

Tatalaksana pada Wanita Usia 45 Tahun dengan Hipertiroid melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga: Laporan Kasus

Jauzaa Faishal Ahmad Padmadisastra^{1,2}, Fitria Saftarina²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Gangguan tiroid merupakan salah satu penyakit endokrin yang sering ditemukan dalam praktik klinis, dengan hipertiroid sebagai salah satu manifestasi yang paling banyak dijumpai. Kondisi ini ditandai oleh peningkatan produksi hormon tiroid yang dapat menimbulkan berbagai gejala, seperti penurunan berat badan, tremor, takikardia, serta berpotensi menyebabkan komplikasi kardiovaskular apabila tidak ditangani secara adekuat. Penatalaksanaan hipertiroid memerlukan pendekatan yang menyeluruh untuk mencegah terjadinya komplikasi, meningkatkan kualitas hidup pasien, serta mengurangi angka kesakitan dan kematian. Laporan kasus ini bertujuan menerapkan prinsip pelayanan kedokteran keluarga melalui identifikasi faktor risiko internal dan eksternal, masalah klinis yang dihadapi pasien, serta pemberian tata laksana yang holistik dan komprehensif. Kasus yang dibahas adalah Ny. LT, perempuan berusia 45 tahun, yang datang dengan keluhan tremor disertai rasa gatal pada lengan dan tungkai. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, pasien ditegakkan diagnosis hipertiroid. Penatalaksanaan dilakukan secara menyeluruh melalui terapi farmakologis berupa propiltiourasil (PTU) dan propranolol, serta intervensi nonfarmakologis yang berfokus pada pasien, melibatkan keluarga, dan mempertimbangkan aspek komunitas. Evaluasi pascaintervensi menunjukkan perbaikan gejala klinis serta peningkatan pemahaman pasien dan keluarga mengenai penyakit yang diderita. Pendekatan kedokteran keluarga terbukti memberikan manfaat dalam pengelolaan hipertiroid secara holistik dan berkesinambungan.

Kata Kunci: hipertiroid, holistik, kedokteran keluarga

Management of Hyperthyroidism in a 45-Year-Old Woman Through a Family Medicine Approach: A Case Report

Abstract

Thyroid disorders are among the most commonly encountered endocrine diseases in clinical practice, with hyperthyroidism being one of the most frequent manifestations. This condition is characterized by excessive production of thyroid hormones, which may lead to various clinical symptoms, including weight loss, tremors, tachycardia, and potentially cardiovascular complications if left untreated. Appropriate management of hyperthyroidism requires a comprehensive approach to prevent complications, improve patients' quality of life, and reduce morbidity and mortality. This case report aims to apply the principles of family medicine by identifying internal and external risk factors, assessing clinical problems, and providing holistic and comprehensive patient management. The case involves Mrs. LT, a 45-year-old woman who presented with complaints of tremors accompanied by pruritus on the upper and lower extremities. Based on the medical history, physical examination, and supporting investigations, the patient was diagnosed with hyperthyroidism. Management was carried out through a comprehensive approach, including pharmacological treatment with propylthiouracil (PTU) and propranolol, as well as non-pharmacological interventions that were patient-centered, family-oriented, and community-based. Follow-up evaluation demonstrated improvement in clinical symptoms and increased knowledge of both the patient and her family regarding the disease. The family medicine approach proved beneficial in providing holistic and continuous management of hyperthyroidism.

Key Words: family medicine, hyperthyroidism, holistic care.

