



---

**PENATALAKSANAAN HOLISTIK WANITA USIA 64 TAHUN DENGAN GOUT ARTHRITIS DAN HIPERKOLESTEROLEMIA MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA**

**Geri Indra Herlambang\*, Fitria Saftarina**

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

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

**ABSTRAK**

Gout arthritis merupakan penyakit progresif yang bersifat kronik akibat deposisi kristal monosodium urat (MSU) di persendian, ginjal, dan jaringan ikat karena hiperurisemia. Gout dapat dikendalikan melalui pola hidup sehat dan dibutuhkan dukungan dari keluarga sehingga perlu penatalaksanaan holistik. Hiperkolesterolemia merupakan patogenesis terjadinya penyakit kardiovaskular seperti penyakit jantung koroner, stroke, dan sindrom metabolik. Faktor risiko peningkatan kadar kolesterol adalah konsumsi makanan berlemak tinggi, merokok, dan kelebihan berat badan. Tatalaksana berupa farmakologi disertai intervensi gaya hidup, seperti diet, olahraga, dan penghentian merokok. Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis evidence based medicine pada pasien untuk mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan patient centered dan family approach. 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 secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien memiliki kekhawatiran dalam aktivitas, gangguan makanan, dan pengetahuan yang kurang mengenai penyakitnya. Pengetahuan keluarga tentang penyakit pasien masih rendah. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan perubahan pengetahuan pasien mengenai penyakitnya, penurunan kadar asam urat dan kolesterol, keluhan pasien berkurang, perubahan pola diet pasien, kebiasaan olahraga atau aktivitas fisik.

Kata kunci: gout arthritis; hiperkolesterolemia; penatalaksanaan holistik

***HOLISTIC MANAGEMENT OF A 64 YEAR OLD WOMAN WITH GOUT ARTHRITIS AND HYPERCHOLESTEROLEMIA THROUGH A FAMILY MEDICINE APPROACH***

**ABSTRACT**

*Gout arthritis is a chronic progressive disease caused by the deposition of monosodium urate (MSU) crystals in the joints, kidneys, and connective tissue due to hyperuricemia. Gout can be controlled through a healthy lifestyle and requires support from the family so that holistic management is needed. Hypercholesterolemia is the pathogenesis of cardiovascular diseases such as coronary heart disease, stroke, and metabolic syndrome. Risk factors for increased cholesterol levels are consumption of high-fat foods, smoking, and being overweight. Management is in the form of pharmacology accompanied by lifestyle interventions, such as diet, exercise, and smoking cessation. Implementation of family doctor services based on evidence-based medicine in patients to identify risk factors, clinical problems, and patient management based on the patient's problem-solving framework with a patient-centered and family approach. This study is a case report. Primary data were obtained through anamnesis, physical examination and home visits. Assessment based on a holistic diagnosis from the beginning, process and end quantitatively and qualitatively. Patients have concerns about activities, eating disorders, and lack of knowledge about their illness. Family knowledge about the patient's illness is still low. After the intervention, there were changes in patient knowledge about their disease, decreased uric acid and cholesterol levels, patient complaints decreased, changes in patient diet patterns, exercise habits or physical activity.*

*Key words: gout arthritis; holistic management; hypercholesterolemia*

## **PENDAHULUAN**

Gout arthritis merupakan penyakit progresif yang bersifat kronik akibat deposisi kristal monosodium urat (MSU) di persendian, ginjal, dan jaringan ikat lain karena keadaan hiperurisemia. Pasien dikategorikan hiperurisemia apabila kadar asam uratnya lebih dari 7,0 mg/dL pada laki-laki, sedangkan pada perempuan adalah lebih dari 6,0 mg/dL tanpa gejala klinis (Parisa et al., 2023). Arthritis gout akut disebabkan oleh kadar asam urat yang tinggi di dalam darah dan berlangsung lama sehingga terjadi penumpukan kristal asam urat di sendi, ginjal dan jaringan ikat lainnya. Keadaan ini dapat berkembang menjadi kronis, terbentuknya tofus, dan bahkan dapat mengakibatkan gangguan fungsi ginjal berat, serta penurunan kualitas hidup apabila tidak dilakukan penanganan yang efektif (Zhang et al., 2023). World Health Organization (WHO) memperkirakan terdapat 47.150 orang di dunia yang mengalami asam urat (Zhang et al., 2023). Prevalensi hiperurisemia dan gout di Indonesia merupakan yang tertinggi di antara negara-negara Asia lainnya. Prevalensi Gout arthritis di Indonesia berdasarkan data Riskesdas 2018 lebih banyak terjadi pada perempuan sebesar 8,46% sedangkan pada laki-laki adalah sebesar 6,13%. Prevalensi penyakit sendi di Lampung berada pada urutan ke 10 di Indonesia yaitu sebesar 11,5%. Berdasarkan Profil Kesehatan Kota Bandar Lampung tahun 2016, penyakit hiperurisemia masuk kedalam 10 penyakit terbanyak yaitu 141.857 kasus. Sedangkan prevalensi penyakit sendi di Kabupaten Pesawaran sebesar 4,61% (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Faktor risiko gout arthritis diklasifikasikan menjadi dua faktor yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi seperti usia dan keturunan. Faktor yang dapat dimodifikasi adalah pola makan berupa konsumsi makanan tinggi purin, konsumsi alkohol berlebih, kegemukan (obesitas), kurangnya aktivitas fisik, penyakit jantung, gangguan fungsi ginjal, dan adanya trauma. Gout arthritis merupakan penyakit yang bersifat kronis dan dapat dikendalikan dengan pola hidup yang sehat. Dalam mengubah perilaku menjadi hidup sehat dibutuhkan faktor pendorong salah satunya dukungan keluarga dan komunitas (Koto et al., 2021). Oleh karena itu, diperlukan penatalaksanaan holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga meliputi patient-centered, family-approach dan community oriented untuk mendorong perubahan perilaku pasien agar tujuan pengobatan dapat tercapai, mencegah komplikasi yang mungkin dapat terjadi, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Hiperkolesterol merupakan penyebab paling umum penyakit kardiovaskular, menyebabkan deposit lipid pada dinding arteri, sehingga memperparah proses aterosklerosis. Penyakit tidak menular terus menjadi masalah kesehatan masyarakat yang penting di dunia, bertanggung jawab atas mortalitas dan morbiditas yang cukup besar. Penyakit tidak menular (PTM) adalah penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia. Penyakit tidak menular (PTM) secara global bertanggung jawab atas lebih banyak kematian daripada gabungan semua penyebab lainnya, dengan 4 PTM (penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit pernapasan kronis, dan diabetes) bertanggung jawab atas 84% dari kematian ini (Obsa et al., 2021).

Data dari American Heart Association (AHA) memperkirakan lebih dari 100 juta penduduk Amerika memiliki kadar kolesterol total >200 mg/dl dan lebih dari 34 juta (13,8%) jiwa penduduk dewasa Amerika memiliki kadar kolesterol >240 mg/dl yang termasuk tinggi dan membutuhkan terapi (Obsa et al., 2021). Berdasarkan estimasi data World Health Organization (WHO) pada tahun 2008, prevalensi hiperkolesterolemia yang didefinisikan dengan nilai kolesterol total 190 mg/dL di Asia Tenggara adalah sebesar 30,2%. Pada tahun 2011, prevalensi pasien dengan kolesterol total  $\geq$ 240 mg/dL di Indonesia adalah sebesar 9,0% - 25% (Mohamed-Yassin et al., 2021). Data Riset Kesehatan Dasar Nasional

(Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan sebesar 28,8% penduduk Indonesia yang berusia  $\geq 15$  tahun memiliki kadar kolesterol abnormal berdasarkan National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel (NCEP- ATP III) 2001, yaitu kadar kolesterol total  $\geq 200$  mg/dl. Prevalensi pada perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki dan penduduk perkotaan lebih tinggi dibandingkan penduduk pedesaan (Kementerian Kesehatan RI, 2020) Hiperkolesterolemia merupakan kelainan metabolisme lipid berupa peningkatan atau penurunan fraksi lipid dalam plasma darah. Kelainan fraksi lipid yang utama adalah kenaikan kadar kolesterol total (K-total), kolesterol LDL (K-LDL), trigliserida (TG), dan penurunan kolesterol HDL (K-HDL). Penegakkan diagnosis hiperkolesterolemia didapatkan berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium (W. Lu et al., 2022). Hiperkolesterolemia tersebut dapat juga menimbulkan terjadinya penyakit kardiovaskular dan metabolik seperti aterosklerosis, penyakit jantung koroner, stroke dan sindrom metabolik. Global Health Observatory (GHO) data juga menyebutkan bahwa hiperkolesterolemia dapat menjadi faktor risiko terjadinya heart disease dan stroke (Cuchel et al., 2023).

