk mau memulai perilaku berobat secara preventif.
5. Edukasi pasien mengenai hipertensi merupakan salah satu faktor risiko katarak pada pasien.
6. Edukasi pasien tentang penyakit katarak pada mata pasien, faktor risiko dan upaya pengobatan yang dapat dilakukan
7. Edukasi pasien bahwa sebelum melakukan tindakan lebih lanjut terhadap mata pasien, pasien harus menjaga tekanan darah < 140 mmHg/ <90 mmHg

#### **Family Focus**

1. Edukasi pasien mengenai penyakit hipertensi yang sedang diderita meliputi penyebab dan faktor risiko, gejala, upaya pengobatan dan pencegahan penyakit, serta komplikasi penyakit hipertensi.
2. Menjelaskan kepada anggota keluarga, terutama yang tinggal dengan pasien untuk melakukan pengawasan terhadap pasien seperti pola makan dan aktivitas fisik pasien.
3. Menjelaskan kepada anggota keluarga mengenai faktor risiko yang ada pada mereka dan pentingnya melakukan deteksi dini antara lain pemeriksaan tekanan darah.

4. Menjelaskan dan memotivasi mengenai perlunya perhatian dukungan dari semua anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien.
5. Menjelaskan kepada keluarga pasien tentang penyakit katarak pada mata pasien, faktor risiko dan upaya pengobatan yang dapat dilakukan

### **Community Oriented**

Memotivasi pasien agar mengikuti kegiatan POSBINDU di lingkungan terdekat pasien untuk cek kesehatan dan mengikuti senam prolanis untuk meningkatkan kebugaran. Senam prolanis di puskesmas kemiling baru mulai dilakukan pada bulan Januari tahun 2022.

### **Diagnostik Holistik Akhir**

#### **Aspek Personal**

- a. Alasan Kedatangan: keluhan sakit kepala (ICPC-2: N01) sudah tidak dirasakan kembali dan pasien ingin kontrol tekanan darah
- b. Kekhawatiran: kekhawatiran berkurang dengan meningkatnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang diderita.
- c. Persepsi: keluhan hipertensi pada pasien dapat dikendalikan dan tidak akan timbul kembali jika pasien dapat melakukan modifikasi gaya hidup, patuh dalam pengobatan, dan rutin control tekanan darah.
- d. Keluhan keluhan mata pasien terjadi karena usia pasien dan faktor risiko hipertensi dan riwayat merokok pada pasien.
- e. Harapan: pasien berharap penyakit yang dideritanya semakin membaik dan tidak mengalami kekambuhan

#### **Aspek Klinik**

- a. Hipertensi derajat I (ICD-X I10, ICPC-2: K86)
- b. Katarak Imatur ODS (ICD-X:H26.9, ICPC-2: F92)

#### **Aspek Risiko Internal**

- a. Faktor usia pasien > 60 tahun (lansia)
- b. Meningkatnya pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita dan komplikasi yang dapat timbul kedepannya dengan nilai *pre-post test* yang mengalami peningkatan.
- c. Faktor diet pasien yang sudah mengurangi konsumsi makanan asin, gorengan dan kopi berlebihan.
- d. Pasien mulai memeriksakan diri ke puskesmas dan mengonsumsi rutin obat yang diberikan.

#### **Aspek Risiko Eksternal**

- a. Meningkatnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit hipertensi pada pasien.
- b. Keluarga pasien terutama yang tinggal satu rumah dengan pasien terutama anak pasien, mulai menyadari bahwa pasien mengalami sakit kronis dan mulai ada pengawasan serta dukungan keluarga untuk mengurangi mengkonsumsi makan asin, gorengan, penggunaan garam dalam saat memasak, dan membantu mengurangi pasien mengkonsumsi kopi berlebihan.
- c. Keluarga pasien juga sudah mulai menyadari pentingnya memeriksakan tekanan darah.

### **Derajat Fungsional**

Berdasarkan Indeks Barthel Modifikasi, pasien memiliki status fungsional baik/mandiri dalam melakukan aktivitasnya dengan skor total 100.

### **PEMBAHASAN**

Masalah kesehatan pada pasien Tn. W usia 73 tahun dapat dikaji menurut *mandala of health* dengan memandang pasien secara menyeluruh mencakup biologis, psikologis dan sosial (WONCA, 2011). Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah seorang laki-laki berusia 73 tahun yang terdiagnosis hipertensi grade II dengan Katarak Imatur OD, serta pasien juga mengeluhkan nyeri kepala sejak 3 hari yang lalu dan mata terasa buram sejak 1 bulan terakhir. Kunjungan rumah dilakukan sebanyak tiga kali, yaitu pada tanggal 18 November 2021, 25 November 2021, dan 2 Desember 2021.