Korespondensi: Jauzaa Faishal Ahmad Padmadisastra, alamat Bumi Anggrek Blok PQ no.32, Tambun Utara, Bekasi, HP 081317240267, e-mail jauzaafaishal.ap@gmail.com

Pendahuluan

Hipertiroidisme didefinisikan sebagai suatu kondisi klinis akibat peningkatan produksi hormon tiroid secara berlebihan oleh kelenjar tiroid, sehingga menyebabkan berbagai gejala seperti penurunan berat badan, takikardia, tremor, kelemahan otot, hingga komplikasi kardiovaskular.¹ Penyebab tersering hipertiroid adalah penyakit Graves,

diikuti oleh nodul toksik soliter atau multinodular toksik, serta tiroiditis.²

Secara global, gangguan tiroid merupakan salah satu masalah endokrin terbanyak, dengan prevalensi hipertiroid sekitar 0,2%–1,3% populasi dunia, dan lebih sering ditemukan pada perempuan dibanding laki-laki.^{3,4} Di Indonesia, prevalensi gangguan tiroid termasuk hipertiroid masih cukup tinggi,

namun seringkali terlambat terdiagnosis karena gejalanya menyerupai penyakit lain.⁵ Hal ini berdampak pada meningkatnya risiko komplikasi seperti gangguan jantung (fibrilasi atrium, gagal jantung), osteoporosis, hingga krisis tirotoksik yang dapat mengancam jiwa.^{1, 6} Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, penyakit pada sistem endokrin dan metabolik, termasuk gangguan tiroid, masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat di Indonesia dengan kecenderungan angka kejadian yang terus meningkat.⁵ Studi di beberapa daerah juga menunjukkan bahwa hipertiroid seringkali tidak mendapatkan tatalaksana optimal, baik dari segi diagnosis maupun pengendalian penyakit.⁷

Hipertiroid dapat dikontrol dengan terapi medikamentosa seperti antitirod, beta bloker, terapi iodium radioaktif, hingga pembedahan sesuai indikasi, serta pola hidup sehat untuk mengurangi faktor pencetus.^{2,8} Tatalaksana hipertiroid yang dilakukan secara tepat dan menyeluruh berperan penting dalam mencegah terjadinya komplikasi serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Oleh sebab itu, penerapan pendekatan kedokteran keluarga diperlukan untuk memberikan pelayanan yang berfokus pada pasien secara holistik. Pendekatan ini mencakup pengkajian masalah kesehatan yang dialami pasien, identifikasi faktor risiko yang berasal dari individu maupun lingkungan, penilaian peran dan fungsi keluarga, pelaksanaan intervensi farmakologis dan nonfarmakologis, serta pemantauan hasil terapi secara berkesinambungan. Melalui pengelolaan yang komprehensif, diharapkan berbagai permasalahan kesehatan yang dialami pasien beserta keluarganya dapat ditangani secara optimal dan menyeluruh.

Laporan kasus ini disusun untuk mendeskripsikan berbagai faktor risiko yang berperan pada pasien, baik yang berasal dari dalam diri pasien maupun lingkungan sekitarnya, serta mengidentifikasi masalah klinis yang ditemukan. Selain itu, laporan ini bertujuan menerapkan prinsip kedokteran keluarga melalui pendekatan yang holistik dan menyeluruh sesuai dengan kebutuhan pasien. Penatalaksanaan dilakukan berdasarkan prinsip *Evidence-Based Medicine* (EBM) dengan mengutamakan pelayanan yang berfokus pada

pasien (*patient-centered*), melibatkan peran keluarga (*family-focused*), dan mempertimbangkan aspek masyarakat serta lingkungan tempat pasien berada (*community-oriented*).

