



**PENATALAKSANAAN HOLISTIK WANITA USIA 75 TAHUN DENGAN
PENYAKIT OSTEOARTHRITIS SERTA HIPERTENSI MELALUI
PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA**

Khalisah Nurjihany Salsabila

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No. 1, Gedong Meneng,
Kec. Rajabasa, Kota Bandar Lampung, Lampung 35141
khalisahn63@gmail.com

ABSTRAK

Kelompok lanjut usia merupakan kelompok rentan dan memiliki morbiditas serta mortalitas yang tinggi terhadap penyakit. Penyakit yang mendominasi salah satunya adalah osteoarthritis dan hipertensi yang memiliki prevalensi cukup tinggi di dunia dan merupakan penyakit yang harus ditatalaksana komprehensif karena bersifat kronik. Pasien harus mengetahui, memiliki kesadaran serta motivasi untuk memodifikasi gaya hidup agar tujuan pengobatan tercapai, sehingga diperlukan tatalaksana pendekatan keluarga. Tujuan laporan kasus ini, menerapkan pelayanan dokter keluarga dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berbasis Evidence-Based Medicine yang bersifat family-approach, patient-centred dan community oriented. Studi yang dilakukan adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis di puskesmas. Pasien Ny. S, 75 tahun, mengeluh nyeri di kedua lutut sejak 3 hari lalu. Nyeri hilang timbul dan memberat pada pagi hari berdurasi sekitar 15 menit. Keluhan tambahan berupa nyeri kepala. Pasien didiagnosis osteoarthritis dan hipertensi. Beberapa faktor dapat memengaruhi keadaan pasien yaitu faktor internal dan eksternal. Pada kasus ini telah dilakukan diagnosis dan tatalaksana yang sesuai. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan penurunan gejala klinis dan peningkatan pengetahuan pasien dan keluarganya. Diagnosis pada pasien sudah sesuai dengan panduan, terlihat adanya perubahan pengetahuan pada pasien dan keluarganya setelah dilakukan intervensi.

Kata kunci: geriatri; hipertensi; kedokteran keluarga; osteoarthritis

***HOLISTIC MANAGEMENT OF 75 YEARS OLD WOMAN PATIENT WITH
OSTEOARTHRITIS AND HYPERTENSION THROUGH THE FAMILY
DOCTOR APPROACH***

ABSTRACT

Elderly is a vulnerable group that has a high morbidity and mortality towards disease. Diseases that dominate are osteoarthritis and hypertension which have a high prevalence in the world must be managed comprehensively because they are chronic. Patients have to know the diseases, have awareness, and motivation to make a lifestyle modifications so that treatment goals can be achieved, so treatment is needed through a family approach. The objective is to implementing family doctor services by identifying risk factors, clinical problems, as well as patient management based on evidence-based medicine that is family-approach, patient-centred dan community oriented. The study conducted is a case report. Primary data were obtained through history taking, physical examination and home visits. Secondary data were obtained from the medical records at the puskesmas. Patient, Mrs. S, 75 years old, has a complaint of pain in both knee since 3 days ago. Pain felt come and go and getting worse in the morning with a duration about 15 minutes. The patient has an additional complaint of headache. The patient was diagnosed as osteoarthritis and hypertension. Several factors that affect

patient's condition, both internal and external factors. In this case, diagnosis and treatment have been carried out in accordance. After the intervention, there was a decrease in clinical symptoms and an increase in the knowledge of patients and their families. The diagnosis was in accordance with the guidelines, it was seen that there were a change in knowledge of the patient and his family after the intervention.

Keywords: geriatric; hypertension; family doctor; osteoarthritis

PENDAHULUAN

Kelompok lanjut usia (lansia) merupakan salah satu kelompok yang rentan dan memiliki morbiditas serta mortalitas yang tinggi. Maka dari itu, akses terhadap layanan kesehatan sangat diperlukan untuk kelompok lansia, karena sebagian besar lansia memiliki penyakit yang kronik atau degeneratif (RI, 2020). Proses penuaan akan berdampak pada berbagai aspek kehidupan lansia, baik sosial, ekonomi, maupun kesehatan. Ditinjau dari aspek kesehatan, kelompok lansia akan mengalami penurunan derajat kesehatan dan juga akan lebih rentan terhadap berbagai keluhan fisik, baik secara alamiah maupun akibat penyakit (RI, 2014).

Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013, nampak jenis penyakit yang mendominasi kelompok lansia merupakan golongan penyakit tidak menular, penyakit kronik, dan degeneratif. Sepuluh penyakit terbanyak pada kelompok lansia antara lain, hipertensi, artritis, stroke, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), Diabetes Melitus (DM), kanker, Penyakit Jantung Koroner (PJK), batu ginjal, gagal jantung, dan gagal ginjal (RI, 2013). Angka kesakitan merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan penduduk. Maka dari itu, semakin tinggi angka kesakitan pada lansia, menunjukkan derajat kesehatan penduduk semakin buruk dan dapat menurunkan kualitas hidup (RI, 2014).

Osteoarthritis merupakan suatu penyakit kronis yang ditandai dengan kerusakan tulang rawan sendi dan mengakibatkan tulang saling bergesekan sehingga menimbulkan rasa kaku, nyeri dan gangguan gerak. WHO mengestimasi 10% – 15% populasi dewasa memiliki osteoarthritis (Wittenauer et al., 2013). Di Indonesia, prevalensi penyakit sendi berdasarkan Riskesdas tahun 2018 adalah sebesar 7,30% dengan prevalensi di Provinsi Lampung sebesar 7,61% (RI, 2018). Beberapa faktor yang dapat menyebabkan osteoarthritis antara lain obesitas, kelemahan otot, aktivitas fisik yang berlebihan atau kurang, riwayat trauma, dan faktor genetik (Association, 2010).

