



PENDEKATAN HOLISTIK PADA WANITA USIA 63 TAHUN DENGAN HIPERTENSI DAN OBESITAS DERAJAT III MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA

Stefani Mellisa*, Reni Zuraida

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

*Smellisa.sm@gmail.com

ABSTRAK

Hipertensi sebagai salah satu penyakit silent killer merupakan faktor risiko terhadap kerusakan organ penting seperti jantung, otak, ginjal dan pembuluh darah. Obese merupakan salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi. Jumlah individu dengan obesitas terus meningkat sebagai akibat kurangnya kesadaran dalam kontrol berat badan, pola makan berlebih dan kurangnya aktivitas fisik. Mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah dengan pendekatan patient centered, family focused, dan community oriented. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Ny. R 63 tahun mengeluhkan nyeri pada pinggang sejak satu minggu terakhir. Pasien memiliki riwayat hipertensi dan peningkatan berat badan >40 kg sejak 15 tahun lalu. Faktor risiko internal pasien adalah kurangnya motivasi untuk konsisten menurunkan berat badan, pola makan berlebih, dan kurangnya aktivitas fisik. Faktor risiko eksternal yaitu dukungan pasangan dan keluarga untuk pasien menurunkan berat badan kurang. Setelah dilakukan tatalaksana secara holistik dan komprehensif dengan pendekatan dokter keluarga, terjadi peningkatan pengetahuan (pasien sebesar 40 poin dan keluarga pasien sebesar 40 poin), tekanan darah pasien terkontrol, terdapat perubahan pola makan menjadi cukup dan tidak berlebihan, terdapat peningkatan aktivitas fisik, penurunan berat badan sebanyak 1,1 kg, dan perubahan persepsi bahwa penurunan berat badan dapat tercapai dengan konsistensi dan perubahan pola hidup.

Kata kunci: dokter keluarga; hipertensi; obesitas

A HOLISTIC APPROACH TO A 63 YEAR OLD WOMAN WITH HYPERTENSION AND DEGREE II OBESE THROUGH A FAMILY MEDICINE APPROACH

ABSTRACT

Hypertension as a silent killer disease is a risk factor for damage to important organs such as the heart, brain, kidneys and blood vessels. Obesity is a risk factor for hypertension. The number of individuals with obesity continues to increase due to lack of awareness in controlling body weight, excessive eating patterns and lack of physical activity. Identifying risk factors, clinical problems, as well as patient management based on a problem solving framework with a patient centered, family focused and community oriented approach. This study is a case report. Primary data was obtained through history taking, physical examination and home visits. Assessment is based on a holistic diagnosis from the beginning, process and end of the study qualitatively and quantitatively. Mrs. R, 63 years old, complained of pain in his waist for the last week. The patient has a history of hypertension and weight gain >40kg since 15 years ago. The patient's internal risk factors are lack of motivation to consistently lose weight, excessive eating patterns, and lack of physical activity. External risk factors are partner and family support for patient losing weight. After holistic and comprehensive management using a family doctor approach, there was an increase in knowledge (patients by 40 points and the patient's family by 40 points), the patient's blood pressure was controlled, there was a change in diet to be adequate and not excessive, increase in physical activity, weight loss of 1.1 kg, and a change in perception that weight loss can be achieved with consistency and changes in lifestyle.

Keywords: family physician; hypertension; obesity,

PENDAHULUAN

Prevalensi hipertensi dan obesitas terus meningkat berkaitan erat dengan arus globalisasi, perubahan pola hidup serta aktivitas fisik. Prevalensi hipertensi diperkirakan akan terjadi peningkatan sebesar 60% pada tahun 2025 dibandingkan dengan tahun 2000 (Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia, 2019). Berdasarkan data The Third National Health Nutrition and Examination Survey (NHANES III) menunjukkan adanya hubungan bermakna antara peningkatan IMT, tekanan darah diastolik (TDD) dan tekanan nadi (pulse pressure) pada populasi Amerika (Oparil et.al, 2018). Lebih dari separuh penderita hipertensi tidak menyadari kondisinya, dan banyak lainnya yang menyadari tetapi tidak diobati atau diobati secara tidak memadai (Oparil et.al, 2018). Hipertensi merupakan faktor risiko yang signifikan berpengaruh terhadap penyakit kardiovaskular dan serebrovaskular (CVD) dan merupakan penyebab utama kematian dini di seluruh dunia (Mills et.al, 2020).

Prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 34,1% pada tahun 2018 (Kemenkes, 2023). Persentase ini mengalami peningkatan dibandingkan prevalensi hipertensi yang didapatkan Riskesdas Tahun 2013 sebesar 25,8% dengan perkiraan hanya 1/3 kasus hipertensi di Indonesia yang terdiagnosis, sisanya tidak terdiagnosis (Kemenkes, 2021). Temuan peningkatan didukung dengan peningkatan ditingkat provinsi. Provinsi Lampung merupakan salah satu yang mengalami peningkatan prevalensi yaitu sebesar 7,4% pada tahun 2013 dan meningkat menjadi 15,10% di tahun 2018 (Ramadhani, 2023). Prevalensi obesitas di Indonesia pada tahun 2018, terjadi peningkatan yaitu dari 10,5% di tahun 2007 menjadi 21,8% dan obesitas sentral sebesar 31% di tahun 2018 (Oparil et.al, 2018). Prevalensi obesitas di provinsi Lampung sebesar 17,3% (Kemenkes, 2018). Obesitas merupakan faktor risiko untuk terjadinya penyakit metabolik dan degeneratif seperti Diabetes melitus, hipertensi, penyakit kardiovaskular (PKV) hingga kematian mendadak sewaktu tidur (sleep apnea) (Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia, 2019). Berdasarkan data Riskesdas tentang analisis survei konsumsi makanan individu (SKMI, 2014) sebesar 40,7% masyarakat Indonesia mengonsumsi makanan berlemak, 53,1% mengonsumsi makanan manis, 93,5% kurang konsumsi sayur dan buah dan 26,1% kurang aktivitas fisik (Kemenkes, 2015). Data Riskesdas 2018 memperlihatkan proporsi penduduk Indonesia usia di atas 10 tahun yang kurang aktivitas fisik meningkat dari 26,1% menjadi 33,5% di tahun 2018 (Kemenkes, 2021).