Kejadian hiperkolesterolemia ini berhubungan dengan faktor risiko akibat adanya perubahan gaya hidup sehingga faktor penyebabnya dapat dimodifikasi. Pemberian obat golongan statin yang merupakan lini pertama saja tidak akan dapat mencapai target penurunan kadar kolesterol. Oleh karena itu, tatalaksana yang tepat harus diimbangi dengan intervensi gaya hidup, seperti terapi diet, latihan fisik, penghentian merokok, dan penurunan berat badan. Diet yang dapat dipakai untuk menurunkan kolesterol LDL adalah diet asam lemak tidak jenuh seperti MUFA dan PUFA karena faktor diet yang paling berpengaruh terhadap peningkatan konsentrasi kolesterol LDL adalah asam lemak jenuh (Abdul Murad et al., 2023). Kombinasi obat golongan statin dengan ezetimibe dapat menurunkan resiko terjadinya penyakit kardiovaskular (W. Lu et al., 2022). Keadaan lansia menderita beberapa penyakit secara bersamaan dapat menjadi sebuah masalah yang kompleks bagi pasien dan keluarganya. Oleh karena itu, penanganan yang tepat dapat mencegah kemungkinan terjadinya komplikasi. Tujuan dari penulisan ini adalah untuk mengidentifikasi faktor risiko internal, faktor risiko eksternal, dan masalah klinis pada pasien. Menerapkan pelayanan dokter keluarga berbasis Evidence Based Medicine pada pasien serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan patient centered, family focused, dan community oriented.

## **METODE**

Studi ini merupakan laporan kasus pada perempuan dewasa dengan diagnosa gout arthritis dan hiperkolesterolemia. Sampel dalam studi ini sebanyak satu orang, subjek merupakan pasien rawat jalan di Puskesmas Gedong Tataan yang bersedia menjadi responden. Sumber data diperoleh dari pasien, keluarga, dan rekam medis. Observasi dan pemeriksaan fisik dilakukan dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi dengan tetap menjaga privasi pasien. Pengambilan data selanjutnya dilakukan melalui tiga kali kunjungan ke rumah pasien. Kunjungan pertama untuk memperoleh informasi dan mengidentifikasi faktor risiko pada pasien, keluarga dan lingkungan yang berkaitan dengan penyakit pasien. Pada kunjungan kedua, dilakukan intervensi berupa penilaian pemahaman awal melalui pretest terkait penyakitnya, edukasi terkait penyakit yang diderita, serta pemaparan rencana intervensi yang akan dilakukan pada pasien. Kunjungan ketiga dilakukan untuk mengevaluasi hasil intervensi.

## HASIL

### **Ilustrasi Kasus**

Pasien Ny. MY usia 64 tahun datang ke Puskesmas pada tanggal 4 Januari 2024 dengan keluhan nyeri pada sendi-sendi jari kaki kanan dan kiri sejak 1 minggu yang lalu. Keluhan nyeri pasien muncul mendadak tanpa didahului sesuatu. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan berlangsung terus menerus. Keluhan berkurang pada malam hari dan mereda saat pasien istirahat. Pasien mengeluhkan sulit untuk menggerakkan jari-jari tangan. Keluhan tersebut mengganggu aktivitas sehari-hari. Nyeri pada sendi disertai, bengkak, teraba hangat, dan sering terasa kesemutan. Sejak 1 hari yang lalu, keluhan menetap sehingga pasien memutuskan berobat ke puskesmas. Pada hari pasien ke puskesmas dijumpai keluhan berupa nyeri teraba hangat, bengkak. Pasien belum pernah melakukan pengobatan ke dokter terkait keluhannya.

Pasien tidak mengonsumsi obat dan menggunakan balsam yang dibeli sendiri di warung untuk mengurangi keluhannya. Tidak terdapat keluhan lain yang pasien alami selain keluhan pada sendinya. Pasien mengaku tidak memahami penyakit apa yang ia derita dan apa saja penyebabnya. Tidak terdapat keluhan serupa pada keluarga pasien. Pasien makan 3 kali sehari dengan jumlah nasi yang dikonsumsi sebanyak 2 centong setiap makan. Pasien sering mengonsumsi lauk berupa ikan kembung disertai tempe dan tahu. Pasien jarang mengonsumsi daging ayam, sapi, maupun kambing namun pasien sering mengonsumsi jeroan ayam. Pasien gemar mengonsumsi sayuran berwarna hijau. Pasien mengaku jarang minum air putih, hanya minum sekitar 6 gelas per hari bila merasa haus. Pasien tidak sedang menjalani diet makanan tertentu. Pasien mengatakan tidak merokok ataupun mengonsumsi alkohol.

Pasien dalam sehari-harinya bekerja sebagai ibu rumah tangga. Aktivitas sehari-hari pasien adalah sebagai ibu rumah tangga. Pasien mengaku jarang berolahraga. Keluarga Ny. MY terdiri dari Ny. MY (64 tahun) sebagai istri dan Tn. T (67 tahun) sebagai suami dan kepala keluarga namun telah meninggal dunia. Mereka memiliki tiga anak yaitu Ny. S (35 tahun) sebagai anak pertama, Ny. L (32 tahun) sebagai anak kedua, dan Tn. A (29 tahun) sebagai anak ketiga. Pasien mempunyai 5 orang cucu. Saat ini pasien tinggal bersama anak pertamanya namun juga sering berpindah-pindah ke rumah anaknya yang lain. Hubungan pasien dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitar terjalin baik. Bila terdapat masalah dalam keluarga, pasien dan anggota keluarganya biasa melakukan musyawarah untuk mendapatkan solusi. Pasien cukup mengenal tetangga sekitar dan turut serta dalam aktivitas sosial yang diadakan di sekitar rumahnya. Pasien dan keluarganya menjalankan ibadah dengan cukup baik.

Pendapatan dalam keluarga berasal dari penghasilan menantu dan anaknya yang tinggal bersama yang bekerja sebagai petani dan pedagang. Pasien mengatakan bahwa pendapatan tersebut cukup untuk digunakan untuk memenuhi kebutuhan primer dan beberapa kebutuhan sekunder. Perilaku berobat pada pasien dan keluarga masih bersifat kuratif. Ketika pasien pergi berobat ke dokter ia menempuh jarak yang tidak terlalu jauh yaitu dua kilometer. Pasien khawatir keluhan yang dirasakan akan memburuk sehingga pasien berobat ke Puskesmas. Pasien kurang memahami bahwa penyakit ini perlu kontrol rutin disertai dengan gaya hidup sehat dan minum obat teratur. Saat ini pasien belum berusaha menjaga pola makannya. Pasien berharap keluhan tersebut dapat berkurang dan bahkan hilang.