Diagnosis osteoarthritis ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Umumnya, penegakkan osteoarthritis didasarkan pada gejala klinis saja. Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk memonitoring penyakit dan menyingkirkan kemungkinan arthritis lainnya. Pada anamnesis, bisa didapatkan nyeri yang berangsur-angsur, kaku sendi, yang bila disertai inflamasi maka akan teraba hangat, bengkak minimal tanpa kemerahan. Nyeri bisa juga terjadi saat melakukan aktivitas. Pada pemeriksaan fisik, didapatkan lingkup gerak sendi terbatas, bisa ditemukan krepitus, keterbatasan gerak, nyeri tekan serta pembengkakan. Pemeriksaan radiologi dapat dilakukan untuk klasifikasi diagnosis dan untuk merujuk ke orthopaedi (Association, 2010)d.

Sedangkan hipertensi, atau disebut juga dengan tekanan darah tinggi, merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik sebesar ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik sebesar ≥ 90 mmHg. Hipertensi merupakan penyakit tidak menular yang menjadi salah satu penyebab utama kematian prematur di dunia. WHO mengestimasi saat ini prevalensi hipertensi secara global sebesar 22% dari total penduduk dunia dan Asia Tenggara menduduki posisi ketiga tertinggi dengan prevalensi sebesar 25% terhadap total penduduk (RI, 2019). Menurut Riskesdas tahun 2018, prevalensi hipertensi di Indonesia adalah 34,11%. Di Provinsi Lampung, prevalensi hipertensi sebesar 29,94% dan meningkat dengan semakin bertambahnya usia (RI, 2018).

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi dua, yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Sebanyak 90% kasus hipertensi merupakan hipertensi primer. Secara umum, penyebab hipertensi primer belum diketahui, namun berhubungan erat dengan faktor-faktor yang tidak dapat dimodifikasi (riwayat genetik, umur, dan jenis kelamin) serta faktor yang dapat dimodifikasi (obesitas, merokok, kurang aktivitas fisik, konsumsi garam dan lemak berlebih, dan lainnya). Sedangkan hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang terjadi karena adanya penyakit yang mendasari (Bell et al., 2015).

Diagnosis hipertensi dapat ditegakkan dari anamnesis dan ditemukannya faktor risiko serta pemeriksaan fisik. Tidak semua penderita hipertensi merasakan keluhan maupun gejala. Keluhan yang dapat dirasakan antara lain, sakit kepala, gelisah, penglihatan kabur, rasa sakit di dada, jantung berdebar, mudah Lelah, dan lain-lain. Diagnosis hipertensi ditegakkan setelah mendapatkan adanya peningkatan tekanan darah pada pemeriksaan fisik, dalam dua kali pengukuran, dengan jarak 3 – 5 menit, dan didapatkan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang nantinya dimasukkan ke dalam klasifikasi yaitu kategori normal, pre-hipertensi, hipertensi tingkat 1, hipertensi tingkat 2, atau hipertensi sistolik terisolasi (RI, 2013).

Penatalaksanaan osteoarthritis meliputi modifikasi gaya hidup, mempertahankan berat badan ideal, aktivitas fisik teratur, proteksi sendi, dan tatalaksana farmakologi berupa pemberian acetaminophen atau obat anti inflamasi non-steroid. Tatalaksana pada hipertensi maupun osteoarthritis dapat berupa tatalaksana medikamentosa dan non-medikamentosa (RI, 2019). Sedangkan tatalaksana hipertensi antara lain dengan pengendalian faktor risiko, gizi seimbang, pembatasan gula, garam, serta lemak, mempertahankan berat badan ideal dan modifikasi gaya hidup. Obat-obat antihipertensi yang digunakan antara lain diuretik, beta-blocker, Angiotensin *Converting* Enzyme (ACE-i) dan Angiotensin *Receptor* Blocker (ARB) serta *Calcium Channel* Blocker (CCB). Penggunaan obat-obat tersebut harus disesuaikan dengan algoritma tatalaksana hipertensi (RI, 2013). Penatalaksanaan yang adekuat terhadap dua penyakit tersebut diharapkan dapat menghambat progresivitas penyakit, mencegah komplikasi dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien (RI, 2019).

Oleh karena itu, diperlukan pendekatan kedokteran keluarga secara holistik, komprehensif, dan berkelanjutan untuk mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, dan melakukan penatalaksanaan yang tepat bagi pasien. Tujuan penulisan ini adalah untuk mengidentifikasi faktor risiko dan masalah klinis yang terdapat pada pasien dan menerapkan prinsip pelayanan kedokteran keluarga kepada pasien berdasarkan masalah

yang ditemukan dan melakukan penatalaksanaan secara holistik serta komprehensif dengan prinsip *patient-centred* dan *family approach* berbasis *Evidence Based Medicine*.

METODE

Studi ini merupakan laporan kasus. Responden merupakan pasien yang datang kontrol ke puskesmas dengan riwayat penyakit hipertensi dan osteoarthritis. Data primer didapatkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah. Sedangkan data sekunder didapatkan dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif.