Selain meningkatkan risiko kesehatan dan menjadi berbagai penyebab penyakit tidak menular (PTM), obesitas juga berdampak pada kerugian ekonomi yang dipicu sebagai akibat biaya perawatan penyakit komorbiditas obesitas (Raniya, 2022). Mengobati berbagai penyakit akibat obesitas dapat memberikan beban tambahan pada sistem layanan kesehatan, penderita obesitas diperkirakan memiliki biaya pengobatan 30% lebih tinggi dibandingkan mereka yang memiliki BMI normal (WHO, 2000). Biaya layanan kesehatan meningkat dua kali lipat setiap dekadenya (Bray et.al, 2017). Hilangnya produktivitas kerja, peningkatan kecacatan dan pengobatan akibat obesitas menjadi tantangan ekonomi (Ramasamy et.al, 2019, Ward et.al, 2021). Semakin banyak etiologi yang menyebabkan obesitas yang dapat diidentifikasi berdasarkan latar belakang, genetik dan epigenetik, lingkungan dan lingkungan mikro, maka semakin mudah memahami perkembangan obesitas (Singer, 2019). Tatalaksana holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga meliputi patient centered, family focused, dan community oriented dibutuhkan pada pasien dengan obesitas sebagai masalah multifaktor. Pasien dengan obesitas perlu ditatalaksana dengan pendekatan kedokteran keluarga untuk meningkatkan kesadaran dan mendorong perubahan perilaku sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor risiko internal dan eksternal serta masalah klinis pada pasien serta penerapan pelayanan dokter

keluarga berbasis Evidence Based Medicine serta penetalaksanaan dengan pendekatan patient-centered, family focused, dan community oriented.

METODE

Studi ini merupakan sebuah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis dari anggota keluarga), pemeriksaan fisik dan kunjungan 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. Responden pada penelitian ini ialah Ny. R berusia 63 tahun yang merupakan pasien Puskesmas Tanjung Sari.

HASIL

Anamnesis

Pasien Ny. R usia 63 tahun, datang ke Puskesmas Tanjung Sari untuk kontrol penyakit yang dideritanya yaitu hipertensi dan obesitas dengan keluhan nyeri pada pinggang hilang timbul sejak 1 bulan yang lalu. Pada kali pertama pasien datang ke puskesmas, pasien mengeluhkan nyeri kepala dan pada pemeriksaan didapatkan tekanan darah pasien tinggi sehingga diberikan obat dan diarahkan untuk kontrol rutin. Pasien yang terdiagnosis hipertensi sejak 16 tahun yang lalu mengaku rutin kontrol dan rutin mengonsumsi obat antihipertensi. Pasien mengonsumsi obat berupa amlodipine 10 mg sebanyak satu kali sehari. Pasien mengatakan bahwa ayah dan empat dari delapan saudara kandungnya memiliki riwayat hipertensi. Pasien mengaku memiliki kesulitan untuk kontrol berat badan sejak 15 tahun terakhir dengan total peningkatan berat badan lebih dari 40 kg. Sebelum pengaturan makan dijalankan, pasien mengaku memiliki pola makan lebih dari 3 kali sehari dengan porsi yang cukup banyak ditambah dengan konsumsi camilan beberapa kali ketika sedang bersantai walaupun sebelumnya sudah makan. Pasien mengaku setiap pagi sebelum sarapan, pasien harus mengonsumsi teh manis dan gorengan (jumlahnya tidak menentu kurang lebih 5 buah dalam sehari). Satu porsi makan pasien terdiri dari nasi 2 canting penuh (terkadang bisa menambah), lauk yang digoreng dan sayuran yang ditumis dengan minyak goreng kira-kira 2-3 sendok makan setiap masakan dengan sayur yang cukup bervariasi, selain ditumis pasien juga gemar dengan sayur olahan santan. Penggunaan gula atau kecap pada masakan ada 2-3 sendok teh, penggunaan garam 1-2 sendok makan dalam satu hari, dan pasien masih mengonsumsi penyedap makanan disetiap olahan masakan yang dibuatnya. Keluhan tidur mendengkur (*snoring*) dan nyeri pinggul ada, kurang aktivitas ada, riwayat berat badan berlebih dikeluarga disangkal, riwayat konsumsi obat-obatan yang dapat menambah nafsu makan atau terapi hormonal disangkal, riwayat sosial atau psikologis (*stress*) terkait keluarga ada. Pasien mengaku sudah berusaha untuk kontrol berat badan.

Awalnya pasien berusaha menurunkan berat badan dengan konsumsi pil diet herbal namun jantung dirasa berdebar sehingga konsumsi tidak dilanjutkan, kemudian pasien konsumsi teh *detox* dengan efek pencahar namun dirasakan efeknya tidak banyak berubah dan akhirnya pasien berusaha untuk membatasi makan. Pasien juga mengaku semakin lama semakin sulit bergerak dan sering mengeluhkan sakit pinggul sehingga pasien semakin jarang aktivitas di luar rumah. Saat ini aktivitas pasien sehari hari sebagai ibu rumah tangga. Pasien sering berkumpul dengan teman-temannya diluar rumah sekitar 2-3x seminggu dan konsumsi gorengan yang disediakan. Pasien sering dibuatkan masakan oleh anak-anak yang tinggal berdekatan berupa gorengan dan minuman manis dari olahan buah. Pasien jarang berolahraga dan terkadang malas untuk bergerak, pasien memiliki kebiasaan hanya duduk dan tidur setelah makan.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: Tampak sakit ringan; kesadaran: compos mentis; tekanan darah 126/78 mmHg; frekuensi nadi: 80x/menit; frekuensi napas: 18x/menit; suhu: 37.0°C; berat badan: 106,7 kg; tinggi badan: 155 cm, IMT: 44,45 kg/m² (*Obese derajat III*), lingkar perut 127 cm dan lingkar lengan 42 cm.