### **Pemeriksaan Fisik**

Keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 130/82 mmHg, suhu 36,7°C, frekuensi nadi 75x/menit, frekuensi napas 20x/menit, SpO<sub>2</sub> 98%, berat badan 64 kg, tinggi badan 157 cm, IMT 22,7 kg/m<sup>2</sup> (normal)

### Status Generalis

Rambut, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan kesan dalam batas normal. Pemeriksaan leher dalam batas normal, pemeriksaan paru dan jantung inspeksi normochest, ictus cordis tidak terlihat; palpasi tidak ada nyeri tekan, ekspansi dinding dada simetris; perkusi sonor pada kedua apang paru, batas jantung tidak melebar; auskultasi vesikuler, bunyi jantung I dan II reguler. Pemeriksaan abdomen inspeksi abdomen datar; auskultasi bising usus 8 kali per menit; perkusi timpani seluruh lapang abdomen; palpasi nyeri tekan dan pembesaran hepar juga limpa tidak ada. Status neurologis dalam batas normal.

### STATUS LOKALIS

Ekstremitas inferior dekstra dan sinistra *Look*: Rubor (-/-), tumor (-/-); *Feel*: Kalor (+/+), dolor (+/+); *Move*: ROM aktif

### Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Asam Urat: 8,2 mg/dL

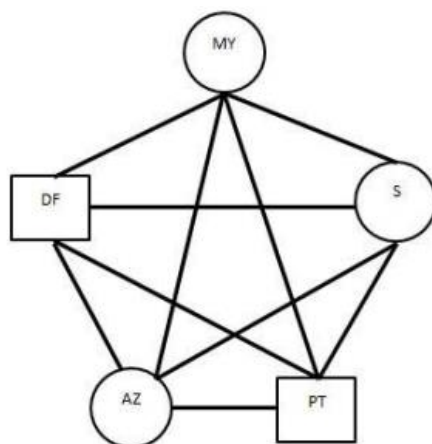
Pemeriksaan Kolesterol: 258 mg/dL

### Data Keluarga

Pasien Ny. MY usia 64 tahun merupakan seorang ibu rumah tangga. Kedua orang tua pasien telah meninggal. Pasien merupakan anak kedua dari lima bersaudara. Suami pasien telah meninggal dunia. Pasien memiliki tiga orang anak. Saat ini pasien tinggal dengan anaknya. Pendapatan keluarga pasien berasal dari menantu dan anak pasien yang sehari-hari bekerja sebagai petani dan pedagang yakni sekitar  $\pm 1.500.000$  per bulan. Pendapatan tersebut digunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari berupa kebutuhan primer dan beberapa kebutuhan sekunder. Hubungan pasien dengan keluarga anak-anaknya harmonis. Komunikasi dalam keluarga baik. Pemecahan masalah di keluarga dilakukan melalui diskusi dan seluruh keputusan keluarga ditentukan oleh suami anaknya yang tinggal bersama sebagai kepala rumah tangga. Ny.N rutin beribadah di masjid ataupun dirumah. Perilaku berobat masih mengutamakan kuratif yakni memeriksakan diri ke layanan kesehatan apabila ada keluhan mengganggu kegiatan sehari-hari. Keluarga pasien berobat ke Puskesmas yang berjarak dua kilometer dari rumah pasien. Keluarga pasien memiliki BPJS sebagai program jaminan kesehatannya. Dalam keadaan sakit pasien akan datang ke puskesmas dengan menaiki kendaraan yang diantar oleh anak atau cucunya.

### Family

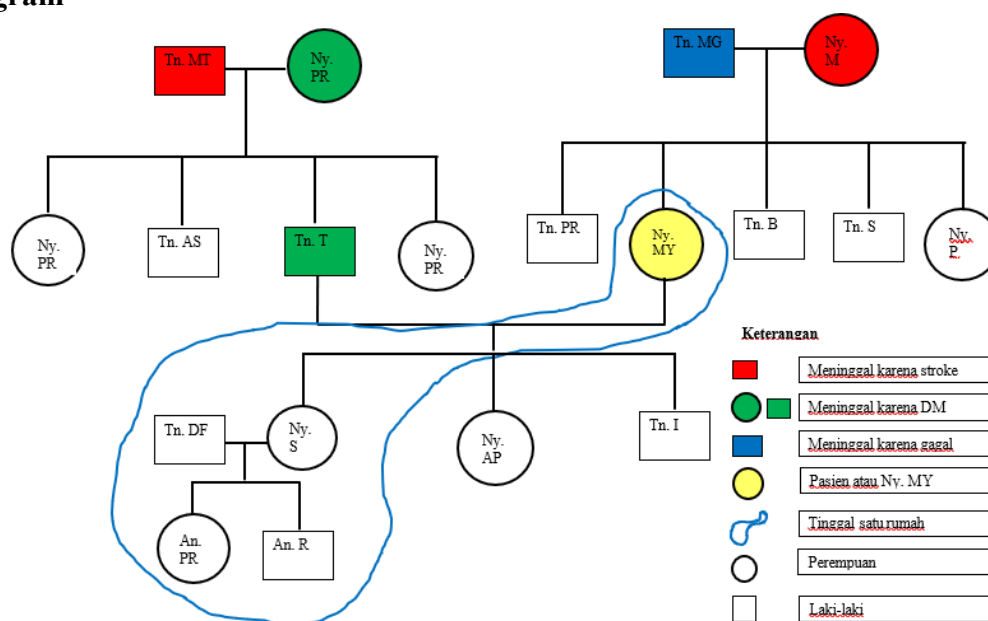
### Mapping



**Keterangan:**  
— : hubungan sangat erat

Gambar 1. *Family Mapping* keluarga Ny. MY

## Genogram



Gambar 2. Genogram keluarga Ny. MY

### Family APGAR Score

Fungsi keluarga dari Ny. MY dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 1.  
Family APGAR Ny. MY

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	2
<i>Growth</i>	Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginankeinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya	2
<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	2
Total		9

Total Family Apgar Score yaitu 9 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik).

### Family Lifecycle



Gambar 3. Family Lifecycle keluarga Ny. MY

Menurut siklus Duvall, siklus hidup keluarga Ny.N berada dalam tahap VIII yakni tahap keluarga yaitu keluarga dengan masa pensiun dan lansia.

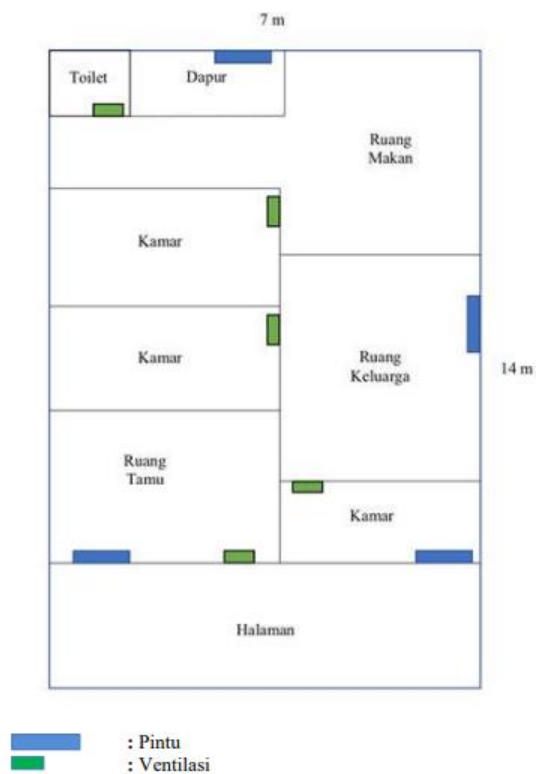
### Family SCREEM

Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai dengan menggunakan SCREEM Score, dengan hasil 25, maka dapat disimpulkan fungsi keluarga Ny.N memiliki sumber daya yang adekuat.

