

Penatalaksanaan Holistik Lansia dengan Sindrom Metabolik, GERD Berulang, dan Depresi Ringan: Laporan Kasus

Tsurayya Fathma Zahra¹, Dian Isti Angraini²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas dan Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Sindrom metabolik merupakan kumpulan kelainan metabolik yang meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular dan diabetes melitus tipe 2, terutama pada lanjut usia. Kondisi ini sering disertai penyakit kronis lain, seperti gastroesophageal reflux disease (GERD), serta gangguan psikologis berupa depresi sehingga memerlukan penatalaksanaan yang komprehensif. Laporan kasus ini membahas seorang perempuan berusia 65 tahun yang datang dengan keluhan nyeri ulu hati, pusing, dan pegal pada pundak. Hasil pemeriksaan menunjukkan hipertensi, obesitas sentral, dislipidemia, hiperglikemia, serta depresi ringan berdasarkan Geriatric Depression Scale (GDS). Penatalaksanaan dilakukan melalui terapi farmakologis berupa amlodipin, metformin, simvastatin, dan antasida, serta intervensi nonfarmakologis dengan pendekatan patient-centered, family-focused, dan community-oriented. Evaluasi menunjukkan perbaikan kondisi klinis, peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga dari 53% menjadi 93%, penurunan tekanan darah dari 160/95 mmHg menjadi 145/86 mmHg, kadar gula darah puasa dari 228 mg/dL menjadi 120 mg/dL, dan kadar kolesterol total dari 315 mg/dL menjadi 180 mg/dL. Selain itu, pasien mulai rutin mengonsumsi obat, meningkatkan aktivitas fisik, memperbaiki pola makan, mengalami perbaikan suasana hati, serta memperoleh dukungan keluarga yang lebih baik. Pendekatan kedokteran keluarga terbukti efektif dalam pengelolaan sindrom metabolik yang disertai GERD dan depresi ringan.

Kata Kunci: Depresi ringan, GERD, sindrom metabolik, tatalaksana holistik

Holistic Management of an Elderly Patient with Metabolic Syndrome, Recurrent GERD), and Mild Depression: A Case Report

Abstract

Metabolic syndrome is a cluster of metabolic abnormalities that increases the risk of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus, particularly among older adults. This condition is frequently accompanied by other chronic diseases, such as gastroesophageal reflux disease (GERD), as well as psychological disorders including depression, thereby requiring comprehensive management. This case report describes a 65-year-old woman who presented with epigastric pain, dizziness, and shoulder discomfort. Clinical evaluation revealed hypertension, central obesity, dyslipidemia, hyperglycemia, and mild depression based on the Geriatric Depression Scale (GDS). Comprehensive management was implemented through pharmacological therapy consisting of amlodipine, metformin, simvastatin, and antacids, alongside non-pharmacological interventions using patient-centered, family-focused, and community-oriented approaches. Follow-up evaluation demonstrated clinical improvement, increased patient and family knowledge from 53% to 93%, a reduction in blood pressure from 160/95 mmHg to 145/86 mmHg, fasting blood glucose from 228 mg/dL to 120 mg/dL, and total cholesterol from 315 mg/dL to 180 mg/dL. The patient also showed improved medication adherence, increased physical activity, healthier dietary habits, better mood, and stronger family support. A family medicine approach proved effective in managing metabolic syndrome accompanied by GERD and mild depression.

Key Words: holistic management, GERD, metabolic syndrome, mild depression

Korespondensi: Tsurayya Fathma Zahra, alamat Pakuan Regency Cluster Rara Santang, Bogor Barat, Kota Bogor, HP 085776000036, e-mail tsurayyafathmazahra@gmail.com

Diterima:

Direview:

Publish:

Pendahuluan

Sindrom metabolik adalah kumpulan dari gejala-gejala berupa obesitas sentral, dislipidemia atherogenik, peningkatan tekanan darah dan glukosa plasma yang meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular aterosklerotik, termasuk infark miokard, stroke, penyakit

pembuluh darah perifer, resistensi insulin, dan diabetes melitus tipe II.¹ Prevalensi sindrom metabolik didapatkan meningkat di seluruh dunia dalam beberapa dekade terakhir. Secara global, prevalensi sindrom metabolik diperkirakan mencapai 20-25%. Asia menjadi benua dengan penderita sindrom metabolik

terbanyak, yaitu 12-37% dari seluruh populasi penduduk di Asia, yang berarti 1 dari 5 orang Asia menderita sindrom metabolik.² Berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, prevalensi sindrom metabolik di Indonesia menyentuh angka 46,9%, dengan angka lebih tinggi di perkotaan dan mayoritas pada perempuan.³ Di provinsi Lampung sendiri, prevalensi sindrom metabolik mencapai 20,59%.⁴ Menurut *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III), perempuan (30.4%) lebih banyak menderita sindrom metabolik dibandingkan laki-laki (25.4%).⁵

Salah satu penyakit kronis yang sering dijumpai adalah Gastroesophageal Reflux Disease (GERD), yaitu gangguan yang terjadi akibat refluks isi lambung ke dalam esofagus secara berulang sehingga menimbulkan keluhan seperti nyeri epigastrium, sensasi terbakar di daerah dada (heartburn), dan regurgitasi.⁶ Secara global, prevalensi penyakit dispepsia termasuk GERD berkisar antara 15-40% di seluruh negara.⁷ Di Indonesia, prevalensi GERD tahun 2023 sebesar 13,5% dan mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2018 yaitu 10,9%.³ Adapun di Provinsi Lampung, gastritis dan dyspepsia (kelompok penyakit yang mencakup GERD masuk ke dalam 10 Penyakit terbanyak di Provinsi Lampung, yaitu sebesar 163.318 dan 62.813 orang.⁸ GERD menjadi salah satu keluhan yang cukup sering ditemukan di puskesmas.⁹

Lanjut usia (lansia) adalah kelompok individu yang telah mencapai usia 60 tahun atau lebih. Seiring bertambahnya usia, terjadi berbagai perubahan fisiologis yang menyebabkan lansia lebih rentan mengalami gangguan kesehatan, baik akibat proses penuaan maupun dampak kumulatif dari pola hidup yang kurang sehat pada masa sebelumnya. Selain perubahan fisik, lansia juga menghadapi berbagai perubahan dalam kehidupan sosial dan psikologis. Kondisi tersebut dapat memengaruhi kesehatan mental mereka, sehingga depresi menjadi salah satu gangguan psikologis yang cukup sering ditemukan pada kelompok usia lanjut.