Status Generalis

Bentuk kepala normocephal, rambut tidak mudah dicabut, dan tumbuh merata. Mata normal (tidak cekung, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik), telinga normal sekret (-/-), hiperemis (-/-), hidung normal sekret (-/-), hiperemis (-/-). Leher, JVP tidak meningkat. Tidak ada pembesaran KGB. Paru, gerak dada simetris, retraksi (-) Fremitus taktil simetris, nyeri tekan (-), benjolan (-), sonor pada seluruh lapang paru, rhonki (-/-), wheezing (-/-) kesan dalam batas normal. Jantung, Ictus cordis tidak tampak, bunyi Jantung I/II reguler tidak ada bunyi jantung tambahan. Abdomen, perut tampak cembung, supel, bising usus 10x/menit, timpani, nyeri tekan epigastrium(-), tidak terdapat organomegali, kesan dalam batas normal. Muskuloskeletal dan status neurologis kesan dalam batas normal.

Pemeriksaan Penunjang (13/03/2024)

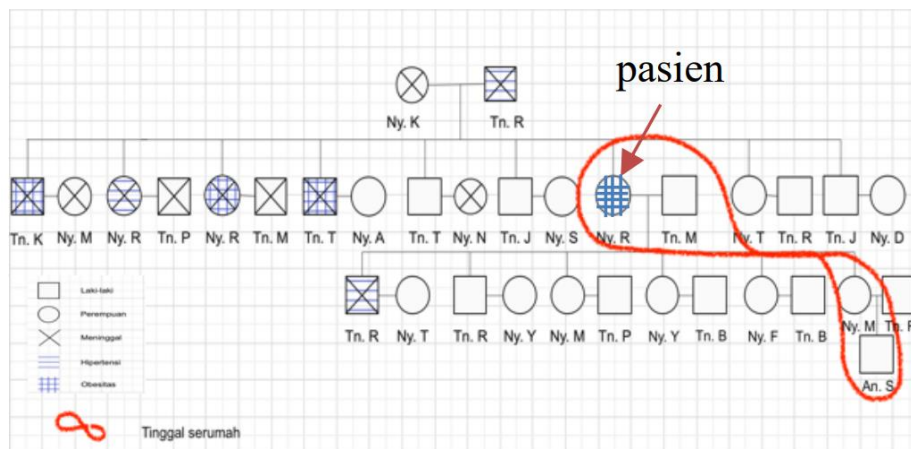
Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu 151 mg/dl.

Data Keluarga

Pasien merupakan anak ke-tujuh dari sembilan bersaudara. Ayah dan ibu pasien telah meninggal dunia. Diketahui ayah pasien memiliki riwayat hipertensi. Empat dari delapan saudara lainnya telah meninggal dunia dengan memiliki riwayat hipertensidan dua diantaranya disertai obesitas. Suami pasien (Tn.M, 68 tahun) bekerja sebagai buruh harian dan merantau ke luar kota dan hanya pulang selama kurang lebih satu minggu setiap 2-6 bulan sekali tidak menentu. Pasien memiliki enam anak terdiri dari dua anak laki-laki dan empat anak perempuan. Pasien tinggal satu rumah bersama dengan suami dan anak keenam (Ny.M, 35 tahun, memiliki riwayat epilepsi) yang telah berpisah dengan suami dan memiliki 1 orang anak (An. S, 4 tahun). Bentuk keluarga pasien adalah keluarga diperluas (*extended family*). Menurut tahap siklus keluarga Duvall, keluarga pasien berada pada tahap VIII yaitu keluarga dengan usia lanjut. Seluruh keputusan mengenai masalah dalam keluarga dimusyawarahkan bersama dengan anak-anak pasien yang tinggal berdekatan dengan rumah pasien dan diputuskan oleh pasien. Hubungan antara pasien dan suami cukup renggang dikarenakan pasien jarang bertemu dengan suami. Komunikasi pasien dengan suami hanya melalui telepon dan jarang karena pasien tidak memiliki telepon pribadi. Hubungan pasien dan anak-anak pasien yang tinggal satu rumah dan tinggal berdekatan dengan rumah pasien cukup erat karena selalu berkumpul setiap hari. Keluarga pasien mendukung pasien untuk rutin kontrol serta minum obat dari Puskesmas. Pasien selalu kontrol diantarkan oleh cucu atau anak pasien ke puskesmas menggunakan motor.