HASIL

Anamnesis

Dilakukan secara autoanamnesis pada tanggal 24 Juli 2021 pukul 09.00 WIB di poli umum Puskesmas Natar.

Ny. S, 75 tahun, datang dengan keluhan adanya rasa nyeri pada kedua lutut sejak kurang lebih tiga hari yang lalu. Keluhan tersebut baru pertama kali dirasakan. Rasa nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul terutama pada pagi hari setelah bangun tidur. Nyeri juga dirasakan memberat ketika pasien beraktivitas. Durasi munculnya nyeri kurang lebih 15 menit, setelah itu reda, kemudian muncul kembali. Pasien mengaku belum pernah mencoba mengobati keluhannya tersebut. Dahulu, pasien merupakan seorang tukang urut dan terbiasa melakukan pekerjaannya dengan berjalan kaki dari rumah ke rumah pelanggannya dan melakukan pekerjaannya dengan posisi berlutut secara berulang dalam waktu yang lama.

Pasien juga mengeluhkan adanya nyeri kepala. Nyeri dirasakan di seluruh bagian kepala terutama di belakang kepala, terus menerus seperti tertekan, dan membaik jika pasien beristirahat. Diketahui, pasien memiliki riwayat hipertensi sejak kurang lebih tiga tahun lalu. Pasien diberikan obat anti hipertensi oleh dokter, namun setelah obat habis, pasien merasa sembuh dan tidak mengkonsumsi obat atau kontrol ke fasilitas kesehatan. Pasien mengaku memiliki riwayat sering konsumsi makanan tinggi garam, seperti ikan asin serta sayur-sayuran yang mengandung banyak garam, yang dikonsumsi hampir setiap hari. Pasien berobat ke puskesmas hanya jika ada keluhan. Riwayat kebiasaan pasien, pasien mengaku jarang melakukan aktivitas fisik. Pasien mengaku tidak ada anggota keluarga pasien yang memiliki keluhan serupa.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien tampak sakit ringan, kesadaran *compos mentis*. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 169/102 mmHg, frekuensi nadi 79x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu 36,2°C. Berat badan 57,8 kg, tinggi badan 155 cm, status gizi berdasarkan IMT 24,0 kg/m² (*overweight*).¹⁰

Status Generalis

Pemeriksaan kepala *normocephal*, konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-). Telinga kesan dalam batas normal. Hidung kesan dalam batas normal. Bibir tidak terdapat sianosis. Pada pemeriksaan thoraks, didapatkan pergerakan dada yang simetris antara kanan dan kiri, sikatrik (-/-), penggunaan otot bantu napas (-/-), nyeri tekan (-), massa

(-), fremitus taktil sama antara kanan dan kiri, perkusi sonor dikedua lapang paru, auskultasi didapatkan vesikuler (+/+), ronki (-/-), dan *wheezing* (-/-). Pada pemeriksaan jantung, ictus cordis tidak terlihat dan teraba di sela iga ke-5 linea mid-clavícula. Batas jantung dalam batas normal, bunyi jantung I dan bunyi jantung II reguler, tidak terdapat bunyi jantung tambahan. Pemeriksaan abdomen, bentuk datar, bising usus 10x/menit, nyeri tekan (-), massa (-), perkusi timpani. Ekstremitas superior dekstra sinistra dan inferior dekstra sinistra teraba hangat, edema (-), CRT <2 detik.

Status Lokalis

Regio Thoraks Anterior

Paru-paru

I: Simetris, pergerakan simetris kanan dan kiri, penggunaan otot bantu napas (-/-), pelebaran sela iga (-/-).

P: Nyeri tekan (-/-), massa (-/-), fremitus taktil sama kanan dan kiri.

P: Sonor (+/+).

A: Vesikuler (+/+) ronki (-/-), *wheezing* (-/-).

Jantung

I: Ictus cordis tidak tampak

P: Ictus cordis teraba di SIC 5 linea mid-clavícula sinistra

P: Batas jantung dalam batas normal

A: BJ I/II reguler, tidak ada bunyi jantung tambahan

Regio Thoraks Posterior

I: Simetris, sikatrik (-), tumor (-), warna sama dengan kulit sekitar, retraksi intercostal(-)

P: Nyeri tekan (-/-), fremitus taktil kanan sama dengan kiri

P: Sonor (+/+)

A: Vesikuler (+/+), rhonki (+/-), *wheezing* (-/-)

Regio genue dextra dan sinistra

Look : deformitas (-/-), benjolan (-/-), edema (-/-), hiperemis (-/-)

Feel : nyeri tekan (-/-), krepitasi (-/-), teraba panas (-/-), pulsasi arteri (+/+)

Move : kekuatan otot (5/5), ROM (baik/baik)

Fungsi Motorik

Gerakan : aktif/aktif
aktif/aktif

Kekuatan : 5/5
5/5

Fungsi Sensorik

Normal

Modified Barthel Index

Dari hasil penilaian Modified Barthel Index didapatkan skor 100, dapat disimpulkan bahwa pasien memiliki status mandiri, yang berarti tidak membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Tabel 1.
Modified Barthel Index

Aktivitas	Jawaban		Nilai	
	Bantuan	Mandiri	Bantuan	Mandiri
Makan		10	5	10
Berpindah dari kursi/tempat tidur		15	5	15
Kebersihan diri		5	0	5
Aktivitas toilet		10	5	10
Mandi		5	0	5
Berjalan di permukaan datar		15	10	15
Naik turun tangga		10	5	10
Berpakaian		10	5	10
Mengontrol defekasi		10	5	10
Mengontrol berkemih		10	5	10