Kasus

Pasien Ny. LT berusia 45 tahun datang ke Puskesmas Panjang dengan keluhan tremor pada area lengan. Keluhan dirasakan secara terus menerus dan tidak membaik dengan istirahat. Keluhan telah timbul selama 1 minggu. Pasien juga mengeluhkan gatal dan ruam pada area lengan. Keluhan pasien kadang membaik ketika pasien merasa kelelahan dan mengantuk. Pasien datang ke puskesmas untuk mengobati keluhan tremor dan ruam pada lengan. Keluhan lain seperti mual dan muntah disangkal, jantung berdebar, mudah berkeringat lebih disangkal pasien. Pasien memiliki riwayat hipertiroid sejak 10 tahun yang lalu namun pasien mengatakan sering kontrol untuk mengambil obat dan melakukan pemeriksaan hormon T3-T4 dan TSH, hal tersebut rutin dilakukan selama 6 tahun, namun pasien berhenti 4 tahun yang lalu dikarenakan keluhan yang sudah membaik. Pasien mengatakan belum mendapatkan instruksi dari dokter endokrinologi untuk menghentikan pengobatan. Terapi yang didapatkan yaitu obat tablet propylthiouracil (PTU) 100 mg dan propranolol 10 mg. Pengobatan Beta bloker diberhentikan 2 tahun setelah terdiagnosis dan ketika hormon tiroid pasien serta gejala sudah stabil. 10 tahun sebelumnya, pasien mengalami gejala berupa mata yang terasa dan terlihat menonjol, berat badan yang turun secara terus menerus dan jantung yang berdebar-debar. Pada kedatangan pasien saat ini, pasien tidak mengeluhkan adanya keluhan yang sama. Aktivitas harian pasien tergolong ringan hingga sedang dan sebagian besar dilakukan dalam perannya sebagai ibu rumah tangga. Kegiatan yang rutin dikerjakan meliputi memasak, mencuci pakaian, mencuci peralatan makan, serta membersihkan rumah. Secara umum pasien masih mampu menjalankan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Namun, pasien mengeluhkan timbulnya sesak napas apabila melakukan aktivitas yang terlalu berat atau berlangsung dalam waktu yang lama. Pasien juga menyatakan tidak memiliki kebiasaan

merokok maupun mengonsumsi minuman beralkohol. Selain itu, pasien mengaku jarang melakukan aktivitas olahraga secara teratur.

Pada pemeriksaan fisik, pasien tampak dalam kondisi umum sakit ringan dengan tingkat kesadaran *compos mentis*. Tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 130/93 mmHg, frekuensi nadi 87 kali per menit, frekuensi napas 20 kali per menit, suhu tubuh 36,8°C, serta saturasi oksigen 99% pada udara ruangan. Berat badan pasien tercatat 48 kg dengan tinggi badan 160 cm, sehingga diperoleh indeks massa tubuh (IMT) sebesar 18,8 kg/m². Pada status generalis didapatkan rambut, telinga, hidung dan tenggorokan kesan dalam batas normal. Pada mata terdapat eksoftalmus. Faring dan tonsil dalam batas normal. Pada pemeriksaan leher didapatkan pembesaran kelenjar tiroid difus, tanpa nodul. JVP tidak meningkat. Pemeriksaan fisik toraks menunjukkan gerakan dinding dada yang simetris pada inspeksi. Pada palpasi tidak ditemukan nyeri tekan, sedangkan perkusi menghasilkan bunyi sonor. Batas jantung terkesan melebar. Auskultasi paru memperdengarkan suara napas vesikuler pada kedua lapang paru, dan auskultasi jantung menunjukkan bunyi jantung I dan II yang reguler. Pada pemeriksaan abdomen, tampak perut cembung dengan dinding abdomen yang supel. Bising usus terdengar dalam batas normal, tidak ditemukan nyeri tekan, serta tidak didapatkan pembesaran hepar maupun limpa. Perkusi abdomen tidak menunjukkan adanya shifting dullness. Pemeriksaan kulit menunjukkan turgor yang kembali segera (<1 detik), menandakan hidrasi yang masih baik. Pada ekstremitas atas dan bawah, akral teraba hangat dengan capillary refill time (CRT) kurang dari 2 detik. Selain itu, ditemukan tremor halus pada kedua ekstremitas superior.