Tabel 2.  
*Family SCREEM Ny. MY*

Ketika Seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	SS	S	TS	STS
S1 Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	✓			
S2 Teman teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		✓		
C1 Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		✓		
C2 Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kita sangat membantu keluarga kita		✓		
R1 Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	✓			
R2 Tokoh agama yang kami anut sangat membantu keluarga kami		✓		
E1 Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		✓		
E2 Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami			✓	
E'1 Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit			✓	
E'2 Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga			✓	
M1 Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami		✓		
M2 Dokter, perawat dan / petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami		✓		
Total				25

### Denah Rumah



Gambar 4. Denah rumah keluarga Ny. MY

## **Data Lingkungan Rumah**

Pasien tinggal di rumah permanen milik pribadi dengan jumlah orang yang tinggal sebanyak 5 orang terdiri dari pasien, anak pasien, menantu pasien, dan 2 orang cucu pasien. Rumah tempat tinggal pasien berukuran 7 x14 m<sup>2</sup>. Terdapat tiga kamar tidur, satu ruang tamu, satu ruang keluarga, satu dapur, satu ruang makan, satu toilet dengan wc jongkok. Terdapat tempat untuk mencuci baju di depan kamar mandi dengan dinding semen dan lantai semen. Dinding tembok, lantai bagian depan rumah pasien terbuat dari keramik dan bagian belakang hanya berupa semen. Terdapat jendela dan ventilasi pada dapur, ruang keluarga, ruang tamu dan pada kamar depan. Sinar matahari cukup masuk ke dalam rumah. Rumah sudah dialiri listrik, sumber air dari sumur, fasilitas dapur menggunakan kompor gas, kebutuhan air minum berasal dari memasak sendiri air yang berasal dari sumur. Sampah dikumpulkan di kotak sampah di depan rumah. Pada saat kunjungan didapatkan kebersihan rumah baik. Keadaan rumah secara keseluruhan rapi. Rumah berada di lingkungan yang bersih dan terdapat jarak antara depan rumah pasien dengan jalan. Rumah pasien juga disertai halaman.

## **Diagnostik Holistik Awal**

### **1. Aspek Personal**

- a. Alasan kedatangan: Pasien ingin memeriksakan kesehatannya terkait dengan keluhan nyeri pada sendi-sendi jari tangan kanan dan kiri pasien.
- b. Kekhawatiran: Pasien khawatir keluhan yang dirasakan akan semakin memberat dan tidak dapat sembuh sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari
- c. Persepsi: Pasien merasa bahwa keluhan pasien bisa berkurang kemudian sembuh jika pasien minum obat-obatan yang diberikan oleh puskesmas.
- d. Harapan: Penyakit yang diderita dapat sembuh dan tidak kambuh lagi.

### **2. Aspek Klinis**

- a. Gout Arthritis (ICD X: M10.9, ICPC-2: T92)
- b. Hiperkolesterolemia

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

- a. Pasien kurang mengetahui mengenai penyakit yang dialami, penyebab penyakit, gejala dan pengobatan penyakit.
- b. Pendidikan terakhir pasien sekolah dasar.
- c. Pola diet dan kebiasaan makan tidak sesuai.
- d. Pasien jarang berolahraga.
- e. Usia tua yang meningkatkan risiko terjadinya penyakit degeneratif.

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

- a. Kurangnya dukungan dan pengetahuan keluarga mengenai penyakit yang diderita pasien.
- b. Pola berobat keluarga adalah kuratif.
- c. Pengetahuan keluarga dalam mempersiapkan pola makan yang sesuai bagi pasien yang masih kurang.

### **5. Derajat Fungsional**

Derajat fungsional 2 yaitu Pasien 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. Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri**

Pasien termasuk dalam pasien lansia sehingga perlu dilakukannya penilaian yang mendalam mengenai berbagai resiko dan aktivitas sehari-hari. Pada penilaian resiko jatuh pada Ny. MY menggunakan kuesioner Morse Fall Score didapatkan hasil sebesar 25 yang bermakna bahwa Ny. MY memiliki resiko rendah untuk terjatuh. Penilaian selanjutnya yaitu penilaian kemandirian dalam aktivitas sehari-hari penilaian menggunakan kuesioner

Activity of Daily Living didapatkan hasil sebesar 20 poin yang artinya Ny. MY masih melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

Penilaian asupan nutrisi pada pasien geriatric dapat menggunakan Mini Nutritional Assessment. Pada Ny. MY penilaian asupan nutrisi mendapatkan hasil sebesar 12 poin yang artinya Ny. MY tidak memiliki resiko mengalami malnutrisi. Selanjutnya dilakukan penilaian tingkat depresi menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS) menunjukkan hasil sebesar 3 poin yang artinya Ny. MY kemungkinan besar tidak mengalami gangguan depresi karena total poin < 5. Penilaian mental menggunakan *Mini Mental State Examination* (MMSE) dan demensia menggunakan *Abbreviated Mental Test* (AMT) mendapatkan skor total sebesar 28 poin dan 10 poin yang artinya Ny. MY memiliki fungsi kognitif global yang masih baik dan daya ingatnya dalam keadaan baik.

### **RENCANA INTERVENSI**

Intervensi yang diberikan pada pasien ini berupa medikamentosa dan nonmedikamentosa terkait arthritis gout. Intervensi medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan dan mencegah kekambuhan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi non medikamentosa yakni memberikan penjelasan mengenai penyakit yang sedang diderita oleh pasien menggunakan poster yang berisikan edukasi berupa definisi penyakit, faktor risiko penyakit, penyebab penyakit, gaya hidup, pola makan pasien, dan aktivitas fisik. Pada pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama dilakukan untuk melengkapi data pasien dan monitoring. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi menggunakan media poster. Kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan. Intervensi yang dilakukan terbagi atas patient center, family focused, dan community oriented.

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

##### **Non-Medikamentosa**

- a. Pemberian edukasi mengenai arthritis gout dan hiperkolesterol meliputi definisi, faktor risiko, gejala, faktor pemicu, upaya pengobatan, komplikasi, dan pencegahan perburukan dari penyakit.
- b. Pasien diberikan edukasi mengenai pengaturan pola makan berupa diet rendah purin dan rendah kolesterol latihan jasmani yang sesuai dengan pasien.
- c. Pasien diberikan edukasi mengenai latihan fisik berupa stretching exercise untuk mengurangi keluhan nyeri sendi.
- d. Pemberian edukasi kepada pasien untuk melakukan kontrol secara teratur ke Puskesmas.
- e. Diberikan edukasi kepada pasien tentang perlunya pengendalian dan pemantauan penyakit secara berkelanjutan.

##### **Medikamentosa**

- a. Allopurinol 1x100mg
- b. Natrium Diclofenac 3x50mg
- c. Simvastatin tablet, 1 x 20 mg per hari, setiap setelah makan malam.
- d. Vitamin B Kompleks tablet, 1 x 1 tab per hari (untuk membantu metabolisme tubuh serta meningkatkan imunitas tubuh).

##### ***Family Focused***

- a. Keluarga diberikan edukasi mengenai penyakit gout arthritis meliputi etiologi, faktor risiko, gejala, pengobatan dan komplikasi.
- b. Diinformasikan kepada anggota keluarga, terutama yang tinggal dengan pasien untuk melakukan pengawasan terhadap pola makan dan latihan fisik pada pasien.
- c. Menjelaskan kepada anggota keluarga mengenai risiko yang ada pada mereka dan pentingnya melakukan deteksi dini antara lain melakukan pemeriksaan kadar asam urat.
- d. Melakukan konseling kepada keluarga mengenai penyulit penyakit, serta komplikasi

jangka panjang tentang penyakit yang diderita pasien apabila penyakit tidak dikontrol secara rutin.

- e. Memberikan penjelasan dan motivasi anggota keluarga mengenai perlunya perhatian dan dukungan dari semua anggota keluarga.

### ***Community Oriented***

Memberikan informasi dan motivasi menggunakan media cetak dalam bentuk print out poster mengenai arthritis gout dan Hiperkolesterolemia serta edukasi secara langsung kepada pasien dan keluarga pasien. Diberikan edukasi kepada keluarga agar mendampingi ke fasilitas layanan primer atau dokter secara teratur serta rutin untuk kontrol kondisi medisnya.