Depresi adalah suatu perasaan sedih, tidak berdaya, dan kehilangan harapan yang disebabkan karena adanya stressor. Stressor yang terjadi dapat berupa stressor biologis maupun psikososial. Prevalensi depresi di

seluruh dunia mencapai 4% populasi, dengan 5,9% diantaranya merupakan lansia.¹⁰ Adapun, prevalensi depresi di Indonesia pada tahun 2023 sebesar 1,4%, dengan kelompok umur 55-64 tahun sebanyak 1,2%, 65-74 tahun 1,6%, dan kelompok umur >75 tahun sebesar 1,9%. Prevalensi di Provinsi Lampung sendiri pada tahun 2023 yaitu sebesar 0,5%.¹¹ Menurut Risdas tahun 2018, prevalensi depresi tertinggi di Provinsi Lampung yaitu berada di Lampung Tengah (3.399), adapun Kota Bandar Lampung menjadi kota dengan prevalensi depresi tertinggi ketiga di Provinsi Lampung. Berdasarkan kelompok umur, kelompok usia lansia (>55 tahun) menjadi kelompok usia terbanyak yang mengalami depresi di Provinsi Lampung, yaitu sebanyak 3.940 jiwa.¹²

Kasus sindrom metabolik dan GERD merupakan penyakit kronis yang memiliki dampak besar terhadap kualitas hidup pasien, terutama apabila tidak ditangani secara tepat dan menyeluruh. Depresi juga memiliki keterkaitan penting dengan kedua penyakit kronis diatas. Oleh karena itu, penatalaksanaan yang bersifat komprehensif sangat penting, terutama pada pasien usia lanjut yang memiliki banyak faktor risiko dan keterbatasan dalam mengelola kesehatannya secara mandiri.

Adapun tujuan dari penulisan laporan kasus ini yaitu:

1. Menggambarkan identifikasi kasus sindrom metabolik, GERD berulang, dan depresi ringan berdasarkan penilaian holistik yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan *family assessment*.
2. Menerapkan tatalaksana komprehensif pada kasus sindrom metabolik, GERD berulang, dan depresi ringan dengan menerapkan prinsip *patient centered*, *family approach* dan *community oriented*.

Kasus

Seorang wanita berusia 65 tahun datang berobat ke Puskesmas Segala Mider dengan keluhan utama nyeri ulu hati sejak 2 hari lalu, dan keluhan tambahan yaitu lidah terasa pahit, mual, pusing, serta pundak pegal.

Sejak 8 tahun yang lalu, pasien didiagnosis DM dengan keluhan berupa sering BAK di malam hari dan sering haus. Setelah 2 bulan mengalami keluhan tersebut, pasien memeriksakan diri ke dokter dan didapati hasil

gula darah puasa (GDP) dan gula darah 2 jam setelah makan tinggi, yaitu berada di atas 200. Pasien kemudian diberikan terapi awal berupa metformin 1x500 mg. Saat itu, pasien sering kontrol namun tidak rutin. Pasien biasanya kontrol setelah beberapa hari kehabisan obat dan mengaku tidak meminum obatnya setiap hari karena sering lupa. Sejak 6 tahun yang lalu, pasien mulai mengeluhkan sering sakit kepala dan leher terasa pegal dan berat. Saat berobat, tekanan darah pasien didapati tinggi. Pasien kemudian mulai mengonsumsi obat rutin tambahan selain obat DM, yaitu amlodipin 1x5 mg untuk terapi hipertensi. Akan tetapi, pola pengobatan pasien masih sama seperti sebelumnya. Sejak 2 tahun yang lalu, karena DM dan hipertensi yang dimilikinya, pasien dicek kadar kolesterol saat pengambilan obat rutin berupa trigliserida (TG), HDL dan LDL, dengan hasil mengalami peningkatan TG dan LDL serta penurunan HDL. Pasien kemudian didiagnosis sindrom metabolik dan menjalani pengobatan setiap bulan, namun masih dengan pola berobat yang sama seperti sebelumnya. Sejak 1 bulan yang lalu, pasien sering merasakan nyeri ulu hati. Nyeri dirasakan seperti rasa terbakar, hilang timbul, memberat terutama jika pasien tidak sarapan atau telat makan. Pasien juga mengeluhkan rasa pahit di mulut dan mual. Keluhan sempat membaik namun kambuh kembali 2 hari sebelum berobat. Keluhan muntah, sulit menelan, nyeri perut, dan BAB cair disangkal. Pasien juga mengeluhkan kepala pusing dan pundak pegal.

Kegiatan pasien sehari-hari merupakan aktivitas ringan-sedang berupa aktivitas harian seperti memasak, mencuci, dan membersihkan rumah. Saat ini pasien masih dapat beraktivitas ringan, namun terdapat hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari terutama jika pasien sedang tidak mengonsumsi obat dalam jangka waktu cukup lama, dimana pasien sering merasa nyeri kepala, nyeri lutut, dan pegal-pegal di area pundak. Pasien mengaku jarang olahraga, terkadang berjalan pagi sekitar 30 menit di sekitar rumah sebanyak 1-2x seminggu. Adanya riwayat minum alkohol dan merokok disangkal. Berdasarkan hasil *food recall*, Tingkat Kecukupan Gizi (TKG) harian pasien belum memenuhi kebutuhan harian dimana energi, karbohidrat, dan protein tidak mencukupi kebutuhan harian pasien. Pasien

juga memiliki jam makan yang tidak teratur. Pasien belum memahami pola makan dan aktivitas fisik yang sesuai dengan kondisinya. Pasien menyadari pentingnya mengontrol penyakit yang dialaminya, namun di sisi bersebrangan suami pasien tidak mendukung pengobatan yang harus dijalani oleh pasien. Pasien dan keluarga masih kurang memahami faktor risiko penyakit, penanganan yang diperlukan, dan risiko penyakit yang dapat timbul sebagai komplikasi jangka panjang.

Pemeriksaan fisik menunjukkan pasien dalam keadaan umum tampak sakit ringan dengan kesadaran compos mentis dan bersikap kooperatif. Tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 160/95 mmHg, frekuensi nadi 84 kali per menit, frekuensi napas 20 kali per menit, suhu tubuh 36,8°C, serta saturasi oksigen 98% pada udara ruangan. Pengukuran antropometri menunjukkan berat badan 55 kg dan tinggi badan 156 cm dengan indeks massa tubuh (IMT) sebesar 22,6 kg/m² yang termasuk kategori normal. Namun, lingkar perut 85 cm mengindikasikan adanya obesitas sentral. Penampilan pasien baik dan rapih sesuai usia. Pada pemeriksaan kepala didapatkan *normocephal*, mata normal (tidak ditemukan konjungtiva anemis dan sklera ikterik), hidung normal (simetris, tidak ada *rhinorrhea*), telinga normal (tidak ada *otorrhea*), mulut normal (tidak kering, sianosis, atau pucat). Pada pemeriksaan leher didapatkan normal, tidak ada benjolan atau pembesaran kelenjar getah bening, serta JVP tidak meningkat. Pemeriksaan toraks menunjukkan gerakan dinding dada yang simetris pada inspeksi, tanpa nyeri tekan pada palpasi, serta bunyi sonor pada perkusi. Auskultasi paru memperlihatkan suara napas vesikuler normal. Pada pemeriksaan jantung ditemukan batas jantung melebar, dengan bunyi jantung I dan II terdengar reguler tanpa kelainan irama. Pemeriksaan abdomen menunjukkan perut tampak cembung dan lunak (*supel*), dengan bising usus dalam batas normal. Ditemukan nyeri tekan pada regio epigastrium, tanpa pembesaran hepar maupun limpa. Perkusi abdomen tidak menunjukkan adanya *shifting dullness*. Pemeriksaan status hidrasi menunjukkan turgor kulit kembali dengan cepat (<2 detik) yang masih dalam batas normal. Pada ekstremitas atas dan bawah, akral teraba hangat dengan *capillary refill time*

(CRT) kurang dari 2 detik, menandakan perfusi perifer yang baik.

Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan GDP pasien 228 mg/dL dan kadar kolesterol total 315 mg/dL. Sebelumnya pada 2 tahun yang lalu, pasien pernah menjalani pemeriksaan kolesterol lengkap dengan hasil yaitu: Trigliserida 230 mg/dL, HDL 42 mg/dL, dan LDL 117 mg/dL.

Pada pasien dilakukan beberapa skrining untuk menunjang diagnosis dan mempertimbangkan pemberian terapi dan edukasi. Skrining pertama yaitu mengenai fungsi kognitif pasien melalui *Mini Mental State Examination* (MMSE) dengan hasil 26, yang menunjukkan fungsi kognitif pasien normal. Pada pasien juga dilakukan skrining depresi berdasarkan keluhan pasien pada saat anamnesis. Skrining depresi dilakukan menggunakan *Geriatric Depression Scale* dimana didapatkan total skor 6, yaitu pasien masuk dalam kategori depresi ringan.

Pasien merupakan anak kedua dari enam bersaudara. Bersama suaminya (Tn. A), pasien memiliki dua orang anak perempuan yang seluruhnya telah menikah dan saat ini tinggal di luar kota. Saat ini pasien menetap bersama suami dan seorang cucu yang sedang menempuh pendidikan di perguruan tinggi. Berdasarkan komposisi anggota keluarga yang tinggal serumah, keluarga pasien termasuk dalam tipe keluarga luas (*extended family*). Menurut tahapan siklus kehidupan keluarga Duvall, keluarga Ny. SL berada pada tahap VIII, yaitu keluarga usia lanjut (*aging family*), yang ditandai dengan pasangan lanjut usia yang telah menyelesaikan tugas pengasuhan anak dan memasuki fase penyesuaian terhadap proses penuaan.

Pasien saat ini tidak bekerja, sementara suami bekerja sebagai buruh lepas. Pendapatan keluarga diperoleh dari suami pasien sekitar ±Rp 1.000.000,- dan pemberian dari anak pasien sekitar ±Rp4.000.000,-. Pendapatan tersebut digunakan untuk menghidupi 3 anggota keluarga. Hubungan antar keluarga kurang baik. Suami pasien sering tidak mendukung keputusan pasien terutama perihal pengobatan dari penyakitnya. Hal ini menyebabkan pasien berobat hanya jika adik-adiknya akan berobat ke puskesmas juga. Adapun hubungan dengan cucu di rumah dan anak-anaknya cukup baik. Komunikasi dengan

cucu pasien yang serumah berjalan tidak setiap hari karena kesibukan kuliah. Adapun komunikasi dengan anak-anaknya yang jauh terjalin 1-2 kali seminggu. Keluarga pasien belum mengetahui detail mengenai penyakit pasien. Pemecahan masalah di keluarga terbanyak dilakukan berdasarkan keputusan suami pasien sebagai kepala keluarga.

Seluruh anggota keluarga memiliki jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah. Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga umumnya dilakukan untuk tujuan pengobatan saat terdapat anggota keluarga yang mengalami keluhan atau sakit yang menghambat aktivitas. Fasilitas kesehatan primer terdekat berupa puskesmas berjarak sekitar 1,3 km dari tempat tinggal dan dapat dicapai dengan mudah menggunakan kendaraan bermotor pribadi.

Penilaian fungsi keluarga Ny. SL dinilai melalui skoring APGAR (*Adaptation, Partner, Growth, Affection, Resolve*) dengan hasil skor 5, yaitu dalam rentang skor 4-6 dengan interpretas terdapat disfungsi keluarga sedang. Dilakukan juga penilaian fungsi fisiologis dan patologis pada keluarga yang dinilai dengan menggunakan SCREEM dengan hasil fungsi keluarga pasien memiliki sumber daya yang kurang adekuat.

Pasien tinggal di rumah permanen milik pribadi bersama tiga penghuni, yaitu pasien, suami (Tn. A), dan seorang cucu. Rumah berukuran sekitar 10 × 8 m² dan berlokasi cukup dekat dengan rumah-rumah tetangga di sekitarnya. Bangunan rumah terdiri atas dua kamar tidur, satu ruang tamu, satu ruang keluarga, satu dapur, serta satu kamar mandi yang dilengkapi toilet jongkok. Lantai rumah menggunakan ubin, dinding terbuat dari tembok, dan atap berbahan genteng yang telah dilengkapi plafon. Dapur berada di dalam rumah dengan posisi yang tidak berdekatan dengan kamar mandi maupun area makan. Lingkungan sekitar rumah tidak memiliki akses jalan yang menanjak. Pencahayaan alami masih cukup baik karena sinar matahari dapat masuk melalui jendela ruang tamu, ruang keluarga, dan setiap kamar tidur. Rumah telah teraliri listrik, menggunakan air bersih yang berasal dari PDAM, serta memanfaatkan kompor gas untuk kegiatan memasak. Kebutuhan air minum dipenuhi dari air yang dimasak terlebih dahulu. Sarana sanitasi tergolong memadai

dengan septic tank yang berjarak sekitar 5 meter dari rumah. Tempat sampah tersedia baik di dalam maupun di luar rumah, dan sampah diangkut secara rutin oleh petugas kebersihan. Pada saat kunjungan, kondisi kebersihan rumah secara umum dinilai cukup baik.