Genogram

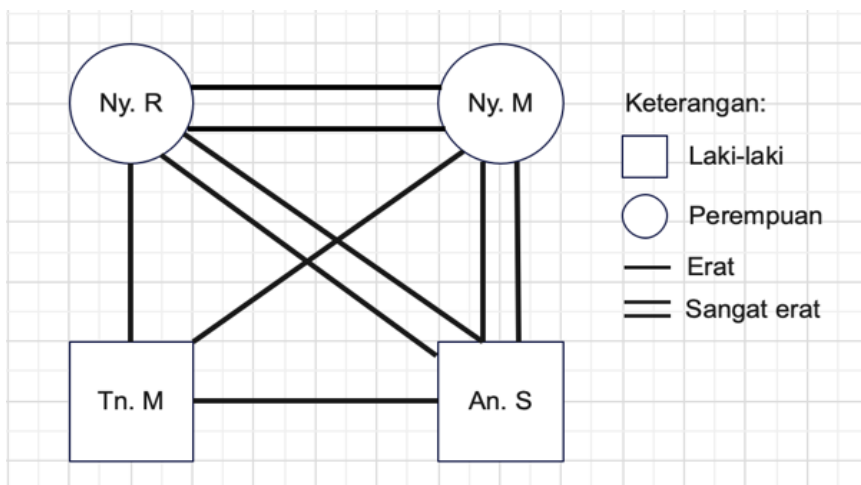
Genogram keluarga Ny. R dibuat pada tanggal 13 Maret 2024 dan dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Genogram Ny. R

Family Mapping

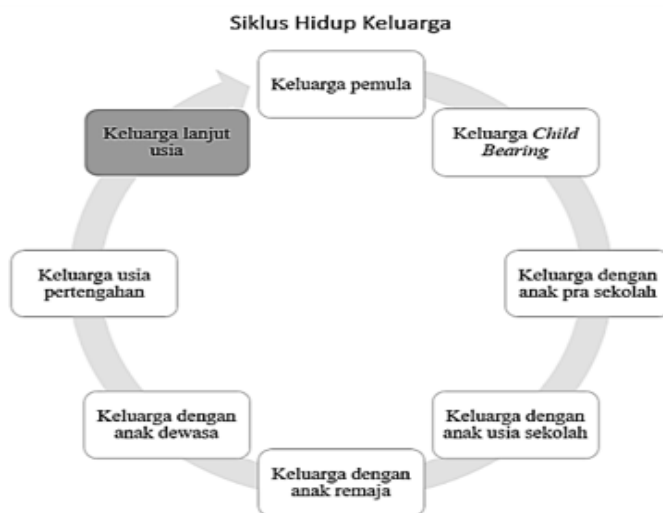
Hubungan antar keluarga Ny. R dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Hubungan antar Keluarga Ny. R

Family Lifecycle

Siklus hidup keluarga Ny. R dapat dilihat bahwa keluarga Ny. R berada dalam tahap keluarga usia lanjut.



Gambar 3. Family Lifecycle

Family APGAR Score

Total Family APGAR score 6 dapat disimpulkan keluarga Ny. R memiliki disfungsi keluarga sedang.

Tabel 1.
APGAR Score

APGAR		Skor
<i>Adaptation</i>	Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	2
<i>Partnership</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya	1
<i>Growth</i>	Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya	1
<i>Affection</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta	1
<i>Resolve</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu Bersama	1
Total		6

Family SCREEM Score

Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai menggunakan SCREEM Score dengan hasil dapat dilihat dalam tabel 2. Dari hasil skoring SCREEM mendapatkan hasil 22, dapat disimpulkan fungsi keluarga Ny. R memiliki sumber daya keluarga yang adekuat.

Tabel 2.
Family SCREEM Score

		SS	S	TS	STS
S1	Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	v			
S2	Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		v		
C1	Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		v		

C2	Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami	v
R1	Imam dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	v
R2	Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami	v
E1	Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami	v
E2	Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami	v
E'1	Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit	v
E'2	Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga kami	v
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami	v
M2	Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami	v
Total		22

Lingkungan Rumah

Pasien tinggal bersama dengan suami, satu anak, dan satu cucunya. Rumah berukuran 15 m x 6 m, tidak bertingkat, memiliki ruang tamu, dua kamar tidur, satu kamar beribadah, satu kamar mandi, ruang makan, ruang tunggu, dan dapur dengan sumur. Lantai rumah beralaskan semen, dinding terbuat dari tembok yang sebagian belum dicat dan sebagian lainnya dari kayu lapis. Atap tersusun dari seng, penerangan dan ventilasi baik. Rumah sudah menggunakan listrik, masing-masing ruangan sudah memiliki jendela. Rumah tampak bersih dan teratur. Jarak antara rumah pasien dengan rumah lainnya cukup berjarak. Sumber air dari sumur, sumber air minum menggunakan air sumur yang di masak sendiri, memiliki satu kamar mandi dengan jamban dekat dengan dapur. Bentuk jamban jongkok. Dapur rapih tertata. Tempat sampah berada di dapur. Lingkungan sekitar tempat tinggal pasien terlihat bersih dan banyak tanaman.



Gambar 4. Denah Rumah Ny. R.

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: kontrol penyakit hipertensi dan obesitas.
- Kekhawatiran: tidak ada kekhawatiran karena keluhan dirasa tidak memberat dan

pasien masih dapat beraktivitas.

- c. Persepsi: berat badan sulit diturunkan bahkan dengan konsumsi pil diet, jamu-jamuan dan kontrol pola makan.
- d. Harapan: berat badan turun dan nyeri pinggul dapat berkurang.

2. Aspek Klinik

- a. Hipertensi (ICD 10-I15, ICPC 2- K86)
- b. Obesitas derajat III (ICD 10-E66.01, ICPC-2 T82)

3. Faktor Risiko Internal

- a. Kurangnya motivasi pasien untuk konsisten menurunkan berat badan
- b. Pola makan dengan asupan energi, lemak, karbohidrat yang berlebih
- c. Pengetahuan yang kurang tentang penggunaan bahan masakan tambahan seperti gula, garam dan minyak yang tidak berlebihan
- d. Kebiasaan duduk dan tidur setelah makan dan kurangnya aktivitas fisik

4. Faktor Risiko Eksternal

- a. Dukungan pasangan dan keluarga untuk menurunkan berat badan masih kurang
- b. Kebiasaan makan gorengan sebagai camilan di lingkungan sekitar pasien
- c. Pengetahuan yang kurang tentang asupan karbohidrat, lemak, dan protein yang cukup dan tidak berlebihan
- d. Pengetahuan keluarga yang kurang tentang penggunaan bahan masakan tambahan seperti gula, garam dan minyak yang berlebihan

5. Skala Fungsional

Derajat dua yaitu masih mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam maupun di luar rumah.