## **PEMBAHASAN**

Studi kasus dilakukan pada Ny. MY berusia 64 tahun dengan arthritis gout dan hiperkolesterolemia yang dikaji dengan memandang pasien secara menyeluruh mencakup biologis, psikologis dan sosial. Pentingnya pendekatan kedokteran keluarga pada pasien ini karena penyakit gout arthritis dan hiperkolesterolemia dipengaruhi oleh berbagai faktor serta komplikasi yang bisa ditimbulkan bila penyakit ini tidak ditangani. Selain itu, pembinaan ini tidak hanya berfokus pada pasien namun juga terkait dengan keluarga. Hal tersebut karena penatalaksanaan penyakit pada pasien tidak hanya dipengaruhi oleh pasien dan tenaga kesehatan saja, akan tetapi dukungan dan pengetahuan keluarga juga sangat berpengaruh agar penyakit pada pasien dapat terkontrol dengan baik. Pembinaan kedokteran keluarga pada pasien ini dilakukan dalam tiga kali pertemuan. Pada pertemuan pertama kali di poli umum Puskesmas dilakukan kegiatan berupa perkenalan dengan pasien, kemudian dijelaskan maksud dan tujuan pertemuan, diikuti dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang untuk menentukan diagnosis. Pasien datang dengan keluhan nyeri pada sendi-sendi jari kaki kanan dan kiri sejak 1 minggu yang lalu. Keluhan nyeri pasien muncul mendadak tanpa didahului sesuatu. Nyeri dirasakan seperti ditusuk tusuk dan berlangsung terus menerus dalam 1 minggu terakhir, keluhan berkurang pada malam hari dan mereda saat pasien istirahat. Keluhan nyeri dirasakan memberat sehingga pasien mengeluhkan sulit untuk menggerakkan jari-jari tangan dan keluhan tersebut mengganggu aktivitas sehari-hari. Nyeri pada sendi disertai, bengkak dan teraba hangat. Pasien belum pernah melakukan pengobatan ke dokter terkait keluhannya. Keluhan pasien sesuai dengan manifestasi klinis dari penyakit gout arthritis yaitu nyeri mendadak dan dapat berulang di daerah persendian, bengkak pada sendi yang disertai rasa panas dan kemerahan (Murdoch et al., 2021).

Pasien juga masih sering mengeluhkan nyeri kepala disertai tengkuk terasa berat yang hilang timbul. Keluhan nyeri kepala tersebut dirasakan sejak 2 bulan yang lalu. Nyeri kepala dirasakan di bagian seluruh kepala menjalar hingga ke bagian tengkuk dan bahu sehingga leher terasa kaku. Nyeri kepala tidak bertambah berat, berkurang saat istirahat, tidak disertai dengan pusing berputar saat pasien bangun dari posisi tidur, tidak menjalar, tidak disertai dengan penglihatan ganda, maupun kilatan cahaya. Keluhan seperti ini sudah pernah dirasakan. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 140/87 mmHg, suhu 36,70C, frekuensi nadi 75x/menit, frekuensi napas 20x/menit, SpO2 98%, berat badan 64 kg, tinggi badan 157 cm, IMT 22,7 kg/m<sup>2</sup> (normal). Pada pemeriksaan fisik, di ekstremitas inferior dekstra dan sinistra ditemukan adanya nyeri tekan dan teraba hangat serta pergerakan yang terbatas. Pada pemeriksaan penunjang juga didapatkan adanya peningkatan kadar asam urat darah yaitu 9,2 mg/dL. Diagnosis arthritis gout dapat ditegakkan dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang pasien yang sesuai dengan teori (Sivera et al., 2022).

Arthritis gout adalah penyakit progresif akibat deposisi kristal MSU di persendian sebagai akibat peningkatan kadar asam urat serum atau hiperurisemia yang berlangsung kronik.

Arthritis Gout bila berlangsung dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan komplikasi deformitas pada sendi yang terkena gout arthritis. Masalah yang disebabkan oleh penyakit gout arthritis tidak hanya berupa keterbatasan yang tampak jelas pada mobilitas hingga terjadi hal yang paling ditakuti yaitu menimbulkan kecacatan seperti kelumpuhan dan gangguan pada organ seperti ginjal (Khormi et al., 2023). Gout arthritis meliputi 3 stadium yaitu: stadium akut, stadium interkritikal dan stadium kronis. Pada stadium akut radang sendi timbul sangat cepat dalam waktu singkat. Pasien tidur tanpa ada gejala apa-apa. Pada saat bangun pagi terasa sakit yang hebat dan tidak dapat berjalan. Keluhan utama berupa nyeri, bengkak, terasa hangat, merah pada sendi (Han et al., 2021). Faktor pencetus serangan akut antara lain berupa trauma lokal, diet tinggi purin, kelelahan fisik, stress, tindakan operasi, pemakaian obat diuretik dan lain-lain. Pada stadium interkritikal terjadi periode interkritik asimtomatik. Walaupun secara klinik tidak dapat ditemukan tanda-tanda radang akut, namun pada aspirasi sendi ditemukan kristal urat. Hal ini menunjukkan bahwa proses peradangan masih terus berlanjut, walaupun tanpa keluhan. Stadium arthritis kronik, umumnya pasien yang mampu mengobati dirinya sendiri (Pang et al., 2023). Sehingga dalam waktu lama tidak mau berobat secara teratur pada dokter. Arthritis gout menahun biasanya disertai tofi yang banyak dan poliartrikular. Tofi ini sering pecah dan sulit sembuh dengan obat, kadangkala dapat timbul infeksi sekunder (FitzGerald et al., 2020). Pasien Ny. MY berada dalam kategori stadium akut, dikarenakan pasien pertama kali mengalami radang sendi yang timbul sangat cepat dan dalam waktu singkat. Pasien juga belum pernah mengalami keluhan yang sama sebelumnya.

Diagnosis hiperkolesterolemia pada pasien ditegakkan atas dasar adanya keluhan nyeri leher yang menjalar sampai ke tengkuk dan pada pemeriksaan laboratorium didapatkan adanya kelainan pada salah satu fraksi lipid, yakni berupa kenaikan kadar kolesterol total (K-total), yaitu 247 mg/dL. Berdasarkan literatur, target kolesterol yang diinginkan adalah <200 mg/dL. Diagnosis hiperkolesterolemia ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium (Ochmann et al., 2023). Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan melakukan intervensi pada pasien beserta keluarganya sebanyak tiga kali kunjungan, yaitu identifikasi masalah awal (kunjungan pertama), intervensi (kunjungan kedua) dan evaluasi (kunjungan ketiga). Kunjungan pertama kali ke rumah pasien untuk menganalisis aspek personal, aspek klinis, risiko internal dan eksternal serta derajat fungsional. Kunjungan rumah pertama kali juga dilakukan dengan tujuan pendekatan dan perkenalan dengan pasien dan keluarganya, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga, perihal penyakit yang telah diderita, pendataan keadaan rumah, kemungkinan faktor risiko yang dapat menyebabkan gout arthritis, serta kebiasaan pasien dan keluarga sehari-hari. Hasil kunjungan tersebut, pasien masih belum mengetahui mengenai penyakit yang dialami, penyebab penyakit, gejala dan pengobatan penyakit, serta pasien juga mengkhawatirkan keluhan yang dirasakan akan semakin memberat dan tidak dapat sembuh sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Kondisi keluarga pasien berfungsi dengan baik, pasien tinggal bersama keluarga anaknya yang pertama dan hubungan keluarga terjalin dengan baik. Keluarga berusaha memberikan dukungan dan perhatian terhadap kesembuhan pasien.