Hasil pengkajian yang diperoleh melalui anamnesis menyeluruh, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang digunakan untuk menyusun diagnosis holistik awal yang meliputi lima komponen, yaitu aspek personal, aspek klinis, faktor risiko internal, faktor risiko eksternal, dan status fungsional. Pada aspek personal, pasien datang untuk mencari pertolongan medis karena mengalami nyeri epigastrium, pusing, serta keluhan pegal pada pundak yang dirasakan mengganggu aktivitas sehari-hari. Aspek personal mengenai kekhawatiran pasien yaitu penyakit yang dideritanya akan semakin memburuk, menghambat aktivitas sehari-hari, serta menjadi beban bagi keluarganya. Aspek personal mengenai persepsi pasien yaitu keluhan yang dialami berkaitan dengan penyakit yang dideritanya serta aktivitas sehari-hari yang dilakukan. Adapun aspek personal mengenai harapan pasien yaitu pasien berharap keluhan nyeri ulu hati, pusing, dan pundak pegal dapat membaik serta tidak kambuh kembali sehingga dapat menjalani aktivitas dengan lebih nyaman. Pada aspek klinis, pasien didiagnosis menderita sindrom metabolik (ICD-10: E88.81; ICPC-2: T90), gastroesophageal reflux disease (GERD) (ICD-10: K21; ICPC-2: D03), depresi ringan (ICD-10: F32.0; ICPC-2: P03), serta kondisi usia lanjut atau senility (ICD-10: R54). Pada aspek risiko internal, terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan pasien, yaitu usia lanjut dan jenis kelamin perempuan. Status gizi pasien tergolong normal, namun disertai obesitas sentral. Tingkat kecukupan gizi pasien juga belum memenuhi kebutuhan harian yang dianjurkan. Selain itu, pasien mengalami gangguan perasaan berupa depresi ringan serta memiliki riwayat penyakit serupa dalam keluarga. Pengetahuan pasien mengenai faktor risiko, tatalaksana, dan komplikasi penyakit yang dideritanya masih terbatas. Pasien juga belum memahami pola makan dan latihan fisik yang sesuai dengan usia dan kondisi kesehatannya. Di samping itu,

kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan masih kurang sehingga berpotensi memengaruhi keberhasilan terapi. Pada aspek risiko eksternal, pola berobat keluarga masih cenderung bersifat kuratif dibandingkan preventif dan promotif. Pengetahuan keluarga mengenai faktor risiko penyakit, penanganan yang diperlukan, serta kemungkinan komplikasi yang dapat dialami pasien juga masih kurang. Selain itu, hubungan dan kedekatan pasien dengan keluarga relatif kurang sehingga kepedulian serta keterlibatan keluarga dalam mendukung pengobatan dan perawatan pasien belum optimal. Evaluasi status fungsional dengan menggunakan instrumen Indeks Barthel Modifikasi menunjukkan bahwa pasien berada pada derajat fungsional 2. Kondisi ini mengindikasikan bahwa pasien masih mandiri dalam melakukan aktivitas ringan sehari-hari, baik di lingkungan rumah maupun di luar rumah, namun dengan tingkat aktivitas yang lebih terbatas dibandingkan kondisi sebelum sakit.

Penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien berfokus pada pendekatan holistik yang meliputi prinsip *patient-centred*, *family focused*, dan *community oriented*. Pada pendekatan *patient-centred*, diberikan terapi medikamentosa berupa amlodipine 5 mg satu kali sehari pada malam hari, metformin 500 mg dua kali sehari, simvastatin 20 mg satu kali sehari pada malam hari, serta antasida satu tablet tiga kali sehari yang dikonsumsi satu jam sebelum makan. Selain terapi farmakologis, dilakukan pula intervensi non-medikamentosa berupa konfirmasi kepada pasien mengenai penyakit yang dideritanya beserta faktor risiko dan penyebab yang mendasarinya. Pasien juga diberikan informasi mengenai upaya pengobatan yang perlu dijalani serta berbagai komplikasi yang dapat terjadi akibat sindrom metabolik, GERD, dan depresi. Selain itu, dilakukan edukasi mengenai pentingnya kepatuhan dalam mengonsumsi obat dan melakukan kontrol secara teratur, penerapan pola makan yang sehat dan teratur sesuai prinsip gizi seimbang serta diet DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), serta pelaksanaan aktivitas fisik yang disesuaikan dengan usia dan kondisi kesehatan pasien. Pada pendekatan *family focused*, dilakukan edukasi dan pemberian informasi kepada

keluarga mengenai faktor risiko penyakit, pengobatan yang sedang dijalani, serta upaya pencegahan komplikasi yang dapat terjadi pada sindrom metabolik, GERD, dan depresi. Keluarga juga diberikan pemahaman mengenai pentingnya keterlibatan dalam mengawasi pola makan pasien, mengingatkan jadwal minum obat, serta memahami cara penggunaan dan tujuan dari masing-masing obat yang dikonsumsi pasien. Selain itu, dilakukan konseling kepada keluarga mengenai pentingnya dukungan emosional, perhatian, dan keterlibatan seluruh anggota keluarga dalam membantu pasien menjalani pengobatan dan menerapkan gaya hidup sehat. Keberlangsungan fungsi keluarga yang baik diharapkan dapat mendukung perbaikan kondisi fisik maupun psikologis pasien. Pada pendekatan *community oriented*, pasien diberikan informasi dan motivasi untuk berpartisipasi aktif dalam kegiatan posyandu lansia. Kegiatan ini diharapkan dapat menjadi sarana skrining kesehatan secara berkala pada kelompok usia lanjut, sekaligus mendukung peningkatan aktivitas fisik melalui berbagai kegiatan rutin yang diselenggarakan setiap minggu. Dengan keterlibatan aktif dalam kegiatan masyarakat tersebut, diharapkan kesehatan fisik, mental, dan kualitas hidup pasien dapat terjaga dengan lebih baik.

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada Ny.SL berusia 65 tahun dengan Sindrom metabolik, GERD berulang, dan depresi ringan yang dikaji dengan memandang pasien secara menyeluruh mencakup biologis, psikologis, dan sosial.

Pendekatan secara holistik pada pasien Ny, SL merupakan suatu hal yang penting dilakukan karena penyakit yang diderita merupakan suatu penyakit kronis yang membutuhkan tatalaksana secara komprehensif, dalam jangka waktu yang lama, dan dukungan keluarga sebagai orang terdekat pasien. Kondisi yang dialami pasien juga dapat menimbulkan komplikasi serius pada organ tubuh lain seperti ginjal, jantung, dan otak, apabila tidak ditangani dan dikontrol dengan baik. Selain itu, keberhasilan pengontrolan penyakit sangat bergantung pada modifikasi gaya hidup pasien dan kepatuhan menjalani terapi yang membutuhkan dukungan dan pengetahuan keluarga dalam membantu

pasien mengatur aktivitas dan mencegah kekambuhan serta komplikasi yang mungkin terjadi.

Pendekatan kedokteran keluarga pada pasien dilakukan melalui tiga kali pertemuan. Kunjungan pertama difokuskan pada pengkajian dan penegakan diagnosis, kunjungan kedua untuk pelaksanaan intervensi, sedangkan kunjungan ketiga bertujuan mengevaluasi hasil intervensi yang telah diberikan. Setelah dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang pada Ny. SL, diagnosis ditegakkan dan selanjutnya dilakukan pembinaan terhadap pasien beserta keluarganya melalui tiga kali kunjungan rumah.