Pasien adalah seorang perempuan berusia 45 tahun yang merupakan anak keempat dari empat bersaudara. Pasien menikah dengan Tn. A dan memiliki lima orang anak perempuan. Saat ini pasien tinggal serumah bersama suami dan kelima anaknya. Berdasarkan struktur keluarga, keluarga pasien termasuk dalam tipe keluarga inti (*nuclear family*), yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak-anak yang belum berpisah dari rumah tangga utama. Menurut tahapan siklus kehidupan keluarga Duvall, keluarga pasien berada pada

tahap VIII, yaitu tahap keluarga usia lanjut (*aging family*).

Pasien bekerja sebagai juru masak di warung makan. Pendapatan keluarga diperoleh dari uang pasien sekitar ±Rp 2.000.000,- per bulan dan penghasilan suami sekitar ±Rp 4.000.000,- serta pemberian anak sekitar ±Rp1.000.000,- per bulan. Pendapatan tersebut digunakan untuk menghidupi 5 anggota keluarga. Hubungan antar keluarga baik. Waktu berkumpul bersama dengan keluarga cukup. Komunikasi berjalan baik setiap hari di dalam keluarga, namun keluarga pasien belum mengetahui detail mengenai penyakit pasien. Permasalahan yang muncul dalam keluarga umumnya diselesaikan melalui proses musyawarah bersama antar anggota keluarga. Meskipun demikian, keputusan akhir biasanya ditetapkan oleh suami pasien selaku kepala keluarga.

Seluruh anggota keluarga telah terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah. Dalam hal pencarian pelayanan kesehatan, keluarga memiliki kebiasaan memeriksakan anggota keluarga yang sakit ke fasilitas kesehatan apabila keluhan yang dialami sudah mengganggu aktivitas sehari-hari. Akses terhadap layanan kesehatan cukup baik, dengan jarak antara rumah pasien dan puskesmas sekitar 4 km.

Fungsi keluarga Ny. LT dinilai menggunakan skor APGAR dan didapati total Score adalah 10, yang berarti fungsi keluarga baik. Selain itu, dilakukan juga penilaian sumber daya keluarga menggunakan *family SCREEM* dengan hasil 30, yang mana dapat disimpulkan keluarga Ny. LT memiliki sumber daya keluarga yang adekuat.

Pasien tinggal di rumah permanen milik pribadi bersama lima anggota keluarga yang terdiri atas pasien, suami (Tn. A), dan tiga orang anak. Akses menuju fasilitas kesehatan cukup memadai, dengan jarak rumah ke puskesmas sekitar 4 km. Rumah pasien berada di lingkungan permukiman dengan jarak antar rumah yang relatif berdekatan. Bangunan rumah memiliki luas sekitar 12 × 24 m² dan 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 menggunakan

genteng yang dilengkapi plafon. Dapur berada di dalam rumah dengan posisi yang berdekatan dengan area makan dan kamar mandi. Terdapat bagian lantai yang lebih rendah pada area teras dan kamar mandi. Halaman rumah relatif datar tanpa adanya jalan menanjak. Pencahayaan alami di dalam rumah cukup baik karena sinar matahari dapat masuk melalui jendela ruang tamu, ruang keluarga, serta masing-masing kamar tidur. Rumah telah teraliri listrik, sumber air bersih berasal dari pompa listrik, dan kegiatan memasak menggunakan kompor gas. Kebutuhan air minum sehari-hari dipenuhi dari air yang dimasak terlebih dahulu. Fasilitas pembuangan sampah tersedia di dalam maupun di luar rumah, dan sampah secara rutin diangkut oleh petugas kebersihan. Berdasarkan hasil kunjungan rumah, kondisi kebersihan lingkungan tempat tinggal pasien secara umum tergolong cukup baik.