Rencana Intervensi

Intervensi yang diberikan berupa intervensi medikamentosa dan nonmedikamentosa terkait penyakit hipertensi dan obesitas derajat III. Intervensi bertujuan untuk mengurangi keluhan dan mencegah komplikasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Pada pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi dan kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan.

Patient centered

Farmakologi: Amlodipine 1x10mg

Non-farmakologi:

1. Edukasi dan memotivasi pasien untuk konsisten menurunkan berat badan dengan menggunakan media intervensi flipchart
2. Edukasi pola makan dengan asupan energi, lemak, karbohidrat yang cukup dan tidak berlebih
3. Edukasi tentang penggunaan bahan masakan tambahan seperti gula, garam dan minyak yang tidak berlebihan
4. Edukasi kebiasaan duduk dan tidur setelah makan dan pentingnya aktivitas fisik

Family Focused

- a. Edukasi pasangan dan keluarga pasien mengenai pentingnya memberi motivasi kepada pasien untuk menurunkan berat badan
- b. Edukasi kebiasaan keluarga makan gorengan sebagai camilan di lingkungan sekitar

- pasien
- c. Edukasi keluarga mengenai asupan karbohidrat, lemak, dan protein yang cukup dan tidak berlebihan
 - d. Edukasi keluarga tentang penggunaan bahan masakan tambahan seperti gula, garam dan minyak yang tidak berlebihan

Community Oriented

Memotivasi pasien untuk mengikuti kegiatan di lingkungan terdekat yang dapat meningkatkan kebugaran pasien.

Target Terapi Berdasarkan Diagnosis Holistik Awal

Tabel 3. Target terapi

Variabel	Target Terapi	Media Intervensi
Pengetahuan	Peningkatan pengetahuan terkait asupan makanan yang cukup dan tidak berlebihan melalui kuesioner pretest dan posttest (terdapat peningkatan nilai)	Flip chart
Tekanan darah	Tekanan darah sistolik <140 mmHg dan diastolik <90 mmHg.	Tensimeter digital
Pola makan	Perubahan pola makan yang cukup dan tidak berlebihan	Flip chart
Aktivitas fisik	Peningkatan aktivitas fisik	Flip chart
Berat badan	Penurunan berat badan	Timbangan berat badan
Persepsi yang salah tentang tatalaksana obesitas	Perubahan persepsi bahwa penurunan berat badan dapat tercapai dengan konsistensi dan perubahan pola hidup.	Flip chart

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- a. Alasan kedatangan: keluhan sudah tidak ada
- b. Kekhawatiran: tidak ada kekhawatiran karena pasien sudah mengetahui penanganan atas penyakitnya
- c. Persepsi: tekanan darah bisa dikontrol dan berat badan bisa diturunkan dengan pola makan, pengolahan makanan, dan aktivitas fisik yang sesuai
- d. Harapan: tekanan darah terkontrol dan berat badan ideal

2. Aspek Klinik

- a. Hipertensi (ICD 10-I15, ICPC 2- K86)
- b. Obesitas derajat III (ICD 10-E66.01, ICPC-2 T82)

3. Faktor Risiko Internal

- a. Motivasi pasien untuk konsisten menurunkan berat badan sudah meningkat
- b. Pola makan dengan asupan energi, lemak, karbohidrat sudah mulai sesuai
- c. Pengetahuan tentang penggunaan bahan masakan tambahan seperti gula, garam dan minyak yang tidak berlebihan sudah meningkat
- d. Kebiasaan duduk dan tidur setelah makan sudah tidak dilakukan serta aktivitas fisik sudah meningkat

4. Faktor Risiko Eksternal

- a. Dukungan pasangan dan keluarga untuk menurunkan berat badan sudah meningkat
- b. Kebiasaan makan gorengan sebagai camilan di lingkungan sekitar pasien sudah berkurang
- c. Pengetahuan tentang asupan karbohidrat, lemak, dan protein yang cukup sudah meningkat

- d. Pengetahuan keluarga tentang penggunaan bahan masakan tambahan seperti gula, garam dan minyak yang tidak berlebihan sudah meningkat

5. Skala Fungsional

Derajat dua yaitu masih mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam maupun di luar rumah.

PEMBAHASAN

Studi kasus dilakukan pada Ny. R berusia 63 tahun dengan hipertensi dan obesitas derajat III yang dikaji dengan memandang pasien secara menyeluruh mencakup biologis, psikologis dan sosial. Pentingnya pendekatan kedokteran keluarga pada pasien ini karena penyakit pada pasien tergolong penyakit menahun dan dipengaruhi oleh berbagai faktor serta komplikasi yang bisa ditimbulkan bila penyakit ini tidak ditangani. Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah seorang wanita berusia 63 tahun yang mengeluhkan nyeri pinggang hilang timbul sejak 1 bulan lalu dengan riwayat hipertensi dan obesitas derajat III. Pada kunjungan pasien ke puskesmas sekitar 16 tahun yang lalu, pasien mengeluhkan adanya nyeri kepala seperti ditimpa beban berat sejak beberapa hari sebelumnya. Hasil pemeriksaan tekanan darah pasien juga tinggi (160/90 mmHg) sehingga sejak saat itu pasien terdiagnosa dengan hipertensi dan rutin mengkonsumsi obat anti hipertensi (amlodipine 1x10mg). Salah satu keluhan utama hipertensi adalah nyeri kepala akibat kerusakan vaskuler pada pembuluh darah perifer. Perubahan arteri kecil dan arteriol menyebabkan penyumbatan pembuluh darah, yang mengakibatkan aliran darah terganggu, hal ini akan menyebabkan suplai oksigen menurun dan kadar karbon dioksida meningkat kemudian terjadi metabolisme anaerob yang menyebabkan peningkatan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak (Anggara, 2013).