Pada kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 18 November 2021. Hasil kunjungan tersebut dibuat sesuai konsep *mandala of health*. Dari segi *personal behavior* yang dapat diamati adalah perilaku kesehatan pasien, kebiasaan makan dan kebiasaan yang berisiko dan memperburuk kesehatan pasien. Perilaku kesehatan pasien masih gemar mengonsumsi makanan yang asin seperti ikan asin, gorengan dan kopi. Faktor *human biology* yang dapat diperhatikan adalah faktor usia, faktor jenis kelamin, dan faktor riwayat kebiasaan merokok lebih dari 40 tahun, yang dapat menyebabkan masalah kesehatan pada pasien (Nuraini B, 2015).

Dari pemeriksaan fisik keadaan umum: tampak sakit ringan; kesadaran: compos mentis; tekanan darah 160/100 mmHg; frekuensi nadi: 88 x/menit; frekuensi napas: 25x/menit; suhu: 36,7°C; berat badan: 65 kg; tinggi badan: 170 cm, IMT:22,4 Kesan: Normal (Klasifikasi Asia Pasifik). Pemeriksaan mata didapatkan pada OD tampak adanya bagian putih keruh pada lensa menurupi hampir setengah bagian pupil, VOD: 4/60 VOS: 6/60, pada pemeriksaan Shadow test: VOD: (+), VOS: (-).

Diagnosis hipertensi pada pasien ditegakkan dengan dasar adanya sakit kepala selain itu pula pada pemeriksaan tekanan darah pertama kali pada pasien didapatkan 160/100 mmHg (ICPC-2-31). Diagnosis hipertensi dapat ditegakkan jika seseorang bila memiliki tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg, diagnosis didapatkan dari klasifikasi hipertensi menurut JNC 8. Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah, hipertensi yang diderita oleh Tn.W termasuk kedalam kategori hipertensi derajat II dengan *cut off point* sistolik 160 mmHg dan atau diastolik 100 mmHg (Muhaidi, 2016).

Faktor yang berisiko terhadap kejadian hipertensi dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Karakteristik individu merupakan faktor yang tidak dapat dimodifikasi seperti umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, riwayat penyakit, riwayat keluarga. Sedangkan gaya hidup adalah faktor yang dapat dimodifikasi dalam hal ini mulai dari pola makan, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, konsumsi lemak, stres, serta kurangnya aktifitas fisik (Tirtasari S dan Kodim N, 2019). Pada pasien memiliki faktor risiko seperti usia, pola diet yang gemar mengonsumsi makanan yang asin dan gorengan, gemar minum kopi, riwayat merokok > 40 tahun. Maka penulis melakukan intervensi nonfarmakogi dengan edukasi terkait dengan faktor yang dapat dimodifikasi antara lain menghindari stress, menjaga pola makan dan berhenti merokok.

Hipertensi dapat menimbulkan kerusakan pada organ-organ tubuh, baik secara langsung ataupun tidak langsung. Oleh karena itu hipertensi merupakan faktor risiko terjadi komplikasi antara lain, penyakit gagal jantung (PJK), stroke, penyakit ginjal dan gangguan penglihatan (Muhadi, 2016). Dari hasil pemeriksaan fisik mata pasien, didapatkan OD terlihat bagian yang putih keruh pada lensa menutupi hampir pada sebagian pupil, VOD: 4/60 VOS: 6/60, Shadow test: VOD: (+), VOS: (-). Maka pasien disimpulkan pasien memiliki katarak imatur pada mata kanan (OD).

Pada gangguan penglihatan hipertensi berperan secara langsung ataupun tidak langsung. Beberapa penelitian menemukan bahwa penyebab kerusakan organ-organ tersebut dapat melalui akibat langsung dari kenaikan tekanan darah pada organ, salah satunya pada organ mata. Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah pada retina. Sedangkan efek tidak langsung dari hipertensi, antara lain adanya autoantibodi terhadap reseptor angiotensin II dan stress oksidatif (Rahmawati *dll*, 2018).

Stress oksidatif adalah suatu keadaan ketidakseimbangan antara radikal bebas dengan antioksidan. Apabila ketersediaan antioksidan tidak mampu menetralkan radikal bebas, akan timbul stress oksidatif yang berujung pada kerusakan membran sel, lisosom, mitokondria, DNA, maupun serabut lensa. Hasil akumulasi dari stress oksidatif menyebabkan gangguan fungsi metabolisme lensa, agregasi protein lensa, peningkatan protein tidak larut air, sehingga menyebabkan gangguan transparansi lensa dan terjadi katarak (Suhardjo SU dan Agni AN, 2012).