Geriatric Depression Scale

Dari hasil penilaian *Geriatric Depression Scale* didapatkan skor 1, dapat disimpulkan bahwa pasien tidak mengalami depresi

Tabel 2.
Geriatric Depression Scale

Pertanyaan	Jawaban		Pedoman Jawaban
	Ya	Tidak	
Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda?	v		Ya
Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?	v		Ya
Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?		v	Tidak
Apakah anda sering merasa bosan?		v	Tidak
Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	v		Ya
Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?		v	Tidak
Apakah anda merasa Bahagia untuk sebagian besar hidup anda?	v		Ya
Apakah anda sering merasa tidak berdaya?		v	Tidak
Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru?		v	Tidak
Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibanding kebanyakan orang?		v	Tidak
Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan?	v		Ya

Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	v	Tidak
Apakah anda merasa anda penuh semangat?	v	Ya
Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	v	Tidak

Pemeriksaan Penunjang

Pasien belum melakukan pemeriksaan penunjang.

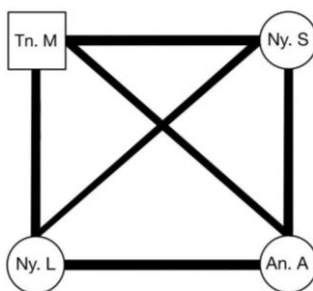
Data Keluarga

Ny. S merupakan seorang perempuan berusia 75 tahun. Anak kelima dari tujuh bersaudara. Kedua orang tua pasien sudah meninggal. Pasien tinggal bersama anak (Tn. M), istri dari anak (Ny. L), dan seorang cucu (An. A). Bentuk keluarga pada keluarga pasien ini adalah keluarga besar (*extended family*) yaitu terdapat ibu, anak, menantu, dan cucu.

Saat ini pasien sudah tidak bekerja. Pendapatan keluarga berasal dari anak pasien. Pendapatan perbulan dari penghasilan bekerja adalah ±2.500.000. Kebutuhan materi keluarga dipenuhi dari hasil bekerja yang digunakan untuk menghidupi empat anggota keluarga yang tinggal serumah.

Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan anggota keluarga yang sakit ke fasilitas pelayanan kesehatan hanya bila terdapat keluhan. Keluarga pasien berobat ke fasilitas kesehatan tingkat pertama terdekat yang berjarak ±3,5 km dari rumah. Jika berobat, pasien diantar oleh keluarga menggunakan kendaraan pribadi yaitu sepeda motor.

Hubungan Antar Keluarga

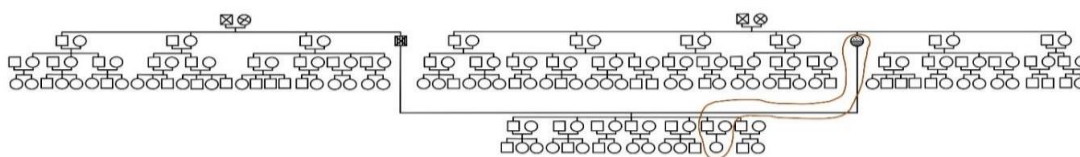


Gambar 1. Hubungan Keluarga Ny. S

Keterangan:

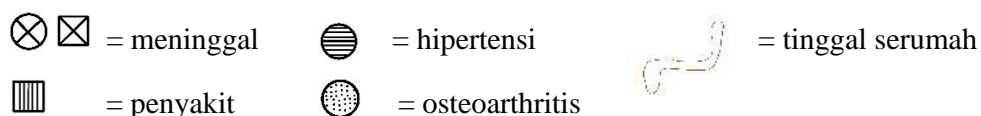
— = Hubungan erat

Genogram



Gambar 2. Genogram Keluarga Ny. S

Keterangan:



Family APGAR

Dari hasil penilaian *Family APGAR* didapatkan skor 10, sehingga dapat disimpulkan bahwa fungsi keluarga baik.

Family SCREEM

Dari hasil penilaian *family SCREEM* didapatkan skor bahwa fungsi keluarga baik.

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal bersama anak, istri dari anak, dan seorang cucu. Rumah berukuran 7 x 10 m², tidak bertingkat, memiliki 1 ruang tamu, 2 kamar tidur, 1 ruang keluarga, 1 kamar mandi, dan 1 dapur. Lantai rumah kombinasi terbuat dari semen dan keramik, dinding gabungan dari tembok dan bata. Pencahayaan rumah baik, ventilasi juga sudah baik. Rumah sudah menggunakan listrik. Rumah berada di lingkungan yang cukup bersih. Sumber air berasal dari sumur dan digunakan untuk mandi, minum, memasak, serta mencuci. Limbah dialirkan ke parit yang berada di depan rumah. Toilet pada rumah menggunakan jamban jongkok.

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: pasien merasa nyeri pada lutut sejak ±3 hari yang lalu (ICPC 2-L15) disertai nyeri kepala (ICPC 2-N01).
- Kekhawatiran: pasien datang untuk mengurangi dan mengobati keluhan pasien (ICPC 2-58).
- Persepsi: pasien merasa keluhan nyeri lutut karena faktor usia pasien. Pasien juga tidak mengetahui salah satu risiko hipertensi disebabkan karena sering konsumsi makanan tinggi garam dan obat hipertensi tidak harus diminum setiap hari (ICPC 2-Z29).
- Harapan: pasien dapat sembuh dan penyakitnya terkontrol (ICPC 2-Z11).