Pada pertemuan pertama di poliklinik yang dilanjutkan kunjungan rumah pada tanggal 10 Desember 2025, dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan tatalaksana pada pasien. Pada anamnesis didapatkan keluhan nyeri ulu hati yang dirasakan sejak 1 bulan yang lalu dan memberat sejak 2 hari yang lalu. Nyeri dirasakan seperti rasa terbakar (*heartburn*), hilang timbul, memberat terutama jika pasien tidak sarapan atau telat makan. Pasien juga mengeluhkan rasa pahit di mulut (*regurgitasi*) dan mual. Pasien juga mengeluhkan kepala pusing dan pundak pegal. Gejala nyeri ulu hati, rasa terbakar di dada, dan *regurgitasi* merupakan manifestasi klasik akibat disfungsi sfingter esofagus bawah yang menyebabkan asam lambung refluks ke atas atau yang disebut dengan *gastroesophageal reflux disease* (GERD).⁶ Pada anamnesis juga didapatkan bahwa pasien memiliki riwayat darah tinggi tidak terkontrol sejak 8 tahun lalu, hipertensi sejak 6 tahun lalu, dan dislipidemia sejak 2 tahun yang lalu. Pasien mengaku jarang kontrol dan hanya berobat apabila mengalami keluhan.

Pasien merupakan seorang ibu rumah tangga dengan aktivitas ringan-sedang setiap harinya. Pasien mengaku jarang olahraga dan hanya berjalan pagi sekitar 30 menit secara tidak teratur, sebanyak 1-2 kali seminggu. Adanya riwayat minum alkohol dan merokok disangkal. Saat datang pertama kali pasien masih dapat beraktivitas ringan, namun terdapat hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga derajat fungsional dinilai berada pada derajat 2, yaitu pasien masih mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-

hari di dalam dan luar rumah, namun intensitasnya tidak sama seperti sebelum sakit.

Pada pemeriksaan fisik, pasien tampak sakit ringan dengan kesadaran compos mentis dan sikap kooperatif. Hasil pemeriksaan tanda vital menunjukkan tekanan darah 160/95 mmHg yang memenuhi kriteria hipertensi derajat 2, denyut nadi 84 kali per menit, laju pernapasan 20 kali per menit, suhu tubuh 36,8°C, serta saturasi oksigen 98% tanpa bantuan oksigen. Status gizi berdasarkan pengukuran antropometri menunjukkan berat badan 65 kg dan tinggi badan 156 cm dengan IMT 22,6 kg/m² yang tergolong normal. Meskipun demikian, lingkaran perut 83 cm menunjukkan adanya obesitas sentral.

Status generalis pasien didapatkan kesan dalam batas normal. Pasien juga menjalani pemeriksaan laboratorium dengan hasil GDP pasien 228 mg/dL dan kadar kolesterol total 315 mg/dL. Kedua hasil ini menunjukkan bahwa kadar glukosa dan kolesterol di dalam tubuh pasien masih meningkat. Sebelumnya pada 2 tahun yang lalu, pasien pernah menjalani pemeriksaan kolesterol lengkap dengan hasil yaitu: Trigliserida 230 mg/dL, HDL 42 mg/dL, dan LDL 117 mg/dL. Dengan data-data pemeriksaan tersebut, maka pasien sudah memenuhi kriteria diagnosis sindrom metabolik menurut NCEP ATP III, dimana terdapat 5 dari 5 syarat yang telah terpenuhi, yaitu hipertensi, DM, trigliserida ≥ 150 mg/dL, HDL kolesterol < 50 mg/dL, dan lingkaran perut ≥ 80 cm pada perempuan.¹³

Sindrom metabolik merupakan sekumpulan faktor risiko terhadap penyakit kardiovaskular dan metabolik yang meliputi resisten insulin, dislipidemia, hipertensi, dan obesitas sentral. Pasien dengan sindrom metabolik mempunyai peningkatan risiko terjadinya penyakit kardiovaskular dengan relative risk 1,65.¹⁴

Patofisiologi sindrom metabolik terutama berawal dari resistensi insulin dan obesitas sentral (lemak visceral). Lemak visceral bersifat lebih aktif secara metabolik dibandingkan lemak perifer dan menghasilkan asam lemak bebas (NEFA) dalam jumlah tinggi melalui proses lipolisis. Peningkatan NEFA menurunkan sensitivitas insulin pada jaringan target. Di hati, NEFA meningkatkan

glukoneogenesis, produksi glukosa, serta menurunkan klirens insulin sehingga terjadi hiperinsulinemia. Di otot terjadi penurunan penggunaan glukosa, sedangkan pada sel β pankreas lama-kelamaan terjadi penurunan sekresi insulin yang berujung pada hiperglikemia dan diabetes melitus tipe 2.¹⁵

Selain itu, jaringan lemak visceral menghasilkan berbagai adipositokin proinflamasi seperti TNF- α , angiotensin, resistin, dan leptin yang berperan dalam meningkatkan resistensi insulin, sedangkan kadar adiponektin yang bersifat meningkatkan sensitivitas insulin justru menurun. Resistensi insulin dan hiperinsulinemia selanjutnya memicu perubahan metabolik berupa hipertensi, dislipidemia, peningkatan respon inflamasi dan koagulasi, melalui mekanisme kompleks termasuk disfungsi endotel dan stres oksidatif.¹⁵

Hipertensi pada sindrom metabolik terjadi akibat peningkatan reabsorpsi natrium dan air yang berhubungan dengan hiperinsulinemia, peningkatan aktivitas pompa Na⁺/K⁺-ATPase, aktivasi sistem saraf simpatis, serta sistem renin-angiotensin-aldosteron. Sitokin yang dihasilkan lemak visceral juga memengaruhi fungsi dan struktur vaskular sehingga meningkatkan tekanan darah.¹⁶

Dislipidemia pada sindrom metabolik ditandai dengan peningkatan trigliserida, penurunan HDL, dan peningkatan small dense LDL. Kondisi ini berkaitan dengan peningkatan lipolisis dan aliran asam lemak bebas ke hati, peningkatan sintesis trigliserida melalui aktivasi SREBP-1c, serta peningkatan VLDL yang mempercepat katabolisme HDL. Pola dislipidemia ini bersifat aterogenik dan berhubungan erat dengan peningkatan risiko penyakit kardiovaskular.¹⁵

Terdapat beberapa faktor risiko sindrom metabolik yang ada pada Ny. SL, diantaranya yaitu usia, jenis kelamin, status gizi obesitas sentral, riwayat penyakit pada keluarga, dan adanya stress psikologis yang dialami oleh pasien. Peningkatan usia merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap tingginya kejadian sindrom metabolik. Kelompok usia 55–65 tahun memiliki risiko hampir empat kali lebih besar untuk mengalami sindrom metabolik dibandingkan kelompok dewasa yang lebih muda. Hal ini berkaitan dengan proses

degeneratif yang menyebabkan penurunan fungsi metabolik dan fisiologis tubuh secara bertahap, sehingga meningkatkan risiko munculnya berbagai penyakit kronis, termasuk diabetes melitus, penyakit jantung, dan stroke.¹⁷