Penyakit katarak merupakan penyakit mata yang ditandai dengan kekeruhan lensa mata sehingga mengganggu proses masuknya cahaya ke mata. Katarak dapat disebabkan karena terganggunya mekanisme kontrol keseimbangan air dan elektrolit, karena denaturasi protein lensa atau gabungan keduanya. Sekitar 90% kasus katarak berkaitan dengan usia (Salinurasa, 2015). Etiopatogenesis katarak bersifat multifaktorial dan sampai saat ini belum sepenuhnya diketahui secara pasti (Tirtasari S dan Kodim N, 2019).

Beberapa faktor risiko katarak dapat dibedakan menjadi faktor individu, lingkungan, dan faktor protektif. Faktor individu terdiri atas usia, jenis kelamin, ras, serta faktor genetik. Faktor lingkungan termasuk kebiasaan merokok, paparan sinar ultraviolet, status sosioekonomi, tingkat pendidikan, diabetes mellitus, hipertensi, penggunaan steroid, dan obat-obat penyakit gout. Faktor protektif meliputi penggunaan aspirin dan terapi pengganti hormon pada wanita (Astari P, 2018).

Setelah menyimpulkan permasalahan dan faktor-faktor yang mempengaruhi masalah tersebut dilakukan intervensi kepada pasien dan keluarganya. Intervensi dilakukan pada saat kunjungan kedua pada tanggal 25 November 2021 dengan intervensi medikamentosa berupa obat antihipertensi yaitu amlodipine 5 mg 1x1, multivitamin B complex 1x1 dan anti nyeri Paracetamol 3x1, jika kepala terasa sakit (ICPC-2-44). Pasien dan keluarga juga diberikan intervensi mengenai non-medikamentosa (ICPC-2-48) yaitu edukasi mengenai penyakit yang sedang diderita, edukasi mengenai pentingnya gizi seimbang dan latihan jasmani, edukasi dan motivasi pasien untuk tetap minum obat teratur dan kontrol rutin tiap bulan untuk memeriksakan tekanan darah ke puskesmas.

Edukasi anggota keluarga mengenai faktor risiko yang ada pada mereka dan pentingnya melakukan deteksi dini antara lain pemeriksaan tekanan darah, menjelaskan dan motivasi mengenai perlunya perhatian dukungan dari semua anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien. Selain itu pasien juga di jelaskan mengenai hipertensi merupakan salah satu

faktor risiko terjadinya katarak pada pasien, pasien dan keluarga juga dijelaskan tentang apa itu penyakit katarak, faktor risiko dan upaya pengobatan yang dapat dilakukan. Serta mengedukasi pasien dan keluarga bahwa sebelum melakukan tindakan lebih lanjut terhadap mata pasien, pasien harus menjaga tekanan darah < 140 mmHg/ <90 mmHg.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Fitriani tahun 2017, sebanyak 8 dari 10 responden mengalami perubahan kepatuhan pengobatan hipertensi setelah dilakukan edukasi. Semakin baik pengetahuan penderita terhadap hipertensi, serta adanya bimbingan dan motivasi yang diberikan maka kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan pengobatan juga semakin baik. Menurut JNC VIII penatalaksanaan hipertensi dibagi menjadi dua kategori besar yaitu pasien dengan diabetes/CKD dan tidak memiliki diabetes/CKD. Kemudian dibagi lagi menjadi pasien dengan usia > 60 th dan < 60 tahun. Selanjutnya pemberian obat hipertensi yang dapat diberikan disesuaikan dengan ras kulit hitam atau non hitam. Berdasarkan algoritma dari JNC 8.

Pada populasi umum berusia 60 tahun, terapi farmakologis untuk menurunkan tekanan darah dimulai jika tekanan darah sistolik 150 mmHg atau tekanan darah diastolik 90 mmHg dengan target sistolik <150 mmHg dan diastolic <90mmHg. Dengan panduan pemberian terapi sesuai JNC 8. Pada algoritma JNC8 pemberian obat hipertensi pada populasi non-kulit hitam umum, termasuk mereka yang tidak memiliki penyakit diabetes, dapat diberikan obat dengan golongan diuretik tipe *thiazide*, *calcium channel blocker* (CCB), *angiotensin-converting enzyme inhibitor* ACEI atau *angiotensin receptor blocker* ARB pada antihipertensi awal dengan atau tanpa kombinasi. Pada pasien ini diberikan amlodipine satu kali satu yang merupakan golongan CCB dengan dosis 5 mg satu kali satu<sup>23,29</sup>. Hal ini sesuai dengan literatur dimana pemberian obat CCB pada pasien hipertensi > 60 tahun dapat diberikan amlodipine dengan dose 5 mg, dengan harapan terjadi penurunan tekanan darah sistol <150 mmHg atau diastole <90 mmHg.