Tekanan darah pasien pada 16 tahun lalu adalah 160/90 mmHg yang mana berdasarkan pedoman JNC VIII nilai dari tekanan darah pasien masuk ke golongan Hipertensi Derajat I. Menurut JNC VIII (Joint National Committee) seseorang dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan darah sistol lebih dari sama dengan 140 mmHg dan diastol lebih dari sama dengan 90 mmHg dalam dua kali pengukuran dalam selang waktu lima menit (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, 2013). Pada kunjungan pasien ke puskesmas tanggal 13 Maret 2024 pasien mengeluhkan nyeri pinggang hilang timbul sejak 1 bulan lalu. Dari hasil pemeriksaan fisik diketahui: Keadaan umum: Tampak sakit ringan; kesadaran: compos mentis; tekanan darah 126/78 mmHg; frekuensi nadi: 80x/menit; frekuensi napas: 18x/menit; suhu: 37.0°C; berat badan: 106,7 kg; tinggi badan: 155 cm, IMT: 44,4 kg/m² (Obese derajat III), lingkar perut 127 cm dan lingkar lengan 42 cm. Pasien terdiagnosis obesitas grade III berdasarkan IMT pasien yaitu 44,45 kg/m² dimana menurut klasifikasi Asia Pasifik IMT >40 kg/m² adalah Obesitas Derajat III (Maulidina et.al, 2017).

Keluhan nyeri pinggang yang dialami oleh pasien sangat berkaitan erat dengan obesitas yang diderita oleh pasien. Obesitas terbukti menjadi faktor risiko terjadinya sakit punggung. Indeks Massa Tubuh (IMT), Rasio Lingkar Pinggang dan Panggul (RLPP), persen lemak, dan massa lemak secara signifikan dan positif berhubungan dengan low back pain. Berat badan berlebih dapat meningkatkan beban mekanis pada tulang belakang dengan menyebabkan kompresi atau robekan pada struktur lumbal tulang belakang. Obesitas sentral atau disebut juga obesitas abdominal menyebabkan berkurangnya ruang gerak sendi tulang belakang sehingga lebih mudah terjadi degenerasi diskus yang kemudian menyebabkan timbulnya low back pain (Liberty et.al, 2017).

Kemudian kegiatan dilanjutkan dengan kunjungan pertama kali ke rumah pasien pada tanggal 13 Maret 2024 untuk menganalisis aspek personal, aspek klinis, risiko internal dan eksternal

serta derajat fungsional. Dari hasil kunjungan tersebut, didapatkan usia pasien yang dikategorikan sebagai lansia yang memiliki risiko penyakit degeneratif dimana seseorang dengan usia lebih dari 40 tahun mengalami penurunan elastisitas pembuluh darah, saat darah dipompakan oleh jantung, lapisan pembuluh darah tidak meregang dengan baik dan menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan pembuluh darah (Widyartha et. Al, 2016). Pasien juga memiliki riwayat keluarga menderita hipertensi yaitu Ayah dan empat dari delapan saudara kandung pasien. Faktor keturunan memiliki peran besar terhadap munculnya hipertensi pada seseorang (Rini, 2015). Kurangnya motivasi pasien untuk konsisten menurunkan berat badan, pola makan dengan asupan energi, lemak, karbohidrat yang berlebih, pengetahuan yang kurang tentang penggunaan bahan masakan tambahan yang benar seperti penggunaan gula, garam dan minyak berlebihan, serta kebiasaan duduk dan tidur setelah makan dan kurangnya aktivitas fisik merupakan faktor risiko internal pasien.

Faktor risiko pasien yang berhubungan dengan pola hidup adalah pasien jarang berolahraga dan aktivitas fisik tergolong ringan. Seseorang dengan aktivitas fisik yang ringan akan memiliki frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi sehingga otot jantung akan bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Semakin keras jantung memompa darah maka semakin besar pula tekanan yang dibebankan pada dinding arteri sehingga meningkatkan tekanan perifer dan menyebabkan tekanan darah menjadi tinggi, selain itu aktivitas fisik yang ringan juga berperan dalam meningkatnya berat badan seseorang (James, 2014). Pola diet dan kebiasaan makan tidak sesuai yaitu konsumsi makanan tinggi garam. Hal ini berhubungan dengan diet tinggi natrium yang dapat meningkatkan resistensi tahanan perifer dan mengakibatkan kenaikan tekanan darah. Selain hipertensi pasien juga mengalami obesitas derajat III menurut klasifikasi IMT Asia Pasifik dengan IMT pasien 44,4 kg/m². Keadaan obesitas inilah yang berpengaruh terhadap kondisi pasien saat ini yaitu hipertensi. Risiko yang besar ini bisa terjadi karena adanya peningkatan kadar leptin, resistensi insulin, peningkatan aktivitas sistem saraf simpatik, peningkatan renin-angiotensin-aldosteron (RAA) dan peningkatan reabsorpsi sodium renal pada individu yang obesitas (Frilander et.al, 2015).

Setelah didapatkan permasalahan dan faktor risiko yang memengaruhi masalah pada pasien, kegiatan selanjutnya dilakukan intervensi pada tanggal 22 April 2024. Intervensi diberikan dalam dua bentuk, yaitu secara non farmakologis dan secara farmakologis. Sebelum dilakukan intervensi dilakukan anamnesis kembali dan kontrol ulang tekanan darah serta pemeriksaan gula darah sewaktu maupun pemeriksaan kolesterol total. Hasil anamnesis pasien masih mengeluhkan nyeri pinggang dan hasil pengukuran tekanan darah pasien pada pertemuan kedua 120/70 mmHg. Pemeriksaan gula darah sewaktu dan kolesterol total dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan sindrom metabolik (SM) dimana komponen utama SM adalah obesitas, resistensi insulin, dislipidemia, dan hipertensi (Rini, 2015). Pada pasien didapatkan hasil gula darah sewaktu dan kolesterol total dalam batas normal maka sindrom metabolik pada pasien dapat disingkirkan. Setelah dilakukan pemeriksaan pasien diminta untuk mengerjakan soal pretest sebanyak 10 soal yang berhubungan dengan hipertensi dan obesitas. Pada saat dilakukan penilaian pasien mendapatkan skor 40 dimana hal ini menunjukkan pengetahuan pasien terkait hipertensi dan obesitas masih kurang.