Hasil anamnesis holistik adalah Pasien jarang melakukan olahraga dan belum menjaga pola makannya. Perilaku berobat pasien juga masih bersifat kuratif yaitu hanya datang saat terdapat keluhan. Personal-hygiene dan lingkungan pasien cukup baik dimana rumah berada di lingkungan yang bersih dan keadaan rumah secara keseluruhan rapi, rumah pasien memiliki ventilasi yang cukup, juga sumber air yang memadai. Lingkungan psikososial, hubungan, komunikasi dan manajemen keluarga berjalan dengan baik, hubungan pasien dengan masyarakat, aktivitas sosial dan keagamaan juga cukup baik. Namun kurangnya pengetahuan keluarga akan penyakit yang pasien alami yaitu gout arthritis membuat kurangnya perhatian terhadap hal-hal apa saja yang perlu dihindari untuk mencegah berulangnya keluhan

pada pasien serta keluarga belum memahami mengenai pola makan yang sesuai bagi pasien dan aktivitas fisik yang dianjurkan untuk pasien (Yokose et al., 2021). Lingkungan fisik atau kondisi rumah pada pasien cukup bersih dan rapih. Jendela dan ventilasi udara terdapat di dapur, ruang keluarga, ruang tamu dan pada kamar depan. Rumah sudah dialiri listrik, fasilitas dapur menggunakan kompor gas, sumber air berasal dari sumur dan kebutuhan air minum berasal dari air sumur yang dimasak. Sampah dikumpulkan di kotak sampah di depan rumah. Rumah berada di lingkungan yang bersih dan terdapat jarak antara depan rumah pasien dengan jalan. Rumah pasien juga disertai halaman. Rumah pasien merupakan rumah yang tergolong sehat.

Gaya hidup yaitu kebiasaan makan makanan tinggi purin seperti sering mengonsumsi berbagai lauk berupa ikan kembung disertai tempe dan tahu. Pasien sering mengonsumsi jeroan ayam dan sayuran berwarna hijau. Purin yang terdapat dalam bahan pangan berupa asam nukleat (nucleoprotein). Asam nukleat akan dipecah oleh enzim pencernaan menjadi purin dan pirimidin. Purin akan dioksidasi menjadi asam urat. Jika terlalu banyak konsumsi makanan tersebut, maka akan terjadi penumpukan asam urat di dalam darah (Yokose et al., 2021). Rata-rata jumlah minum pasien per hari kurang lebih hanya 4 gelas. Pasien juga jarang melakukan aktivitas fisik. Perilaku tidak sehat pada pasien berupa pola makan dan kurangnya aktivitas merupakan faktor risiko terjadinya gout arthritis. Faktor risiko yang ditemukan pada pasien berupa jenis kelamin, usia, dan pola diet tinggi purin. Asam urat biasanya muncul lebih umum pada wanita usia >50 tahun. Pada usia >50 tahun, proses penuaan akan mengakibatkan gangguan pembentukan enzim uricase yang mengoksidasi asam urat menjadi alotonin yang mudah dibuang sehingga akan meningkatkan kadar asam urat di dalam darah (Asghari et al., 2024). Makanan yang dikonsumsi cukup bervariasi, dalam satu kali makan, pasien mengambil nasi sebanyak 2-3 hingga satu centong nasi, 1-2 lauk (tempe, tahu, telur atau ikan) yang sering diolah dengan santan ataupun digoreng, dan 2 sendok makan sayur. Selain itu pasien cenderung mengonsumsi makanan yang tinggi purin dikarenakan relatif murah, enak dan mudah didapat. Perilaku makan tinggi purin yang dimiliki pasien dipengaruhi oleh faktor pengetahuan. Oleh karena itu pada tahap intervensi pasien diberikan edukasi mengenai penyakitnya dan perubahan pola hidup agar penyakitnya tidak berkembang ke tahap selanjutnya. Pasien juga diajarkan memilih diet rendah purin dan rendah kolesterol. Pada sistem pelayanan kesehatan, pasien telah terdaftar menjadi peserta BPJS kesehatan dan jarak rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan tidak terlalu jauh yaitu dua kilometer. Pekerjaan dan sosio-ekonomi keluarga cukup rendah, penghasilan keluarga hanya berasal dari anak dan menantunya yang sehari-hari bekerja sebagai petani dan pedagang yakni sekitar 1.500.000 per bulan. Pemenuhan kebutuhan keluarga sampai pada tahap sekunder.

Pada aspek pengetahuan didapatkan untuk pasien dan keluarganya masih memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita. Pola pengobatan keluarga masih bersifat kuratif yaitu pasien hanya datang kontrol ketika memiliki keluhan yang mengganggu saja dan pasien juga memiliki persepsi yang salah tentang penyakit yang diderita dimana pasien merasa jika pasien hanya perlu minum obat-obatan yang diberikan oleh puskesmas untuk sembuh. Tatalaksana arthritis gout akut dapat dilakukan dengan modifikasi gaya hidup, termasuk pola diet seperti pada prinsip umum pengelolaan hiperurisemia dan gout (Yokose et al., 2021). Penatalaksanaan farmakologis awal pada pasien dengan serangan gout berfokus dalam menghilangkan rasa nyeri pada sendi jari kaki pasien. Setelah rasa nyeri berkurang, pasien dapat diberikan obat untuk menurunkan kadar asam urat pasien. Task Force Panel (TFP) merekomendasikan penatalaksanaan awal arthritis gout pada stadium akut yaitu dengan farmakoterapi dalam 24 jam pertama serangan. Pilihan regimen terapi merekomendasikan pemberian monoterapi sebagai terapi awal antara lain NSAID, kortikosteroid oral atau kolkisin oral. Allopurinol tidak diberikan saat serangan akut arthritis gout. Namun, jika pasien

telah mendapatkan allopurinol secara regular ketika serangan akut muncul, sebaiknya dilanjutkan dalam dosis yang sama. Untuk pasien yang perlu memulai allopurinol, tunggu setidaknya 2 minggu sampai serangan akut teratasi untuk memulai terapi (J. Lu et al., 2022).

Pasien dengan serangan akut diberikan kolkisin secara oral pada awal dengan dosis 1 mg, diikuti dengan 0,5mg setiap 2 jam atau dosis total 6 mg atau 8 mg telah diberikan (J. Lu et al., 2022). Pada pasien Ny. MY tidak diberikan kolkisin dikarenakan tidak terdapat persediaan obat kolkisin di puskesmas. Pemberian allopurinol seharusnya diberikan 2 minggu sampai serangan akut teratasi dengan dosis 1x100mg. Pemberian NSAIDs berupa natrium diklofenak 3x50mg bertujuan mengontrol inflamasi dan rasa sakit pada penderita gout secara efektif. Steroids digunakan pada penderita gout yang tidak bisa menggunakan OAINS maupun kolkisin (Xie et al., 2023). Pasien diberikan allopurinol dikarenakan ketersediaan obat di Puskesmas. Pada prinsip umum pengelolaan hiperurisemia, tatalaksana artritis gout akut juga dapat dilakukan dengan modifikasi gaya hidup termasuk pola diet rendah purin dan rendah kolesterol.