Penilaian holistik awal pada pasien dilakukan dengan mengevaluasi lima komponen utama, yaitu aspek personal, aspek klinis, faktor risiko internal, faktor risiko eksternal, serta tingkat fungsi pasien dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Aspek personal terdiri dari empat poin. Pertama adalah alasan kedatangan pasien, yaitu tremor dan gatal pada kedua lengan dan kaki. Kedua adalah kekhawatiran pasien, yaitu pasien mengungkapkan kekhawatirannya bahwa kondisi penyakit yang dialami dapat mengalami perburukan, sehingga berpotensi mengurangi kemampuan beraktivitas dan mengganggu pelaksanaan kegiatan sehari-hari. Selanjutnya adalah persepsi pasien, dimana pasien merasa keluhan tremor dan ruam karena faktor penyakit dan aktivitas pasien. Dan yang terakhir adalah harapan pasien, yaitu pasien memiliki harapan agar kondisi kesehatannya membaik, keluhan tremor dan ruam kulit dapat menghilang, serta penyakit yang diderita tidak berkembang menjadi lebih berat, sehingga dapat kembali menjalankan aktivitas seperti sebelumnya. Adapun dari aspek klinis, pasien didiagnosis dengan hipertiroid (ICD E05 ; ICPC: T49). Aspek risiko internal pada pasien meliputi keterbatasan pemahaman mengenai penyakit hipertiroid, termasuk terkait tata laksana, faktor-faktor yang dapat memperberat kondisi, serta kemungkinan komplikasi yang dapat terjadi. Selain itu, pasien belum sepenuhnya

menerapkan pola makan yang sesuai dengan prinsip gizi seimbang, belum melakukan aktivitas fisik secara teratur sebagai bagian dari upaya pengendalian penyakit, serta menunjukkan tingkat kepatuhan yang belum optimal terhadap pengobatan yang dijalani.

Sementara itu, aspek risiko eksternal mencakup perilaku pencarian pengobatan dalam keluarga yang cenderung berorientasi pada pengobatan saat sakit (kuratif) dibandingkan upaya pencegahan dan pemeliharaan kesehatan. Pengetahuan keluarga mengenai pengelolaan hipertiroid dan potensi komplikasinya juga masih terbatas. Di samping itu, keterlibatan anggota keluarga dalam mendukung proses pengobatan dan pemantauan kondisi pasien masih belum maksimal. Berdasarkan penilaian status fungsional, pasien termasuk dalam derajat fungsional 2, yaitu masih mampu melakukan aktivitas ringan baik di dalam maupun di luar rumah secara mandiri, meskipun kapasitas dan intensitas aktivitas yang dilakukan telah berkurang dibandingkan sebelum mengalami sakit.

Tatalaksana yang diberikan kepada pasien berupa terapi farmakologis dan nonfarmakologis. Terapi farmakologis yang diberikan pada pasien yaitu PTU 100 mg dan propranolol 40 mg yang masing-masing diminum 3 kali sehari. Adapun terapi nonfarmakologis berfokus pada *patient centered, family focused, dan community oriented*. Pendekatan *patient-centered* dilakukan melalui edukasi kepada pasien mengenai penyakit hipertiroid yang meliputi definisi, faktor risiko, gejala, pengobatan, serta komplikasi yang dapat terjadi apabila penyakit tidak terkontrol dengan baik. Pasien juga diberikan edukasi mengenai pentingnya melakukan kontrol rutin dan monitoring kadar hormon tiroid untuk mengevaluasi keberhasilan terapi. Selain itu, pasien diberikan pemahaman mengenai pentingnya kepatuhan dalam mengonsumsi obat antitiroid secara teratur sesuai anjuran dokter serta risiko komplikasi yang dapat timbul akibat ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Pendekatan *family-focused* dilakukan dengan memberikan edukasi kepada keluarga mengenai penyakit hipertiroid, pilihan pengobatan yang tersedia, upaya pencegahan