Intervensi non-farmakologis dilakukan dengan menggunakan media flip chart berisi informasi terkait faktor risiko, komplikasi penyakit, pola makan dan pola aktivitas fisik pada hipertensi dan obesitas. Selain itu juga dilakukan penghitungan kebutuhan angka kecukupan gizi pasien dan food recall serta diberikan print out berisi saran menu diet, diet DASH untuk hipertensi dan diet rendah kalori untuk obesitas. Setelah dilakukan penjelasan kepada pasien, intervensi non-farmakologis dilanjutkan dengan konseling yang lebih menekankan pada permasalahan pasien yaitu pola diet dan pola aktivitas fisik. Intervensi non-farmakologis ditutup dengan

memberikan motivasi kepada pasien dan melibatkan keluarga pasien untuk ikut menjaga pola makan, pola aktivitas fisik dan membantu mendukung serta memberikan motivasi pada pasien untuk mengikuti anjuran dan mengisi check-list progress apabila sudah mengikuti apa yang sudah dianjurkan.

Intervensi farmakologis tetap mengikuti pengobatan yang didapatkan oleh pasien. Dalam hal ini pasien menggunakan terapi pengobatan Amlodipin 1 x 10 mg. Panduan dalam pemilihan dosis obat antihipertensi dimulai dengan satu obat dari golongan diuretic thiazide, CCB, ACEI atau ARB, kemudian dititrasi hingga mencapai dosis maksimal. Jika tujuan tekanan darah tidak dicapai dengan penggunaan satu obat meskipun titrasi dengan dosis maksimum yang disarankan, tambahkan obat kedua dari daftar (diuretic thiazide, CCB, ACEI, atau ARB) dan titrasi sampai dengan maksimum yang disarankan dosis obat kedua untuk mencapai tujuan tekanan darah. Jika tujuan tekanan darah tidak tercapai dengan dua obat, dipilih obat ketiga dari daftar (diuretik thiazide, CCB, ACEI, atau ARB), dihindari penggunaan kombinasi ACEI dan ARB.²¹ Menurut JNC VIII target tekanan darah yang harus dicapai setelah modifikasi pola hidup dan tatalaksana farmakologi adalah tekanan darah sistolik kurang dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik kurang dari 90 mmHg pada pasien kurang dari 60 tahun dengan kulit non-hitam, berdasarkan pemantauan tekanan darah pasien belum mencapai target, maka seharusnya pasien membutuhkan dorongan lebih dalam modifikasi pola hidup dan mempertimbangkan terapi farmakologi tambahan dengan dosis inisial dari obat antihipertensi golongan diuretic thiazide atau ARB atau ACEI (James, 2014). Kunjungan rumah ketiga yaitu evaluasi hasil intervensi pada tanggal 28 April 2024. Dari hasil anamnesis didapatkan hasil keluhan sudah berkurang. Pasien juga selalu rutin minum obat antihipertensi setiap hari, pola makan pasien yang dinilai berdasarkan food recall juga sudah cukup dan tidak berlebih. Pasien mengaku sudah melakukan aktivitas fisik namun masih mengeluhkan kesulitan dalam melakukan aktivitas fisik selama 45-60 menit sehari sebanyak minimal 5 kali seminggu. Pasien mengaku hanya mampu berjalan cepat selama 15-20 menit sebanyak 2 kali seminggu.

Evaluasi dilanjutkan dengan mengevaluasi pengetahuan pasien terkait hipertensi dan obesitas dengan cara mengerjakan soal post-test yang sama dengan soal pre-test dan didapatkan skor pasien adalah 80 dapat disimpulkan terjadi peningkatan pengetahuan pada pasien. Evaluasi pengetahuan juga dilakukan terhadap salah satu anggota keluarga pasien dan didapatkan skor adalah 90 yaitu terdapat peningkatan pengetahuan pada keluarga pasien. Evaluasi selanjutnya adalah persepsi pasien dan keluarga tentang penyakit dan pola pengobatan dengan cara tanya jawab. Saat ini pasien sudah mengetahui bahwa penambahan bahan masakan tambahan seperti garam, gula, dan minyak berpengaruh terhadap penambahan kalori harian dan dapat memperberat penyakitnya. Selanjutnya untuk evaluasi klinis dilakukan pemeriksaan tekanan darah dan didapatkan hasil 125/72 mmHg serta penimbangan berat badan dan didapatkan adanya penurunan berat badan sebanyak 1,1 kg selama 1 minggu setelah melakukan intervensi yang diberikan. Persepsi pasien sudah lebih baik bahwa konsistensi dalam melakukan perubahan pola makan dan aktivitas fisik yang sesuai dapat menurunkan berat badan.