Pada hasil skrining depresi menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS) didapatkan skor 4 dengan kesimpulan pasien tidak mengalami. GCS merupakan salah satu instrumen yang paling sering digunakan untuk mendiagnosis depresi pada usia lanjut. Secara umum untuk menentukan depresi pada usia lanjut dapat menggunakan GDS 15 soal. Kuestioner GCS terdapat 2 versi yaitu 30 pertanyaan dan 15 pertanyaan. GDS dengan 15 pertanyaan dapat digunakan untuk mendeteksi depresi pada lanjut usia dan berfungsi sebaik GDS 30 pertanyaan, dimana GDS 30 pertanyaan lebih sering digunakan pada pasien dengan gangguan kognitif ringan. Dalam kasus Tn. w yang memiliki skor MMSE 24 yang dimana pasien tidak memiliki gangguan kognitif maka, skrining depresi pada lansia dapat menggunakan GCS yang berisikan 15 pertanyaan (James PA dan Oparil S, 2014).

*Geriatric Depression Scale* (GDS) merupakan salah satu instrumen yang paling sering digunakan untuk mendiagnosis depresi pada usia lanjut. GDS-15 mempunyai sensitivitas 80,5% dan spesifisitas 75% pada titik potong skor 5/6, dengan *Structure Clinical Interview for DSM 6 IV* (SCID) sebagai perbandingan. Hasil pengukuran dengan total skor 0-15. Klasifikasi kategori dibagi menjadi 4 kategori yaitu nilai 0–4 dikategorikan normal, nilai 5–8 dikategorikan depresi ringan, nilai 9–11 dikategorikan depresi sedang dan bila skor nilai 12–15 dikategorikan depresi berat (Astari, 2018).

Selanjutnya pada tanggal 2 Desember 2021 dilakukan kunjungan ketiga untuk dilakukan *follow up* (ICPC-2-31, ICPC-2-63). *Follow up* yang dilakukan terdiri atas pemeriksaan fisik dan evaluasi hasil intervensi apakah terdapat perubahan terkait pengetahuan, perilaku dan

klinis dari pasien. Perubahan pengetahuan pasien dievaluasi dengan menanyakan seputar hipertensi, faktor risiko terjadinya hipertensi, komplikasi hipertensi dan katarak. pasien dapat menjawab beberapa pertanyaan terkait dengan penyakit dengan benar. Keluhan pasien berupa sakit kepala juga sudah tidak dirasakan oleh pasien. Dari pemeriksaan fisik didapatkan penurunan tekanan darah menjadi 140/90 mmHg. Pasien selalu meminum obatnya secara teratur, tiap pagi hari sebelum makan. Hal ini terlihat dengan mencentang dalam kertas pengingat yang diberikan kepada anak pasien.

Pasien juga mengikuti pola makan dengan porsi makan yang dianjurkan menggunakan piring gizi seimbang yang sudah diberikan contohnya. Anak pasien mengatakan sudah tidak mengkonsumsi makan santan dan gorengan dan serta pembatasan mengkonsumsi kopi. Anak pasien juga memasak dengan menggoreng hanya 3 hari dalam seminggu, namun Anak pasien mengaku masih sulit untuk membatasi penggunaan garam antara 1-1,5 sendok teh perharinya. Cucu dan anak pasien juga melakukan pengawasan kepada pasien dalam minum obat dengan mengingatkan pasien setiap malam hari. Keluarga pasien juga sudah mulai menyadari jika mereka berisiko untuk terkena hipertensi dengan mengontrolkan tekanan darah ke tenaga kesehatan atau puskesmas terdekat. Pasien juga selalu menggunakan alat pelindung diri berupa kacamata dan masker saat bekerja.

Tekanan darah pasien sudah mencapai target yaitu <150/90 mmHg. Hal tersebut dapat disimpulkan bahwa tatalaksana holistik pada pasien berhasil. Meskipun Anak pasien mengaku masih sulit untuk membatasi penggunaan garam antara 1-1,5 sendok teh perharinya. Hal tersebut merupakan sesuatu yang wajar mengingat bahwa perubahan gaya hidup dan kebiasaan tidaklah mudah dan hasilnya tidak bisa dinilai dalam waktu yang dekat. Butuh waktu agar pasien dan keluarga benar-benar dapat mengadopsi perilaku secara keseluruhan sehingga menjadi gaya hidup yang akan dilakukan hingga seterusnya.