Jenis kelamin perempuan terutama pada usia yang lebih tua, juga lebih beresiko menderita sindrom metabolik dibandingkan laki-laki, dimana laki laki dewasa berisiko 2,7 kali dan perempuan berisiko 3,2 kali. Sedang pada laki laki berumur 60 tahun atau lebih berisiko menderita sindrom metabolik sebesar empat kali dan pada perempuan berisiko enam kali lipat.¹⁷

Selain itu, adanya predisposisi genetik seperti riwayat penyakit serupa di keluarga juga meningkatkan risiko terjadinya sindrom metabolik. Adanya riwayat keluarga yang menderita penyakit kronik seperti diabetes mellitus, hipertensi, dislipidemia, dan penyakit kardiovaskular dini dapat mempengaruhi sensitivitas insulin dan distribusi lemak dalam tubuh.¹⁷

Kegiatan kemudian dilanjutkan dengan kunjungan rumah pertama yang dilaksanakan pada tanggal 10 Desember 2025. Kunjungan ini bertujuan untuk membangun komunikasi yang lebih mendalam sekaligus melakukan pengkajian secara komprehensif terhadap pasien dan keluarganya. Pada kunjungan tersebut dilakukan anamnesis holistik yang mencakup identifikasi struktur keluarga (family map), fungsi biologis, psikologis dan sosial, kondisi ekonomi, perilaku kesehatan, sarana dan prasarana yang tersedia, serta kondisi lingkungan tempat tinggal pasien. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, diperoleh berbagai permasalahan yang dialami pasien dan keluarga meliputi aspek personal, aspek klinis, faktor risiko internal, faktor risiko eksternal, serta derajat fungsional. Temuan ini selanjutnya menjadi dasar dalam penyusunan rencana intervensi yang akan diberikan pada kunjungan berikutnya.

Setelah dilakukan kunjungan pertama ke rumah pasien, didapatkan bahwa pasien juga memiliki faktor risiko psikologis dan perilaku yang dapat memperberat terjadinya penyakit kronik, yaitu kurangnya dukungan keluarga terhadap pengobatan pasien. Hal ini berkaitan diantaranya dengan bentuk keluarga pasien yang merupakan *extended family*.

Pasien tinggal bertiga di rumah bersama suami dan satu cucunya. Selain itu, suami pasien masih bekerja sebagai buruh lepas yang menyebabkan jarang berada di rumah dan tidak peduli dengan kesehatan pasien, suami pasien juga tidak mendukung pengobatan yang dijalani oleh pasien sehingga menghambat jadwal kontrol pasien. Cucu pasien yang saat ini berkuliah juga jarang berada di rumah sehingga kurang memerhatikan pola makan dan aktivitas pasien. Pasien mengaku hanya kontrol apabila adik pasien juga akan berobat ke puskesmas. Dukungan keluarga yang kurang menyebabkan kepatuhan pengobatan pasien kurang serta tidak ada individu yang membantu mengontrol pola makan dan aktivitas pasien di rumah.

Dukungan keluarga yang kurang juga menyebabkan pasien sering merasa kesepian dan mudah menangis, termasuk saat dilakukan wawancara. Atas dasar tersebut, dilakukan skrining depresi pada pasien menggunakan kuesioner *Geriatric Depression Scale* (GDS) untuk menilai kemungkinan depresi pada pasien. Kuesioner GDS dipilih karena memiliki sensitivitas (80%) dan spesifisitas (79%) yang tinggi sehingga akurat dalam menilai gejala depresi pada lansia.¹⁸ Hasil skor GDS pasien Ny. SL menunjukkan skor 6, dimana termasuk dalam kategori depresi ringan.

Pada pasien dilakukan *food recall* dengan hasil didapatkan bahwa tingkat kecukupan gizi (TKG) Ny. SL belum memenuhi kebutuhan harian. Secara umum, pola makan pasien telah mengarah pada prinsip diet rendah karbohidrat dan lemak. Namun, total asupan yang dikonsumsi terlalu rendah sehingga bukan memberikan manfaat, melainkan berpotensi merugikan kondisi pasien. Asupan energi yang sangat rendah (59,9% dari kebutuhan) dapat menyebabkan penurunan massa otot, perlambatan metabolisme basal, serta menurunkan kepatuhan terhadap diet dalam jangka panjang. Pada pasien dengan sindrom metabolik, defisit energi yang dianjurkan adalah defisit ringan hingga sedang, yaitu sekitar 80–90% dari kebutuhan energi harian. Selain itu, asupan karbohidrat, protein, dan lemak Ny. SL juga tergolong sangat rendah, sehingga tidak sesuai untuk menunjang perbaikan kondisi metabolik pasien.¹⁹

Tatalaksana yang diberikan kepada pasien Ny. SL berupa medikamentosa dan non-medikamentosa. Pasien mendapatkan terapi berupa amlodipine 1x5 mg yang diminum malam hari untuk penyakit hipertensi, metformin 2x500 mg untuk pengobatan DM, simvastatin 1x20 mg yang diminum malam hari untuk pengobatan dislipidemia, antasida 3x1 tablet diminum 1 jam sebelum makan untuk mengobati GERD pada pasien.

Pilihan terapi hipertensi pada Ny.SL yaitu amlodipine 1x5 mg. Amlodipin termasuk dalam kelompok antihipertensi calcium channel blocker (CCB) golongan dihidropiridin. Obat ini bekerja dengan memblokir aliran ion kalsium melalui L-type calcium channels pada sel otot polos pembuluh darah, yang menghasilkan vasodilatasi arteri perifer dan menurunkan tahanan vaskular sistemik sehingga membantu mengendalikan tekanan darah. Hambatan masuknya kalsium menyebabkan relaksasi otot polos vaskular, terutama pada arteri perifer, sehingga terjadi vasodilatasi. Vasodilatasi ini menurunkan resistensi vaskular sistemik (*afterload*), yang pada akhirnya menurunkan tekanan darah. Amlodipin memiliki efek minimal pada nodus sinoatrial dan atrioventrik sehingga relatif aman terhadap frekuensi denyut jantung.²⁰

Sementara itu, pilihan terapi pengobatan DM yang diberikan kepada pasien Adalah metformin. Metformin adalah obat antidiabetik oral golongan biguanid yang bekerja utama dengan menurunkan produksi glukosa di hati (*hepatic gluconeogenesis*). Metformin meningkatkan sensitivitas jaringan perifer, terutama otot dan jaringan adiposa, terhadap insulin sehingga meningkatkan pengambilan glukosa oleh sel. Selain itu, metformin juga menurunkan absorpsi glukosa di usus. Mekanisme kerja ini menyebabkan penurunan kadar glukosa darah tanpa merangsang sekresi insulin, sehingga risiko hipoglikemia relatif rendah.²⁰