2. Aspek Klinik

Osteoarthritis (ICPC 2-L90) dan Hipertensi (ICPC 2-K86).

3. Aspek Risiko Internal

- Pengetahuan yang kurang mengenai (ICPC 2-Z07):
 - Gejala penyakit osteoarthritis dan hipertensi
 - Pentingnya mengendalikan faktor risiko
 - Gaya hidup yang tepat
- Riwayat konsumsi makanan tinggi garam (ICPC 2-Z02).
- Kurangnya keinginan pasien untuk kontrol ke pelayanan kesehatan (ICPC 2-Z10).

4. Aspek Risiko Eksternal

- Keluarga kurang memahami mengenai penyakit yang diderita pasien (ICPC 2-Z07).
- Pasien sudah tidak bekerja dan tergantung pada penghasilan anak (ICPC 2-Z01).

5. Derajat Fungsional

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

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah tatalaksana non-medikamentosa berupa edukasi dan konseling mengenai penyakitnya, penyebab serta pencegahan dan pentingnya menghindari faktor risiko, serta tatalaksana medikamentosa. Intervensi dilakukan dengan prinsip *patient-centred* dan *family focus*.

Patient-centred

Non-Medikamentosa:

1. Edukasi mengenai penyakit hipertensi dan osteoarthritis, meliputi gejala, penyebab, pengobatan, serta pencegahan dan pengendalian faktor risiko serta gaya hidup sehat.
2. Edukasi mengenai aktivitas fisik untuk pasien

Medikamentosa:

1. NSAID: Natrium diclofenac 25 mg 3x1¹⁵
2. PPI: Omeprazole 20 mg 1x1¹⁵
3. *Calcium Channel-Blocker* (CCB): Amlodipine 5 mg 1x1¹⁷

Family Focus

1. Edukasi mengenai penyakit osteoarthritis pada pasien meliputi gejala, penyebab, pengobatan, dan pencegahan serta pengendalian faktor risiko.
2. Edukasi mengenai penyakit hipertensi pada pasien, meliputi gejala, penyebab, pengobatan, serta pencegahan dan pengendalian.
3. Edukasi mengenai aktivitas fisik dan gaya hidup sehat.
4. Edukasi dan motivasi mengenai perlunya dukungan dan perhatian dari seluruh anggota keluarga terhadap penyakit pasien.

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- Kekhawatiran: kekhawatiran pasien berkurang dengan meningkatnya pengetahuan pasien mengenai penyakit yang dideritanya.
- Persepsi: pasien telah mengetahui informasi mengenai penyakit yang diderita yaitu osteoarthritis dan hipertensi. Pasien juga sudah mengetahui bahwa penyakit ini hanya dapat dikontrol dengan pengobatan yang teratur dan dengan menerapkan pola hidup yang sehat.
- Harapan: keluhan pasien menghilang dan penyakitnya dapat terkontrol.

2. Aspek Klinik

Osteoarthritis (ICPC 2-L90) dan Hipertensi (ICPC 2-K86).

3. Aspek Risiko Internal

- Peningkatan pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita, mulai dari faktor risiko serta gejala penyakit, dan penanganannya.
- Peningkatan pengetahuan pasien mengenai gaya hidup dan aktivitas fisik yang sesuai.
- Peningkatan kemauan pasien untuk melakukan pengobatan yang mengarah ke preventif.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Peningkatan pengetahuan mengenai penyakit pasien
- Keluarga mendukung kesehatan pasien

5. Derajat Fungsional

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

PEMBAHASAN

Pada pasien Ny. S, ditetapkan diagnosis setelah dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Dari hasil anamnesis pasien mengatakan awalnya pasien mengalami nyeri pada kedua lututnya sejak tiga hari yang lalu. Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul terutama pada pagi hari dengan durasi ± 15 menit. Selain itu, pasien juga mengeluhkan adanya nyeri kepala yang dirasakan terus menerus di seluruh bagian kepala dan akan membaik jika pasien beristirahat. Diketahui, pasien memiliki riwayat hipertensi sejak ± 3 tahun lalu dan sudah diberikan obat anti hipertensi. Namun setelah obat habis, pasien tidak mengkonsumsi lagi obat tersebut dan tidak melakukan kontrol ke fasilitas kesehatan karena merasa sudah sembuh. Pasien memiliki riwayat suka mengonsumsi makanan tinggi garam setiap hari. Pemeriksaan fisik didapatkan TD 169/102 mmHg, frekuensi nadi 79x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu 36,2°C, BB 57,8 kg, tinggi badan 155 cm dengan status gizi berdasarkan IMT 24,0 kg/m² (*overweight*) (WHO, 2000). Pasien jarang kontrol penyakitnya dan tidak teratur meminum obat.

Diagnosis osteoarthritis pada pasien ini ditegakkan atas dasar keluhan yaitu adanya nyeri pada sendi yang paling sering terkena, yaitu sendi lutut. Nyeri merupakan salah satu gejala yang umumnya terjadi pada pasien osteoarthritis. Nyeri pada pasien dirasakan hilang timbul dan terutama muncul di pagi hari dengan durasi ± 15 menit. Berdasarkan studi pada jurnal, pasien osteoarthritis dapat mengeluhkan 2 jenis nyeri, yaitu nyeri yang dirasakan terus-menerus dan nyeri yang hilang timbul. Salah satu karakteristik nyeri yang membedakan osteoarthritis (OA) dengan arthritis lainnya yaitu pada pasien OA nyeri akan dirasakan memberat ketika pagi hari dengan durasi <30 menit. Sehingga dari keluhan, lokasi dan karakteristik nyeri yang dirasakan pasien, dapat mengarah ke penyakit OA (Abramoff & Caldera, 2019; Zhang et al., 2020).