komplikasi, serta pentingnya keterlibatan dalam mengawasi pola makan pasien dan mengingatkan pasien untuk melakukan aktivitas fisik secara teratur. Keluarga juga diedukasi mengenai cara konsumsi obat yang benar, jenis pengobatan yang dijalani pasien, serta pentingnya dukungan keluarga dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan dan mencegah kekambuhan penyakit. Seluruh anggota keluarga didorong untuk memberikan perhatian dan dukungan dalam menjalankan pengobatan dan menerapkan gaya hidup sehat. Adapun pendekatan *community-oriented* dilakukan dengan memberikan informasi dan motivasi kepada masyarakat sekitar mengenai penyakit hipertiroid, termasuk faktor risiko, gejala, serta pentingnya deteksi dan penanganan dini untuk meningkatkan kewaspadaan dan kepedulian masyarakat terhadap penyakit hipertiroid sehingga masyarakat dapat lebih berperan dalam mendukung upaya pencegahan, pengobatan, dan pengendalian penyakit di lingkungan sekitar.

Pembahasan

Pasien Ny. LT, perempuan berusia 45 tahun, dengan diagnosis hipertiroidisme yang dikaji secara menyeluruh mencakup aspek biologis, psikologis, dan sosial. Pendekatan kedokteran keluarga penting diterapkan karena penyakit ini sangat dipengaruhi oleh pola hidup, kepatuhan minum obat, serta dukungan keluarga, sehingga dapat mencegah komplikasi seperti krisis tiroid atau gangguan jantung apabila tidak tertangani dengan baik. Pada kunjungan pertama di Poli Umum Puskesmas Panjang, pasien datang dengan keluhan utama tremor halus pada tangan yang dirasakan sejak beberapa minggu terakhir. Tremor terasa memberat saat cemas, tegang, atau kelelahan. Pasien memiliki riwayat hipertiroid sejak 10 tahun yang lalu, sempat menjalani pengobatan selama 6 tahun, namun berhenti kontrol dan minum obat 4 tahun terakhir karena merasa gejalanya sudah membaik. Dari pemeriksaan fisik dan status lokalis didapatkan teraba pembesaran kelenjar tiroid difus tanpa disertai nodul pada leher, tremor halus pada jari tangan, dan eksoftalmus ringan. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien didiagnosis hipertiroidisme rekuren. Diagnosis klinis

ditegakkan berdasarkan kriteria klinis dan akan dikonfirmasi dengan pemeriksaan penunjang seperti TSH, fT4 dan fT3, USG tiroid, dan EKG.

Hipertiroidisme adalah suatu gangguan endokrin yang terjadi akibat produksi dan pelepasan hormon tiroid yang berlebihan, sehingga menyebabkan peningkatan aktivitas metabolik tubuh atau keadaan tirotoksikosis. Penyebab yang paling sering ditemukan adalah penyakit Graves, yaitu kelainan autoimun yang ditandai dengan pembentukan antibodi yang menstimulasi reseptor *thyroid-stimulating hormone* (TSH). Aktivasi reseptor tersebut secara terus-menerus memicu kelenjar tiroid untuk menghasilkan hormon tiroid dalam jumlah yang melebihi kebutuhan tubuh. Peningkatan kadar hormon tiroid menyebabkan peningkatan aktivitas metabolik tubuh dan sensitivitas jaringan terhadap katekolamin, sehingga menimbulkan berbagai manifestasi klinis yang khas.^{2,9}

Manifestasi klinis hipertiroid sangat beragam, meliputi gejala kardiovaskular berupa palpitasi dan takikardia, gejala neuromuskular berupa tremor halus pada ekstremitas, kelemahan otot proksimal, serta gejala sistemik berupa penurunan berat badan meskipun nafsu makan meningkat, intoleransi panas, mudah berkeringat, gangguan tidur, dan perubahan emosional seperti mudah cemas atau iritabel. Pada penyakit Graves dapat pula ditemukan oftalmopati berupa eksoftalmus yang merupakan manifestasi ekstratiroid yang khas.^{2,9} Pada kasus ini, pasien memiliki riwayat hipertiroid sejak sekitar sepuluh tahun sebelumnya dengan keluhan berupa mata tampak menonjol, penurunan berat badan, dan jantung berdebar.