Terapi dislipidemia yang diberikan kepada pasien berupa simvastatin. Simvastatin merupakan obat penurun lipid golongan statin yang bekerja dengan menghambat enzim HMG-CoA reductase, yaitu enzim kunci dalam sintesis kolesterol di hati. Inhibisi enzim ini menyebabkan penurunan produksi kolesterol endogen, terutama kolesterol LDL. Sebagai kompensasi, hati meningkatkan ekspresi

reseptor LDL di permukaan sel hepatosit sehingga pengambilan LDL dari sirkulasi meningkat. Akibatnya, kadar LDL plasma menurun dan risiko aterosklerosis serta penyakit kardiovaskular dapat ditekan.²⁰

Sementara itu, GERD pada pasien diobati dengan menggunakan antasida, dimana antasid bekerja dengan cara menetralkan asam lambung yang sudah diproduksi oleh sel parietal. Antasid mengandung senyawa basa seperti aluminium hidroksida, magnesium hidroksida, atau kalsium karbonat yang bereaksi langsung dengan asam klorida di lambung, sehingga meningkatkan pH lambung. Pada penderita GERD, peningkatan pH ini mengurangi iritasi mukosa esofagus akibat refluks asam dan meredakan gejala seperti nyeri ulu hati dan rasa panas di dada. Antasid tidak menurunkan produksi asam lambung, melainkan hanya memberikan efek simptomatik jangka pendek.²⁰

Intervensi nonmedikamentosa difokuskan pada pemberian edukasi kepada pasien mengenai kondisi penyakit, faktor risiko yang memengaruhi perjalanan penyakit, serta faktor-faktor yang kemungkinan berkontribusi terhadap timbulnya keluhan. Selain itu, pasien diberikan pemahaman mengenai modifikasi gaya hidup yang dapat mendukung keberhasilan terapi, meliputi perbaikan pola makan, pemenuhan kebutuhan istirahat yang cukup, dan peningkatan aktivitas fisik sesuai kemampuan. Upaya tersebut diharapkan dapat membantu mengurangi gejala sekaligus mencegah terjadinya komplikasi penyakit.

Tatalaksana depresi ringan yang dilakukan masih berfokus pada perbaikan lingkungan psikososial pasien, terutama edukasi dan konseling keluarga terkait evaluasi dukungan keluarga yang telah diberikan untuk mendukung pengobatan dan kesehatan pasien, serta hal-hal yang dapat dilakukan untuk memperbaiki fungsi keluarganya.

Setelah dilakukan pemeriksaan, pada kunjungan kedua pasien pada tanggal 4 Januari 2026 pasien dan keluarga diminta untuk mengerjakan soal pre-test yang berhubungan dengan sindrom metabolik. Intervensi non-farmakologis dilakukan dengan menggunakan media penyampaian materi dalam bentuk leaflet berisi informasi terkait definisi, penyebab, bahaya, faktor risiko pencegahan

serta pengobatan. Pasien juga diberikan kartu kepatuhan obat untuk memantau kepatuhan minum obat pada pasien selama 1 minggu. Pasien juga diberikan catatan berisi daftar makanan yang dianjurkan, harus dihindari, dan harus dibatasi untuk dikonsumsi. Selain itu, dilakukan juga konseling terhadap pasien dan keluarga pasien terkait pentingnya dukungan keluarga dalam keberhasilan terapi dan perbaikan suasana hati pasien. Pemantauan keberhasilan intervensi dilakukan dalam kurun waktu 1 minggu. Akan tetapi, saat intervensi dilakukan cucu pasien sedang berlibur di rumah orang tuanya sehingga mengikuti kegiatan intervensi via media *online*.

Pada kunjungan rumah ketiga dilakukan evaluasi terhadap hasil intervensi yang telah diberikan. Evaluasi ini bertujuan untuk menilai tingkat keberhasilan intervensi dalam mencapai target yang telah ditetapkan sebelumnya. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa keluhan nyeri ulu hati sudah tidak dirasakan lagi oleh pasien, sedangkan keluhan pusing dan pegal pada pundak mengalami perbaikan yang bermakna. Berdasarkan keterangan pasien, kondisi yang dirasakan saat ini jauh lebih baik dibandingkan ketika pertama kali datang ke puskesmas. Penilaian terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku pasien serta keluarga terkait penyakit dilakukan menggunakan 15 pertanyaan yang sama seperti pada evaluasi sebelumnya. Hasil menunjukkan adanya peningkatan tingkat pengetahuan, dengan nilai pre-test sebesar 53% pada kunjungan awal meningkat menjadi 93% pada saat post-test. Peningkatan skor tersebut menggambarkan bahwa pemahaman pasien dan keluarga mengenai penyakit, faktor risiko, serta upaya pengelolaannya menjadi lebih baik setelah diberikan edukasi dan pembinaan. Selain itu, dilakukan juga evaluasi perubahan perilaku yang dilihat dari pola makan pasien yang sudah mulai menerapkan diet TKG cukup dan diet DASH, kepatuhan pasien terhadap pengobatan yang ditunjukkan melalui kartu pengobatan, dan meningkatnya aktivitas fisik ringan.

Berdasarkan penilaian TKG post-intervensi, asupan nutrisi Ny. SL menunjukkan perbaikan yang bermakna dan secara umum telah sesuai dengan prinsip diet pada sindrom metabolik. Asupan energi telah mencapai 85,8% dari kebutuhan harian, sesuai dengan

target defisit energi ringan-sedang yang dianjurkan. Asupan karbohidrat dan protein masing-masing berada pada kategori cukup (83,12% dan 87,5%), sehingga mendukung kontrol glikemik, rasa kenyang, serta pemeliharaan massa otot. Asupan lemak masih tergolong kurang (75,8%); namun hal ini dapat diterima selama kualitas lemak didominasi lemak tidak jenuh. Selain itu, asupan natrium sebesar 901 mg/hari telah memenuhi kriteria diet rendah garam (<1.500 mg/hari).¹⁹

Pada pasien juga dilakukan evaluasi Geriatric Depression Scale (GDS) untuk mengevaluasi ulang depresi ringan yang dialami oleh pasien. Hasil evaluasi GDS menunjukkan bahwa terdapat peningkatan suasana hati pasien dan peningkatan semangat pasien dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Pasien juga mengaku cukup puas terhadap kehidupan yang dijalannya saat ini, serta sudah jarang merasa sedih secara tiba-tiba. Hasil evaluasi menunjukkan skor GDS menurun dari sebelumnya 6 (depresi ringan) menjadi skor 2 dengan interpretasi normal.