Faktor risiko yang didapatkan pada pasien ini yaitu faktor umur, jenis kelamin, dan juga riwayat pekerjaan. Usia pasien ini yaitu 75 tahun, dimana semakin meningkat usia maka akan semakin meningkat juga risiko terjadinya OA. Estimasi di dunia, sekitar 9,6% laki-laki dan 18% wanita dengan usia ≥ 60 tahun memiliki gejala OA. Beberapa studi juga mengungkapkan bahwa jenis kelamin wanita lebih banyak mengalami gejala OA

dibandingkan laki-laki. Sedangkan riwayat pekerjaan pasien pada kasus ini dahulunya adalah sebagai tukang urut. Pekerjaan tersebut mengharuskan pasien untuk menumpu badannya pada lutut atau berlutut untuk melayani pelanggannya. Hal ini sesuai dengan studi pada jurnal, bahwa beberapa gerakan yang berulang dan sering dilakukan seperti berlutut, *squat*, membungkuk dan mengangkat beban berat dapat mengakibatkan munculnya gejala OA (Abramoff & Caldera, 2019).

Pada pemeriksaan fisik lokalis regio genu dextra dan sinistra berupa *look, feel, move* didapatkan hasil masih dalam batas normal. Beberapa manifestasi klinis pada pemeriksaan fisik pasien OA yang dapat terlihat antara lain, nyeri tekan, berkurangnya ruang lingkup gerak sendi, krepitus, dan apabila terdapat inflamasi maka akan ditemukan adanya pembengkakan, kemerahan, serta teraba panas di regio tersebut. Kelainan tersebut dapat terlihat pada fase awal OA, namun lebih banyak terlihat jika penyakit OA sudah memasuki fase lanjut (Abramoff & Caldera, 2019; Association, 2010).

Pemeriksaan penunjang pada pasien kasus ini belum dilakukan. Namun dapat dilakukan pemeriksaan berupa rontgen untuk membantu mengkonfirmasi diagnosis, menentukan derajat OA dan mencari tahu apakah terdapat patologi lain. Pemeriksaan *ultrasound* dapat dilakukan untuk mengetahui adanya hipertrofi dan inflamasi pada sendi sinovial. Pemeriksaan MRI dan CT-Scan jarang dilakukan. Namun pemeriksaan tersebut dapat membantu mengidentifikasi faktor predisposisi OA seperti adanya trauma pada ligamen anterior cruciata dan meniscus, serta mendeteksi OA di sendi yang lebih dalam, yang tidak bisa dilakukan oleh pemeriksaan *ultrasound* (Abramoff & Caldera, 2019).

Menurut penelitian yang dilakukan Mutmainah dan Makmun (2019), penatalaksanaan dengan pendekatan kedokteran keluarga meliputi pencegahan primer serta sekunder. Pencegahan primer dilakukan pada orang yang sehat agar tidak menderita penyakit OA, dengan cara menurunkan berat badan, mengontrol kesehatan rutin, mengatur pola makan, serta mengontrol diet. Sedangkan pencegahan sekunder diberikan kepada keluarga pasien untuk memberi pemahaman, dukungan maupun motivasi serta melakukan kebiasaan hidup yang sehat (Mutmainah & Makmun, 2019).

Tatalaksana selanjutnya yang dapat diberikan ialah non-medikamentosa dan medikamentosa. Tatalaksana non-medikamentosa yang dapat dilakukan adalah mengurangi faktor risiko yang dapat dimodifikasi, misalnya mempertahankan atau mengurangi berat badan pada penderita obesitas. Selain itu, pasien disarankan untuk melakukan aktivitas fisik karena dapat mengatasi keluhan nyeri, meningkatkan fungsi sendi dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Namun aktivitas yang terlalu berat harus dihindari. Sarankan pasien untuk melakukan aktivitas fisik minimal 30 menit setiap aktivitas, dilakukan 3 kali dalam seminggu, selama 4 – 12 minggu. Aktivitas yang bisa paling mungkin dilakukan oleh pasien adalah melakukan peregangan otot dan berjalan kaki (Abramoff & Caldera, 2019; Mora et al., 2018; Zhang et al., 2020).

Sedangkan tatalaksana medikamentosa lini pertama OA adalah menggunakan NSAID (*Non-Steroid Anti Inflammatory Drugs*) atau acetaminophen (paracetamol). NSAID diketahui lebih efektif dibandingkan acetaminophen (Abramoff & Caldera, 2019). NSAID sangat dianjurkan dan merupakan obat oral pilihan pertama pada pengobatan

OA terlepas dari lokasi anatomisnya (Kolasinski et al., 2020). Penggunaan NSAID harus dimulai dengan dosis terendah untuk periode waktu yang sesingkat mungkin serta harus diberikan bersama dengan *Proton Pump Inhibitor* (PPI) untuk mencegah terjadinya risiko gastrointestinal. NSAID berupa diclofenac dapat diberikan dengan dosis 75 – 150 mg/hari, terbukti secara statistik dan klinis efektif sebagai tatalaksana osteoarthritis (Roth., 2013).