SIMPULAN

Penyakit hipertensi dan obesitas yang dialami oleh pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor risiko internal pasien yaitu kurangnya motivasi pasien untuk konsisten menurunkan berat badan, pola makan dengan asupan energi, lemak, karbohidrat yang berlebih, pengetahuan yang kurang tentang penambahan bahan masakan tambahan yang berlebihan seperti gula, garam dan minyak, serta kebiasaan duduk dan tidur setelah makan dan kurangnya aktivitas fisik. Faktor risiko eksternal yang memengaruhi kondisi pasien yaitu dukungan keluarga dan

pasangan masih kurang, pengetahuan yang kurang terkait asupan karbohidrat, lemak dan protein yang cukup dan tidak berlebih, pengetahuan yang kurang tentang penggunaan bahan masakan tambahan yang berlebihan seperti gula, garam dan minyak, serta kebiasaan makan gorengan sebagai camilan di dekat pasien. Intervensi medikamentosa yaitu amlodipine 1 x 10mg dan intervensi non-medikamentosa berupa edukasi menggunakan flipchart kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya konsistensi dalam usaha menurunkan berat badan, edukasi mengenai pola makan dengan asupan energi, lemak, karbohidrat yang cukup dan tidak berlebih, edukasi terkait penggunaan bahan masakan tambahan seperti gula, garam dan minyak yang tidak berlebihan dan edukasi terkait pentingnya aktivitas fisik. Setelah dilakukan tatalaksana secara holistik dan komprehensif dengan pendekatan dokter keluarga, terjadi peningkatan pengetahuan (pasien sebesar 40 poin dan keluarga pasien sebesar 40 poin), tekanan darah pasien terkontrol, terdapat perubahan pola makan menjadi cukup dan tidak berlebihan, terdapat peningkatan aktivitas fisik, penurunan berat badan sebanyak 1,1 kg, dan perubahan persepsi bahwa penurunan berat badan dapat tercapai dengan konsistensi dan perubahan pola hidup.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggara, F. H. D., & Prayitno, N. (2013). Faktor-faktor yang berhubungan dengan tekanan darah di Puskesmas Telaga Murni Cikarang Barat tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 5(1), 20–25.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Bakti Husada.
- Bray, G. A., Kim, K. K., & Wilding, J. (2017). Obesity: A chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*, 18(7), 715–723. <https://doi.org/10.1111/obr.12551>
- Frilander, H., Solovieva, S., Mutanen, P., Pihlajamäki, H., Heliövaara, M., & Viikari-Juntura, E. (2015). Role of overweight and obesity in low back disorders among men: A longitudinal study with a life course approach. *BMJ Open*, 5(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008508>
- James, P. (2014). Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the English Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, 311(5), 507–520. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.284427>
- Kemkes. (2021). Klasifikasi obesitas setelah pengukuran IMT. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/obesitas/klasifikasi-obesitas-setelah-pengukuran-imt>
- Kementerian Kesehatan. (2015). Pedoman umum pengendalian obesitas. https://extranet.who.int/ncdccs/Data/IDN_B11_Buku%20Obesitas-1.pdf
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Laporan Provinsi Lampung Riskedas 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. http://www.pusat3.litbang.kemkes.go.id/dwn.php?file=LAPORAN_RISKESDASLAMPUNG2018.pdf
- Kementerian Kesehatan. (2023). Panduan Hari Obesitas Sedunia Tahun 2023. <https://ayosehat.kemkes.go.id/pub/files/0b43c48e8765bf62a02f42a1359349d5.pdf>

- Liberty, I. A., Pariyana, R., Roflin, E., & Waris, L. (2017). Determinan kepatuhan berobat pasien hipertensi pada fasilitas kesehatan tingkat I. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 1(1), 58–65.
- Maulidina, F., Harmani, N., & Suraya, I. (2019). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Jati Luhur Bekasi tahun 2018. *ARKESMAS*, 4(1), 149–155.
- Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, 16, 223–237. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>
- Oparil, S., Acelajado, M. C., Bakris, G. L., Berlowitz, D. R., Cífková, R., Dominiczak, A. F., Grassi, G., Jordan, J., Poulter, N. R., Rodgers, A., & Whelton, P. K. (2018). Hypertension. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 18014. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.14>
- Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia. (2019). Hipertensi dan obesitas. Jakarta. http://faber.inash.or.id/upload/pdf/article_Konsensus_InaSH_2016_revisi_final_31_Jan_2016-2_Feb_201637.pdf
- Ramasamy, A., Laliberté, F., Aktavoukian, S. A., Lejeune, D., DerSarkissian, M., Cavanaugh, C., Smolarz, B. G., Ganguly, R., & Duh, M. S. (2019). Direct and indirect cost of obesity among the privately insured in the United States: A focus on the impact by type of industry. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 61(11), 877–886.
- Ramadhani, R., Ragil, S., & Eva, A. (2023). Analysis of knowledge level and family support of hypertension patients at Kedaton and Segala Mider Health Center in Bandar Lampung City. *Journal of Research in Pharmacy*, 3(1), e-ISSN: 2774-9967.
- Raniya, G., & Amrina, R. (2022). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian obesitas pada remaja umur 13–15 tahun di Indonesia (analisis lanjut data Riskesdas 2018). *Ilmu Gizi Indonesia*, 6(1), 43–56.
- Rini, S. (2015). Sindrom metabolik. *Jurnal Majority*, 4(4), 88–93.
- Singer-Englar, T., Barlow, G., & Mathur, R. (2019). Obesity, diabetes, and the gut microbiome: An updated review. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 13(1), 3–15.
- Ward, Z. J., Bleich, S. N., Long, M. W., & Gortmaker, S. L. (2021). Association of body mass index with health care expenditures in the United States by age and sex. *PLOS ONE*, 16(3), e0247307. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247307>
- WHO Consultation on Obesity (1999: Geneva, Switzerland), & World Health Organization. (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. World Health Organization Technical Report Series, 894, i–xii, 1–253.
- Widyartha, I. M. J., Putra, I. W. G. A. E., & Ani, L. S. (2016). Riwayat keluarga, stres, aktivitas fisik ringan, obesitas, dan konsumsi makanan asin berlebihan sebagai faktor risiko hipertensi. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 4(2), 186–194