Ada beberapa langkah atau proses sebelum orang mengadopsi perilaku baru. Pertama adalah kesadaran (*awareness*), dimana orang tersebut menyadari stimulus tersebut. Kemudian dia mulai tertarik (*interest*). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*). Setelah itu, dia akan mencoba melakukan apa yang dikehendaki oleh stimulus (*trial*). Pada tahap akhir adalah *adoption*, berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya (Suhardjo SU, 2021).

## **SIMPULAN**

Pasien Tn.W usia 73 tahun datang ke Puskesmas Kemiling dengan keluhan sakit kepala sejak 3 hari yang lalu selain itu pasien juga mengeluhkan mata sebelah kanan terasa buram. Diagnosis pada pasien ini adalah Hipertensi derajat II dan katarak senilis. Factor risiko internal pada pasien ini adalah pengetahuan tentang penyakit pasien masih kurang, pengobatan yang bersifat kuratif, pola makan yang tidak diatur. Faktor risiko eksternal berupa kurang peran keluarga dalam mendukung pencegahan dan pengobatan penyakit. Pada pasien telah dilakukan intervensi berupa edukasi dengan media poster dengan materi target kadar tekanan darah, diet dan aktivitas fisik yang sesuai untuk pasien hipertensi, serta factor resiko terjadinya katarak. Setelah dilakukan tatalaksana holistik dan komprehensif pasien dan keluarga mengalami peningkatan pengetahuan mengenai penyakit yang diderita pasien dan perubahan pola makan dan aktivitas fisik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aini AN, Dyah Y & Santik P. (2018). Kejadian katarak senilis di RSUD Tugurejo. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*. 2(2) 295–306. <https://doi.org/10.15294/higeia.v2i2.20639>
- Astari P. (2018). Tinjauan Pustaka Katarak: Klasifikasi, Tatalaksana, dan Komplikasi Operasi. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia. 45(10):748-53. <http://dx.doi.org/10.55175/cdk.v45i10.584>
- Cantor LB, Rapuano CJ, Cioffi GA. (2015). Lens and cataract. Basic and clinical Science course. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology.
- James PA, Oparil S. (2014). Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. American Medical Association. 10.1001/jama.2013.284427
- Kemendes RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Muhadi . (2016). JNC 8: Evidence-based Guideline Penanganan Pasien Hipertensi Dewasa. CDK-236/ vol.43(1). Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/RS Cipto Mangunkusumo. <http://dx.doi.org/10.55175/cdk.v43i1.11>
- Nuraini B. (2015). Risk Factors of Hypertension. *Jurnal Majority* Vol.4(5):10-19. Bandar Lampung: Lampung University. <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/602/606>
- PERKI. (2019). Konsensus penatalaksanaan hipertensi 2019. Jakarta: Perki. [http://faber.inash.or.id/upload/pdf/article\\_Update\\_konsensus\\_201939.pdf](http://faber.inash.or.id/upload/pdf/article_Update_konsensus_201939.pdf)
- Rahmawati I, Juksen L & Putra JI. (2018). Hubungan Hipertensi dengan Kejadian Katarak pada Lansia di Poli Mata RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. *Jurnal Kesehatan dr. Soebandi* Vol. 6(2):43-8. Bengkulu <https://media.neliti.com/media/publications/293161-hypertension-relationship-with-the-incid-45aa8a14.pdf>
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI. <https://drive.google.com/drive/folders/1XYHFQuKucZIwmCADX5ff1aDhfJgqzI-l>
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2019). Kementerian Kesehatan, Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan, Hasil Utama Riskesdas
- Suhardjo SU, Agni AN. (2012). Ilmu Kesehatan Mata. 2nd ed. Yogyakarta: Departemen Ilmu Kesehatan Mata Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. <https://fkkmk.ugm.ac.id/departemen-ilmu-kesehatan-mata/>
- Salinurasa I, & Meida, NS. (2015). Hubungan Hipertensi dengan Katarak. Skripsi Fakultas Kedokteran. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Tirtasari S & Kodim N. (2019). Prevalensi dan karakteristik hipertensi pada usia dewasa muda di Indonesia. *Tarumanegara Medical Journal*. 1(2): 395-402. <http://dx.doi.org/10.24912/tmj.v1i2.3851>

World Health Organization. (2021). Hypertension [internet]. Hypertension. Switzerland:  
World Health Organization.

WONCA. (2011) The european definition of general practice or family medicine. Spain:  
WONCA.