Keluarga juga mulai menunjukkan dukungan dan perhatian kepada kondisi kesehatan pasien yang dilakukan dengan memantau pengobatan pasien dan menemani pasien melakukan pengobatan di puskesmas. Keluarga juga mulai memantau pola makan dan aktivitas sehari-hari pasien dengan memperhatikan makanan yang dikonsumsi dan bertanya aktivitas yang dilakukan sehari-hari.

Persepsi pasien setelah intervensi mengenai kondisinya yaitu bahwa penyakit sindrom metabolik bukan sekadar konsekuensi penuaan, melainkan kondisi yang dapat dikelola melalui penanganan tepat dan modifikasi gaya hidup. Kekhawatiran pasien terhadap kondisinya berkurang signifikan karena nyeri ulu hati dan pusing serta pundak pegal yang dirasakan telah menurun, dan pengetahuan yang lebih baik mengenai penyebab, faktor risiko, dan cara pencegahan komplikasi sindrom metabolik. Pasien juga berharap keluhanannya dapat menghilang sepenuhnya sehingga dapat kembali melakukan aktivitas sehari-hari tanpa hambatan.

Pasien memahami pentingnya menjaga pola makan dan aktivitas fisik serta istirahat cukup untuk mencegah kekambuhan penyakit. Pasien juga memahami pentingnya

kepatuhan minum obat untuk mengontrol tekanan darah, kadar gula darah dan kolesterol dalam tubuh. Selain itu, pasien menyadari pentingnya dukungan keluarga untuk memantau kepatuhan berobat, mengingatkan waktu minum obat, dan membantu mengatur pola makan.

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang pasien setelah intervensi juga menunjukkan perbaikan. Tekanan darah pasien yang semula 160/95 mmHg turun menjadi 145/86 mmHg, kadar gula darah yang sebelumnya 228 mg/dL menjadi 120 mg/dL, dan kadar kolesterol total awal 315 mg/dL menjadi 180 mg/dL. Hal ini menunjukkan pendekatan kedokteran keluarga efektif dalam menangani sindrom metabolik, GERD berulang, dan depresi ringan secara holistik.

Simpulan

Studi laporan kasus dilakukan pada pasien lansia dengan masalah kesehatan berupa sindrom metabolik, GERD berulang, dan depresi ringan dengan kurangnya pengetahuan mengenai penyakit dan minimnya dukungan keluarga. Penatalaksanaan pasien dilakukan secara menyeluruh dengan mengintegrasikan pendekatan *patient-centered*, *family-oriented*, dan *community-oriented*. Evaluasi pascaintervensi menunjukkan hasil yang baik, ditandai dengan perbaikan gejala yang dirasakan pasien, peningkatan pemahaman pasien dan keluarga terhadap penyakit yang diderita, serta tercapainya perbaikan parameter metabolik dan kardiovaskular berupa penurunan tekanan darah, kadar gula darah puasa, dan kadar kolesterol total. Pasien juga mulai menjalani modifikasi gaya hidup dengan rutin minum obat hipertensi dan DM, meningkatkan aktivitas fisik, memperbaiki pola makan dan suasana hati, serta dukungan keluarga yang meningkat. Pendekatan dokter keluarga terbukti efektif menangani sindrom metabolik, GERD, dan depresi ringan secara holistik.

Daftar Pustaka

1. Agustiawan, Chodijah S, Nareswara AR, Kaaffah S, Mastari ES. Sindrom metabolik. Purbalingga: Eureka Media Aksara; 2025.
2. Saklayen MG. The global epidemic of the metabolic syndrome. *Curr Hypertens Rep*. 2018;20(2):12.
3. Kementerian Kesehatan RI. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 dalam angka. Jakarta: Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan; 2023.
4. Herningtyas EH, Ng TS. Prevalence and distribution of metabolic syndrome and its components among provinces and ethnic groups in Indonesia. *BMC Public Health*. 2019;19(377):1-12.
5. Sigit FS, Tahapary DL, Trompet S, Sartono E, Dijk WV, dkk. The prevalence of metabolic syndrome and its association with body fat distribution in middle-aged individuals from Indonesia and the Netherlands: a cross-sectional analysis of two population based studies. *Diabetol Metab Syndr*. 2020;12(1):1-18.
6. Antunes C, Aleem A, Curtis SA. Gastroesophageal reflux disease. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2023.
7. Letelay K, Sina D, Nabuasa YY. Analisis korelasi terhadap kejadian gastroesophageal reflux disease anxiety (GERD anxiety) dan pola makan menggunakan uji Spearman. *Pros Semmau*. 2021:217-223.
8. Badan Pusat Statistik Provinsi Lampung. Jumlah kasus 10 penyakit terbanyak di Provinsi Lampung [internet]. Lampung: Badan Pusat Statistik Provinsi Lampung; 2015 [disitasi tanggal 18 Desember 2025]. Tersedia dari: <https://lampung.bps.go.id/statictable/2016/08/02/497/jumlah-kasus-10-penyakitterbanyak-di-provinsi-lampung-2015.html>
9. Syam AF, Marcellus S, Dadang M, Murdani A, Achmad F, dkk. National consensus on management of dyspepsia and Helicobacter pylori infection. *Acta Med Indones*. 2017;49(3):279-287.
10. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [disitasi tanggal 23 Desember 2025]. Tersedia dari: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
11. Kementerian Kesehatan RI. Laporan tematik Survei Kesehatan Indonesia tahun

2023. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2024.
12. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Provinsi Lampung 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2019.
 13. Rohman M. Patogenesis dan terapi sindroma metabolik. *J Kardiologi Indones*. 2007;28(2):160-168.
 14. Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, dkk editor. *Harrison's principles of internal medicine*. Edisi ke-19. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
 15. Iqbal J, Al Qarni A, Hawwari A, Alghanem AF, Ahmed G. Metabolic syndrome, dyslipidemia and regulation of lipoprotein metabolism. *Curr Diabetes Rev*. 2017;13(0):1-6.
 16. Catharina AS, Mengue SS, Branchi BA, dkk. Metabolic syndrome-related features in controlled and resistant hypertensive subjects. *Arq Bras Cardiol*. 2018;110(6):312-317.
 17. Ervin RB. Prevalence of metabolic syndrome among adults 20 years of age and over, by sex, age, race and ethnicity and body mass index: United States 2003-2006. *Natl Health Stat Report*. 2009;5:1-7.
 18. Park SH, Kwak MJ. Performance of the Geriatric Depression Scale-15 with older adults aged over 65 years: an updated review 2000-2019. *Clin Gerontol*. 2021;44(2):83-96.
 19. Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman gizi seimbang*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.
 20. Katzung BG, Vanderah TW. *Basic & clinical pharmacology*. Edisi ke-15. New York: McGraw-Hill Education; 2021.