Tatalaksana medikamentosa untuk hiperkolesterolemia yang diberikan ke pasien adalah simvastatin 1x20 mg (Prieto Garcia et al., 2022). Prinsip dasar dalam terapi farmakologi untuk adalah untuk menurunkan risiko terkena penyakit kardiovaskular (Li & Wu, 2022). Simvastatin merupakan salah satu golongan obat statin. Tujuan pemberian simvastatin adalah menurunkan jumlah kolesterol dengan cara menurunkan sintesis kolesterol di hati (Prieto Garcia et al., 2022). Statin menghambat secara kompetitif koenzim HMG-CoA reduktase, yakni enzim yang berperan pada sintesis kolesterol, terutama dalam hati. Penghambatan enzim ini menyebabkan penurunan konsentrasi kolesterol seluler sementara di intraseluler, yang akan menyebabkan peningkatan ekspresi reseptor LDL pada permukaan hepatosit yang berakibat meningkatnya pengeluaran KLDL dari darah dan penurunan konsentrasi dari K-LDL dan lipoprotein apo-B lainnya termasuk trigliserida (Wendt et al., 2021). Statin merupakan obat yang cocok untuk pasien dengan masalah hiperkolesterolemia yang lama dan sulit dikontrol. Namun, dengan berbagai kelebihan tersebut simvastatin tetap memiliki efek samping. Efek samping simvastatin yang tidak diharapkan di antaranya yaitu adanya miositis yang ditandai dengan nyeri otot/myalgia, miopati dengan CK yang meningkat, rhabdomyolysis, penurunan massa dan kekuatan otot dan timbulnya gangguan fungsi hati. Oleh karena itu, penting untuk memantau fungsi hati dalam masa terapi farmakologis (Prieto Garcia et al., 2022).

Adapun tatalaksana non medikamentosa untuk pasien gout artritis dan hiperkolesterolemia meliputi, aktivitas fisik, serta terapi nutrisi yang meliputi skrining evaluasi gizi awal dan kebiasaan asupan makanan, serta edukasi untuk mengurangi asupan tinggi purin, lemak total dan lemak jenuh (Mora-Rodriguez et al., 2020; Yan et al., 2022). Aktivitas fisik yang disarankan meliputi program latihan yang mencakup setidaknya 30 menit aktivitas fisik dengan intensitas sedang (menurunkan 4-7 kkal/menit) sebanyak 4 sampai 6 kali seminggu, dengan pengeluaran minimal 200 kkal/ hari. Kegiatan yang disarankan meliputi jalan cepat, bersepeda statis, ataupun berenang. Tujuan aktivitas fisik harian dapat dipenuhi dalam satu sesi atau beberapa sesi sepanjang rangkaian dalam sehari (minimal 10 menit). Aktivitas penguatan otot dianjurkan dilakukan minimal 2 hari dalam satu minggu (Mora-Rodriguez et al., 2020). Pada hasil anamnesis mengenai pola makan pasien yang dilakukan dengan cara food recall, diketahui bahwa pasien rutin mengonsumsi sayuran hijau, kacang-kacangan dan gorengan. Pasien selama ini tidak mengetahui pola makan yang sesuai dengan gizi seimbang. Adanya ketidaksesuaian tersebut menyebabkan pasien kemudian diberikan edukasi mengenai diet yang sesuai dengan kondisi pasien.

Adapun tatalaksana non-farmakologis lainnya, tatalaksana patient-centered meliputi edukasi dan motivasi kepada pasien mengenai pentingnya kontrol teratur ke puskesmas, edukasi dan memberikan informasi kepada pasien mengenai definisi, penyebab, faktor risiko, tanda dan gejala, pencegahan serta penanganan gout arthritis dan hiperkolesterolemia, menjelaskan kepada pasien perlunya pengendalian dan pemantauan penyakit secara berkelanjutan, edukasi kepada pasien mengenai tanda dan gejala gout arthritis dan hiperkolesterolemia dan cara mengatasinya. Pasien dianjurkan untuk tetap memeriksakan diri setiap obat telah habis dan apabila ada gejala lain yang mengganggu pasien dapat langsung ke puskesmas dan mengikuti saran serta anjuran yang diberikan. Evaluasi dilakukan pada tujuh hari setelah dilakukan intervensi. Kegiatan evaluasi bertujuan untuk menilai apakah target yang diharapkan dari kegiatan intervensi tercapai. Anamnesis ulang kepada pasien dilakukan dan didapatkan hasil bahwa keluhan nyeri di sendi-sendi jari kaki serta nyeri kepala dan tengkuk yang terasa berat sudah sangat berkurang. Hasil evaluasi setelah dilakukan intervensi menunjukkan perubahan pengetahuan yang sudah jauh lebih baik pada pasien mengenai penyakit hiperkolesterolemia. Pasien sudah mulai berolahraga rutin setiap paginya, yakni melakukan jalan mengelilingi kompleks rumah selama 30 menit. Pasien juga sudah mulai mengatur pola makanan sesuai dengan kebutuhan gizi dan diet yang disarankan untuk penderita gout dan hiperkolesterolemia dan menghindari makanan yang mengandung purin tinggi, lemak dan kolesterol tinggi. Hasil food recall pasien setelah dan sebelum intervensi menunjukkan perbaikan dalam asupan karbohidrat yang semakin mendekati angka kecukupan gizi namun pasien mengonsumsi terlalu sedikit lemak. Pemilihan jenis lemak setelah intervensi sudah mengalami perbaikan berupa sumber makanan yang kaya dengan lemak tidak jenuh. Kekhawatiran pasien akan penyakitnya sudah mulai berkurang dengan meningkatnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang diderita. Pada persepsi, pasien telah mengetahui bahwa keluhan sakit pada sendi jari kaki dan sakit kepala yang dideritanya berkaitan dengan kadar asam urat dan kolesterol yang tinggi. Harapan pasien terhadap nyeri pada sendi jari kaki dan sakit kepala berkurang dan harapan penyakitnya dapat dikontrol dan penyakit tidak semakin memburuk sebagian telah tercapai.

## **SIMPULAN**

Penyakit arthritis gout pada pasien kemungkinan besar karena faktor internal berupa pola pengobatan kuratif, pengetahuan yang kurang, serta pola makan tidak sesuai dan aktivitas fisik yang kurang. Faktor eksternal yang mempengaruhi kondisi pasien berupa pengetahuan keluarga yang juga masih kurang tentang penyakit yang diderita pasien, pola pengobatan keluarga bersifat kuratif dan dukungan keluarga masih kurang dalam memperhatikan asupan gizi anggota keluarganya. Pada pasien dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien dan monitoring. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi dan kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan. Perubahan pengetahuan pada pasien dan keluarga pasien terlihat setelah dilakukan intervensi secara patient centered dan family focused. Pada pasien, dilakukan intervensi menggunakan media presentasi berupa poster dan video edukasi terkait gout arthritis dan hiperkolesterolemia. Setelah dilakukan tatalaksana secara holistik dan komprehensif dengan pendekatan dokter keluarga, terjadi peningkatan pengetahuan bagi pasien mengenai gout arthritis dan hiperkolesterolemia, penurunan kadar asam urat dan kolesterol, keluhan pasien berkurang, perubahan pola diet pasien, kebiasaan olahraga atau aktivitas fisik.

## **DAFTAR PUSTAKA**

Abdul Murad, N. A., Mohammad Noor, Y., Zam, Z. Z., Sulaiman, S. A., Chow, Y. P., Abdullah, N., Ahmad, N., Ismail, N., Abdul Jalal, N., Kamaruddin, M. A., Saperi, A. A., & Jamal, R. (2023). Hypercholesterolemia in the Malaysian Cohort Participants: Genetic and Non-Genetic Risk Factors. *Genes*, 14(3). <https://doi.org/10.3390/genes14030721>