Beberapa faktor risiko yang dapat memicu kekambuhan hipertiroid yaitu penghentian obat antitiroid secara tiba-tiba, stres psikologis, asupan iodium berlebih, terdapat infeksi, dan kurangnya kontrol medis. Pasien sebelumnya telah menjalani terapi propylthiouracil (PTU) dan propranolol selama kurang lebih enam tahun, namun menghentikan kontrol dan pengobatan secara mandiri selama empat tahun terakhir karena merasa gejala telah membaik. Penghentian terapi antitiroid tanpa evaluasi klinis dan laboratoris yang adekuat merupakan salah satu faktor risiko terjadinya relaps hipertiroidisme. Relaps dapat terjadi pada pasien yang belum

mencapai remisi imunologis yang stabil meskipun gejala klinis telah membaik.¹⁰

Saat gejala tremor muncul kembali, pasien hanya mengonsumsi propranolol yang masih tersisa dari pengobatan sebelumnya karena dirasakan mampu meredakan gejala secara cepat. Tremor yang dialami pasien dapat dijelaskan melalui peningkatan sensitivitas reseptor beta-adrenergik akibat kelebihan hormon tiroid. Oleh karena itu, beta-blocker seperti propranolol sering digunakan untuk mengendalikan gejala adrenergik seperti tremor, palpitasi, kecemasan, dan intoleransi panas. Selain itu, propranolol juga diketahui dapat mengurangi konversi perifer tiroksin (T4) menjadi triiodotironin (T3), meskipun efek tersebut tidak cukup untuk mengendalikan proses penyakit secara keseluruhan.^{11,12}

Pedoman *European Thyroid Association* menegaskan bahwa propranolol hanya berperan sebagai terapi simptomatik dan bukan terapi definitif hipertiroidisme. Penggunaan beta-blocker direkomendasikan untuk mengontrol gejala adrenergik, sedangkan terapi etiologis tetap diperlukan untuk mengendalikan produksi hormon tiroid yang berlebihan. Pilihan terapi etiologis meliputi obat antitiroid seperti PTU atau metimazol, terapi radioiodin, maupun pembedahan sesuai kondisi klinis pasien.^{2,11}

Penggunaan propranolol sebagai monoterapi pada pasien dengan hipertiroid aktif atau relaps tidak direkomendasikan karena hanya memperbaiki gejala tanpa mengatasi penyebab penyakit. Pasien dapat merasa lebih nyaman secara subjektif akibat berkurangnya tremor atau palpitasi, namun proses tirotoksikosis tetap berlangsung sehingga risiko komplikasi jangka panjang masih ada. Hipertiroidisme yang tidak terkontrol dapat menyebabkan komplikasi berupa fibrilasi atrium, gagal jantung, osteoporosis, penurunan kualitas hidup, hingga krisis tiroid yang merupakan keadaan gawat darurat dengan mortalitas tinggi.^{2,9}

Melalui pendekatan kedokteran keluarga, pasien diberikan edukasi mengenai fungsi propranolol yang hanya bersifat simptomatik dan pentingnya terapi kausal untuk mengendalikan penyakit. Pasien juga diberikan pemahaman mengenai risiko penghentian pengobatan tanpa pengawasan dokter, pentingnya pemantauan kadar TSH,

FT4, dan FT3 secara berkala, serta perlunya kembali berkonsultasi dengan dokter Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Endokrin Metabolik untuk evaluasi dan penentuan terapi lanjutan. Edukasi kepada pasien dan keluarga merupakan bagian penting dalam meningkatkan kepatuhan terapi serta mencegah kekambuhan berulang.⁹

Pada kunjungan kedua, dilakukan intervensi edukatif menggunakan media poster dan leaflet yang berisi informasi tentang pengertian, penyebab, gejala, komplikasi, dan pentingnya pengobatan rutin pada hipertiroid, serta pola makan dan gaya hidup sehat yang dapat dilakukan oleh pasien. Dari hasil pre-test pengetahuan tentang hipertiroid, pasien memperoleh skor 50%, dan keluarga 40%, menunjukkan pengetahuan masih kurang. Setelah edukasi, dilakukan post-test dan pasien mencapai skor 90%, keluarga 80%, menunjukkan peningkatan pemahaman yang baik.