Diagnosis hipertensi pada kasus ini ditegakkan melalui adanya keluhan nyeri kepala dan riwayat pasien memiliki hipertensi ± 3 tahun yang lalu. Nyeri kepala merupakan salah satu keluhan yang tidak spesifik pada penderita hipertensi. Faktor risiko hipertensi juga dapat dilihat pada pasien ini, yaitu seringnya konsumsi makanan tinggi garam dan faktor risiko jenis kelamin perempuan, dimana perempuan dengan usia ≥ 65 tahun sangat berisiko mengalami hipertensi (RI, 2013). Pemeriksaan fisik tekanan darah pasien didapatkan 169/102 mmHg, sehingga pasien dapat diklasifikasikan menjadi hipertensi derajat 2. Dimana menurut *International Society of Hypertension Global 2020*, yang dimaksud hipertensi derajat 2 adalah keadaan dimana tekanan darah sistolik seseorang mencapai ≥ 160 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik mencapai ≥ 100 mmHg (Unger et al., 2020).

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan sesuai indikasi untuk menilai adanya komplikasi dari hipertensi, antara lain, elektrokardiografi (EKG), pemeriksaan radiologi pada ginjal atau arteri renal, funduskopi, dan juga MRI atau CT-Scan otak. Pemeriksaan laboratorium dapat berupa tes fungsi hati, kadar serum asam urat, dan rasio albumin/kreatinin pada urin (Unger et al., 2020).

Tatalaksana hipertensi mencakup tatalaksana non-medikamentosa dan medikamentosa. Tatalaksana non-medikamentosa berupa pengendalian faktor risiko meliputi makan gizi seimbang (batasi garam < 5 gram atau 1 sendok teh per hari, 5 porsi buah-buahan dan sayuran per hari, serta batasi makanan berlemak), mempertahankan atau menurunkan berat badan, melakukan olahraga teratur (senam atau jalan selama 30 – 45 menit, 3x per minggu), hindari rokok serta alkohol (RI, 2013). Tatalaksana medikamentosa harus segera dimulai menggunakan obat anti hipertensi jika hipertensi sudah masuk derajat 2. Tujuan diberikannya obat anti hipertensi ialah untuk menurunkan tekanan darah dengan target untuk pasien usia > 60 tahun yaitu $< 150/90$ mmHg (Bell et al., 2015). Anti hipertensi yang direkomendasikan berdasarkan availabilitas dan afordabilitasnya berturut-turut adalah *Long-Acting Calcium Channel-Blocker* (CCB) (Amlodipine), *Angiotensin Converting Enzyme-Inhibitors* (ACE-i) (enalapril atau lisinopril), thiazide (hydrochlorothiazide dosis rendah), dan *Angiotensin-II Receptor-Blocker* (ARB) (losartan). Pada pasien hipertensi derajat 2, terapi bisa dimulai dengan memberikan amlodipine dengan dosis 5 mg per hari (India, 2016). Setelah terapi dimulai, lakukan monitoring, diharapkan tekanan darah dapat mencapai target dalam satu bulan (Unger et al., 2020).

Laporan kasus ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Sianturi dan Sibuea (2021), bahwa penggunaan amlodipine lebih efektif karena memiliki efek vasodilatasi, laju jantung diperlambat serta kontraktilitas dari otot jantung juga diturunkan sehingga tekanan darah pada pasien turun. Penggunaan amlodipine juga disarankan pada malam hari karena obat tersebut memiliki efek untuk menurunkan *nighttime blood pressure*.

Pada laporan kasus tersebut didapatkan adanya peningkatan pengetahuan, perubahan perilaku maupun kondisi klinis saat dilakukan evaluasi (Sianturi & Sibuea, 2021).

Pada pasien ini sudah dilakukan kunjungan sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama pada tanggal 25 Juli 2021. Adapun kegiatan yang dilakukan pada kunjungan pertama adalah pendekatan dan pengenalan dengan pasien dan keluarganya serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis mengenai keluarga, perihai penyakit yang diderita, pendataan keadaan rumah, serta kemungkinan faktor risiko yang dapat menyebabkan penyakit pada pasien. Dari hasil kunjungan, pasien masih belum memiliki pengetahuan mengenai penyakit yang diderita. Pasien dan keluarga juga masih mengutamakan perilaku kesehatan kuratif dibandingkan preventif, yaitu hanya memeriksakan kesehatannya jika sudah ada keluhan yang mengganggu kegiatan sehari-hari. Pada anamnesis dan pemeriksaan fisik didapatkan bahwa pasien masih mengeluhkan nyeri pada sendi lututnya di pagi hari dan saat beraktivitas berat, TD 165/100 mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, frekuensi napas 18x/menit, dan suhu 36,3°C. Lokasi rumah pasien dengan puskesmas sekitar ±3,5 km dan pasien tidak kesulitan menjangkaunya karena terdapat kendaraan berupa sepeda motor. Kondisi rumah pasien cukup bersih namun tata letak barang dalam rumah masih kurang.