- Asghari, K. M., Zahmatyar, M., Seyedi, F., Motamedi, A., & Zolfi, M. (2024). Gout : global epidemiology , risk factors , comorbidities and complications : a narrative review. *BMC Musculoskeletal Disorders*. <https://doi.org/10.1186/s12891-024-08180-9>
- Cuchel, M., Raal, F. J., Hegele, R. A., Al-Rasadi, K., Arca, M., Averna, M., Bruckert, E., Freiburger, T., Gaudet, D., Harada-Shiba, M., Hudgins, L. C., Kayikcioglu, M., Masana, L., Parhofer, K. G., Roeters Van Lennepe, J. E., Santos, R. D., Stroes, E. S. G., Watts, G. F., Wiegman, A., ... Ray, K. K. (2023). 2023 Update on European Atherosclerosis Society Consensus Statement on Homozygous Familial Hypercholesterolaemia: New treatments and clinical guidance. In *European Heart Journal* (Vol. 44, Issue 25, pp. 2277–2291). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad197>
- FitzGerald, J. D., Dalbeth, N., Mikuls, T., Brignardello-Petersen, R., Guyatt, G., Abeles, A. M., Gelber, A. C., Harrold, L. R., Khanna, D., King, C., Levy, G., Libbey, C., Mount, D., Pillinger, M. H., Rosenthal, A., Singh, J. A., Sims, J. E., Smith, B. J., Wenger, N. S., ... Neogi, T. (2020). 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. *Arthritis Care and Research*, 72(6), 744–760. <https://doi.org/10.1002/acr.24180>
- Han, X., Yin, Y., Cao, Y., Chu, X., Han, Y., Di, H., Xu, N., Zhang, Y., & Zeng, X. (2021). Rheumatologists' understanding of refractory gout: a questionnaire survey in China. *Journal of International Medical Research*, 49(5). <https://doi.org/10.1177/03000605211016149>
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Data dan Informasi Profil Kesehatan 2019. Kementerian Kesehatan RI.
- Khormi, A. A. M., Basalem, A. A., Al Muaddi, A. M. Z., Alaskar, A. M., Algahtani, R. A. S., Alharbi, A. S., Alanazi, T. D. M., Alqahtani, N. A., & Altamimi, A. A. S. (2023). Knowledge and attitudes of gout patients and their perspectives about diagnosis and management: A cross-sectional study in Saudi Arabia. *Immunity, Inflammation and Disease*, 11(9). <https://doi.org/10.1002/iid3.1010>
- Koto, R., Nakajima, A., Horiuchi, H., & Yamanaka, H. (2021). Factors associated with achieving target serum uric acid level and occurrence of gouty arthritis: A retrospective observational study of Japanese health insurance claims data. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 30(2), 157–168. <https://doi.org/10.1002/pds.5127>
- Li, Z. F., & Wu, N. Q. (2022). The Progression of Treatment for Refractory Hypercholesterolemia: Focus on the Prospect of Gene Therapy. In *Frontiers in Genetics* (Vol. 13). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fgene.2022.911429>
- Lu, J., He, Y., Terkeltaub, R., Sun, M., Ran, Z., Xu, X., Wang, C., Li, X., Hu, S., Xue, X., Yan, F., Zhang, H., Yin, H., Shi, Y., Dalbeth, N., & Li, C. (2022). Colchicine prophylaxis is associated with fewer gout flares after COVID-19 vaccination. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 81(8), 1189–1193. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2022-222199>
- Lu, W., Pikhart, H., Tamosiunas, A., Kubinova, R., Capkova, N., Malyutina, S., Pajak, A., & Bobak, M. (2022). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension, diabetes and hypercholesterolemia, and associated risk factors in the Czech Republic, Russia, Poland and Lithuania: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13260-3>
- Mohamed-Yassin, M. S., Baharudin, N., Abdul-Razak, S., Ramli, A. S., & Lai, N. M. (2021). Global prevalence of dyslipidaemia in adult populations: A systematic review protocol. In *BMJ Open* (Vol. 11, Issue 12). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049662>
- Mora-Rodriguez, R., Ortega, J. F., Morales-Palomo, F., Ramirez-Jimenez, M., & Moreno-Cabañas, A. (2020). Effects of statin therapy and exercise on postprandial triglycerides in overweight individuals with hypercholesterolaemia. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 86(6), 1089–1099. <https://doi.org/10.1111/bcp.14217>

- Murdoch, R., Barry, M. J., Choi, H. K., Hernandez, D., Johnsen, B., Labrador, M., Reid, S., Singh, J. A., Terkeltaub, R., Vázquez Mellado, J., & Dalbeth, N. (2021). Gout, Hyperuricaemia and Crystal-Associated Disease Network (G-CAN) common language definition of gout. *RMD Open*, 7(2). <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2021-001623>
- Obsa, M. S., Ataro, G., Awoke, N., Jemal, B., Tilahun, T., Ayalew, N., Woldegeorgis, B. Z., Azeze, G. A., & Haji, Y. (2021). Determinants of Dyslipidemia in Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Frontiers in Cardiovascular Medicine* (Vol. 8). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.778891>
- Ochmann, S., von Polenz, I., Marcus, M. E., Theilmann, M., Flood, D., Agoudavi, K., Aryal, K. K., Bahendeka, S., Bicaba, B., Bovet, P., Campos Caldeira Brant, L., Carvalho Malta, D., Damasceno, A., Farzadfar, F., Gathecha, G., Ghanbari, A., Gurung, M., Guwatudde, D., Houehanou, C., ... Vollmer, S. (2023). Diagnostic testing for hypertension, diabetes, and hypercholesterolaemia in low-income and middle-income countries: a cross-sectional study of data for 994 185 individuals from 57 nationally representative surveys. *The Lancet Global Health*, 11(9), e1363–e1371. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00280-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00280-2)
- Pang, L., Xue, X., He, Y., Wang, C., Han, L., Li, M., Qi, H., Li, C., & Lu, J. (2023). The Effect of Decrease in Serum Urate for the Risk of Gout Flares During Urate-Lowering Therapy Initiation Among Chinese Male Gout Patients: A Prospective Cohort Study. *Journal of Inflammation Research*, 16, 3937–3947. <https://doi.org/10.2147/JIR.S424820>
- Parisa, N., Kamaluddin, M. T., Saleh, M. I., & Sinaga, E. (2023). The inflammation process of gout arthritis and its treatment. In *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology and Research* (Vol. 14, Issue 3, pp. 166–170). Wolters Kluwer Medknow Publications. [https://doi.org/10.4103/japtr.japtr\\_144\\_23](https://doi.org/10.4103/japtr.japtr_144_23)
- Prieto Garcia, L., Lundahl, A., Ahlström, C., Vildhede, A., Lennernäs, H., & Sjögren, E. (2022). Does the choice of applied physiologically-based pharmacokinetics platform matter? A case study on simvastatin disposition and drug–drug interaction. *CPT: Pharmacometrics and Systems Pharmacology*, 11(9), 1194–1209. <https://doi.org/10.1002/psp4.12837>
- Sivera, F., Andres, M., & Dalbeth, N. (2022). A glance into the future of gout. In *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease* (Vol. 14). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/1759720X221114098>
- Wendt, F. R., Koller, D., Pathak, G. A., Jacoby, D., Miller, E. J., & Polimanti, R. (2021). Biobank Scale Pharmacogenomics Informs the Genetic Underpinnings of Simvastatin Use. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 110(3), 777–785. <https://doi.org/10.1002/cpt.2260>
- Xie, H., Hu, N., Pan, T., Wu, J. C., Yu, M., & Wang, D. C. (2023). Effectiveness and safety of different doses of febuxostat compared with allopurinol in the treatment of hyperuricemia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Pharmacology and Toxicology*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s40360-023-00723-5>
- Yan, M., Liu, Y., Wu, L., Liu, H., Wang, Y., Chen, F., Pei, L., Zhao, Y., Zeng, L., Dang, S., Yan, H., & Mi, B. (2022). The Association between Dietary Purine Intake and Mortality: Evidence from the CHNS Cohort Study. *Nutrients*, 14(9). <https://doi.org/10.3390/nu14091718>
- Yokose, C., McCormick, N., & Choi, H. K. (2021). Dietary and Lifestyle-Centered Approach in Gout Care and Prevention. In *Current Rheumatology Reports* (Vol. 23, Issue 7). Springer. <https://doi.org/10.1007/s11926-021-01020-y>
- Zhang, J., Jin, C., Ma, B., Sun, H., Chen, Y., Zhong, Y., Han, C., Liu, T., & Li, Y. (2023). Global, regional and national burdens of gout in the young population from 1990 to 2019: a population-based study. *RMD Open*, 9(2). <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2023-003025>