Saat dilakukan kunjungan ketiga, pasien telah bersedia kembali menjalani kontrol ke poli endokrin dan memperoleh kembali terapi PTU disertai propranolol. Tata laksana ini sesuai dengan rekomendasi berbagai pedoman yang menyatakan bahwa obat antitiroid merupakan terapi utama pada pasien dengan hipertiroidisme aktif, sedangkan beta-blocker digunakan sebagai terapi tambahan untuk mengendalikan gejala selama fase awal pengobatan. Keberhasilan intervensi pada kasus ini tidak hanya ditunjukkan oleh perbaikan gejala klinis, tetapi juga oleh meningkatnya pemahaman pasien mengenai penyakitnya dan pentingnya kepatuhan terhadap terapi jangka panjang.^{10,11}

Simpulan

Hipertiroid merupakan penyakit endokrin yang memerlukan penatalaksanaan jangka panjang dan pemantauan berkala untuk mencegah kekambuhan serta komplikasi yang dapat menurunkan kualitas hidup pasien. Pada kasus Ny. LT, kekambuhan hipertiroid terjadi akibat penghentian pengobatan dan kontrol secara mandiri tanpa evaluasi medis yang adekuat. Penerapan pendekatan kedokteran keluarga secara holistik dan komprehensif, yang dikombinasikan dengan terapi farmakologis serta edukasi berorientasi pada

pasien, keluarga, dan komunitas, terbukti mampu meningkatkan pemahaman pasien maupun keluarga mengenai penyakit yang diderita, tata laksana pengobatan, serta pentingnya kepatuhan terhadap terapi. Selain meningkatkan pengetahuan, intervensi yang dilakukan juga memotivasi pasien untuk kembali menjalani pengobatan secara teratur dan melakukan kontrol berkala ke fasilitas pelayanan kesehatan guna memantau perkembangan kondisi kesehatannya. Dengan demikian, pendekatan kedokteran keluarga berperan penting dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan, mencegah kekambuhan, serta mendukung keberhasilan pengelolaan hipertiroid secara berkelanjutan.

Daftar Pustaka

1. Bahn RS, Burch HB, Cooper DS, Garber JR, Greenlee MC, Klein I, et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Thyroid*. 2011;21(6):593-646.
2. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, et al. 2016 American Thyroid Association guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis. *Thyroid*. 2016;26(10):1343-421.
3. Taylor PN, Albrecht D, Scholz A, Gutierrez-Buey G, Lazarus JH, Dayan CM, et al. Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Nat Rev Endocrinol*. 2018;14(5):301-16.
4. World Health Organization. Global health estimates 2020: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2019 [internet]. Geneva: World Health Organization; 2020.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2018.
6. Kusnadi Y, Endang D. Hyperthyroidism in Indonesian community: a mini review. *Bali Med J*. 2019;8(3):734-8.
7. Putri D, Wulandari A, Pramudita L. Profil pasien hipertiroid di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 2017-2019. *J Kedokt Kesehat*. 2020;17(2):123-31.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Thyroid disorders: hyperthyroidism [internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2023.
9. Hoang TD, Stocker DJ, Chou EL, Burch HB. 2022 update on clinical management of Graves disease and thyroid eye disease. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2022;51(2):287-304.
10. Kim HJ. Long-term management of Graves disease: a narrative review. *J Yeungnam Med Sci*. 2023;40(1):12-22.
11. Kahaly GJ, Bartalena L, Hegedüs L, Leenhardt L, Poppe K, Pearce SH. 2018 European Thyroid Association guideline for the management of Graves' hyperthyroidism. *Eur Thyroid J*. 2018;7(4):167-86.