Kunjungan rumah yang kedua kali (intervensi) dilakukan pada tanggal 27 Juli 2021. Pertama-tama, dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik kembali kepada pasien. Pada anamnesis dan pemeriksaan fisik didapatkan bahwa pasien masih mengeluhkan nyeri pada sendi lututnya namun tidak sesering hari sebelumnya, TD 150/90 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 18x/menit, dan suhu 36,3°C. Setelah itu, baru dilakukan intervensi. Intervensi yang dilakukan yaitu berdasarkan *patient-centred* dan *family focus*. Dimana intervensi tidak hanya kepada pasien namun juga kepada keluarganya. Intervensi dilakukan menggunakan media berupa *leaflet* serta poster untuk pemberian edukasi dengan menjelaskan poin-poin isi dari media intervensi tersebut. Pasien dan keluarganya dijelaskan mengenai penyakit osteoarthritis dan hipertensi, penyebab, gejala, terapi, serta pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit tersebut serta gaya hidup yang tepat. Sebelum dilakukan intervensi, pasien dan keluarganya diminta untuk menjawab 10 pertanyaan yang sudah disiapkan mengenai materi intervensi yang akan diberikan. Terlihat dalam menjawab pertanyaan tersebut, pasien dan keluarga masih kurang mengetahui pengertian, penyebab, pencegahan serta komplikasi dari osteoarthritis dan hipertensi. Selain itu, pasien dan keluarganya juga di edukasi mengenai aktivitas fisik yang harus dilakukan serta perilaku hidup bersih dan sehat. Keluarga pasien juga diberikan edukasi mengenai pentingnya dukungan emosional dari keluarga untuk kesembuhan pasien.

Setelah intervensi dilakukan, kemudian dilakukan evaluasi pada 03 Agustus 2021. Hal pertama yang dievaluasi berupa keluhan nyeri pada kedua lutut pasien, yang menurut pasien keluhannya tersebut sudah tidak ada. Tekanan darah pasien juga diperiksa kembali dan menunjukkan hasil 120/80 mmHg. Evaluasi mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap penyakit pada pasien dan keluarga dilakukan dengan meminta untuk menjawab 10 pertanyaan yang sama dengan kunjungan kedua, dan terlihat hasil yang berbeda. Hasil menjawab pertanyaan yang kedua kali, terlihat pengetahuan pasien serta keluarganya mengenai penyakit tersebut meningkat. Hasil evaluasi mengenai pengetahuan pola makan, pasien sudah mengerti dan mulai menerapkannya.

SIMPULAN

Diagnosis osteoarthritis dan hipertensi dapat ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Tatalaksana kedua penyakit kronis tersebut berfokus pada pengendalian faktor risiko, melakukan aktivitas fisik, kepatuhan pengobatan dan kontrol rutin ke fasilitas kesehatan. Dukungan emosional dari keluarga juga penting untuk membantu kesembuhan pasien. Perubahan pengetahuan pada pasien dan keluarga terlihat setelah dilakukan intervensi secara *patient-centred* dan *family focused*.

DAFTAR PUSTAKA

- Abramoff, B., & Caldera, F. (2019). Osteoarthritis: Pathology, Diagnosis, and Treatment Options. *Med Clin N Am*, 1–19.
- Association, I. R. (2010). *Diagnosis dan Penatalaksanaan Osteoarthritis*. IRA.
- Bell, K., Twigg, J., & Olin, B. (2015). *Hypertension: The Silent Killer: Updated JNC-8 Guideline Recommendations*. Alabama Pharmacy Association.
- India, M. of H. and F. W. G. of. (2016). *Hypertension: Screening, Diagnosis, Assessment, and Management of Primary Hypertension in Adults in India*.
- Kolasinski, S., Neogi, T., & Hochberg. (2020). American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for The Management of Osteoarthritis of The Hand, Hip, and Knee. *Arthritis & Rheumatology*, 72(2), 220–233.
- Mora, J., Przkora, R., & Cruz-Almeida, Y. (2018). Knee Osteoarthritis: Pathophysiology and Current Treatment Modalities. *Journal of Pain Research*, 11, 2189–2196.
- Mutmainah, S., & Makmun, A. (2019). Manajemen Pasien Osteoarthritis Secara Holistik, Komprehensif Dengan Menggunakan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Sudiang Raya Makassar. *UMI Medical Journal*, 4(1), 141–153.
- Organization, W. H. (2000). *The Asia-Pacific Perspective: Redefining Obesity and Its Treatment*.
- RI, K. K. (2013a). *Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Hipertensi*. Kemenkes RI.
- RI, K. K. (2013b). *Riset Kesehatan Dasar*. Kemenkes RI.
- RI, K. K. (2014). *Infodarin: Situasi dan Analisa Lanjut Usia*. Kemenkes RI.
- RI, K. K. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas*. Kemenkes RI.
- RI, K. K. (2019). *Infodatin Hipertensi: Si Pembunuh Senyap*. Kemenkes RI.
- RI, K. K. (2020). *Panduan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia pada Era Pandemi COVID-19*. Kemenkes RI.
- Roth., S. (2013). Diclofenac in The Treatment of Osteoarthritis. *International Journal of Clinical Rheumatology*, 8(2), 185–203.

Sianturi, E. T., & Sibuea, S. H. (2021). Penatalaksanaan Holistik dengan Pendekatan Dokter Keluarga pada Laki-Laki Usia 50 Tahun dengan Hipertensi Primer. *Medula*, 10(4), 654–660.

Unger, T., Borghi, C., & Charchar, F. (2020). Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75, 1334–1357.

Wittenauer, R., Smith, L., & Aden, K. (2013). *Priority Medicines for Europe and The World “A Public Health Approach to Innovation”*: Background Paper 6.12 Osteoarthritis.

Zhang, Z., C, H., & Jiang, Q. (2020). Guidelines for The Diagnosis and Treatment of Osteoarthritis in China. *Ann Transl Med*, 8(19), 12–13.

