

## Penatalaksanaan Holistik Pada Wanita Pra Lansia Dengan Sequel Stroke Non Hemoragik Dan Hipertensi

Olivia Natania Tarigan<sup>1</sup>, Fitria Saftarina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

<sup>2</sup>Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

### Abstrak

Prevalensi stroke di Lampung juga mengalami kenaikan dari tahun 2013 ke 2018. Faktor resiko stroke salah satunya ialah hipertensi. Pasien pasca stroke mengalami gangguan fisik yang bervariasi, tergantung bagian otak yang terkena. Kecacatan fisik yang diakibatkan oleh stroke akan mempengaruhi kondisi emosional pasien. Jika tidak ada dukungan dari keluarga, maka keberhasilan penyembuhan dan pemulihan (rehabilitasi) semakin kecil. Studi yang dilakukan adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (*autoanamnesis* dan *alloanamnesis*) dan pemeriksaan fisik dan melakukan kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik awal, proses, dan akhir kunjungan secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien memiliki derajat fungsional 3 dengan sequel stroke non hemoragik dan hipertensi. Memiliki faktor resiko internal 53 tahun, IMT 24,97 (*overweight*), aktifitas tergolong ringan, gaya hidup kurang baik, kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya dan perilaku berobat kuratif. Penatalaksanaan medikamentosa dan non medikamentosa dilakukan berdasarkan prinsip pelayanan kedokteran keluarga, serta edukasi terhadap pasien dan keluarganya tentang upaya mengubah gaya hidup, latihan fisik pasca stroke, mengkonsumsi obat dan kontrol secara teratur bagi pasien. Kemudian, dilakukan evaluasi dan didapatkan fungsi motorik tangan membaik, penurunan tekanan darah, perubahan perilaku dan pengetahuan pasien tentang penyakitnya meningkat.

**Kata Kunci:** Gaya hidup, hipertensi, sequel stroke, pelayanan kedokteran keluarga

## Holistic Management In Adolescent Women With Sequel Stroke Non Hemorrhagic And Hypertension

### Abstract

The prevalence of stroke in Lampung also increased from 2013 to 2018. One of the risk factors for stroke is hypertension. Post-stroke patients experience various physical disorders, depending on the part of the brain affected. Physical disability caused by a stroke will affect the emotional condition of the patient. If there is no support from the family, then the success of healing and recovery (rehabilitation) is getting smaller. The study conducted was a case report. Primary data obtained through history taking (*autoanamnesis* and *alloanamnesis*) and physical examination and home visits to complete family data, psychosocial and environmental data. The assessment is carried out based on a holistic initial diagnosis, process, and end of the visit quantitatively and qualitatively. Patients have functional degrees 3 with non-hemorrhagic stroke sequences and hypertension. Has an internal risk factor of 53 years, BMI 24.97 (*overweight*), relatively mild activity, poor lifestyle, lack of knowledge about the disease and curative treatment behavior. Medical and non-medical management is carried out based on the principles of family medicine services, as well as education of patients and their families about efforts to change lifestyles, post-stroke physical exercise, taking medication and control regularly for patients. Then, an evaluation was carried out and it was found that the motor function of the hands improved, a decrease in blood pressure, changes in behavior and the patient's knowledge about the disease increased.

**Keywords:** Hypertension, lifestyle, stroke sequel, family medical services

Korespondensi : Olivia Natania Tarigan, Alamat. Jl. Dr. Sutomo no 36, 082177848729, e-mail oliviatarigan@gmail.com

## Pendahuluan

Saat ini penyakit tidak menular (PTM) menjadi meningkat dan sebagai penyebab utama kematian di dunia. Kematian akibat PTM ini diperkirakan akan terus meningkat di seluruh dunia, terutama pada negara menengah dan miskin. Sekitar 70% dari populasi meninggal karena penyakit tidak menular seperti kanker, penyakit jantung, stroke, dan diabetes. Perkembangan dunia yang semakin maju, pertumbuhan populasi, dan perubahan gaya hidup menyebabkan transisi epidemiologi dari penyakit menular menjadi penyakit yang tidak menular (PTM).<sup>1</sup>

Secara global PTM menyebabkan kematian nomor satu setiap tahunnya adalah penyakit kardiovaskular. Penyakit kardiovaskular adalah penyakit yang disebabkan gangguan fungsijantung dan pembuluh darah, seperti : Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Gagal Jantung, hipertensi dan stroke.<sup>2</sup> 87% stroke yang berkaitan dengan kematian dan kecacatan terjadi pada negara pendapatan rendah-menengah.<sup>3</sup> Menurut Riskesdas tahun 2018 terdapat peningkatan prevalensi stroke pada usia di atas 15 tahun dari 7% pada tahun 2013 menjadi 10,9% pada tahun 2018.<sup>6</sup> Stroke merupakan penyebab kematian kedua dan penyebab kecacatan ketiga tertinggi di dunia.<sup>4,5</sup>

Insiden stroke meningkat seiring dengan peningkatan usia seseorang, bahkan insiden akan semakin bertambah bila mempunyai salah satu faktor risiko seperti hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia, dan penyakit jantung. Stroke dapat menyerang segala usia dan menimbulkan dampak pada fisik dan psikologis pasien.<sup>7</sup> Prevalensi stroke naik dari 7 persen menjadi 10,9 persen, sementara penyakit ginjal kronik naik dari 2 persen menjadi 3,8 persen. Prevalensi stroke di Lampung juga mengalami kenaikan dari tahun 2013 ke 2018.<sup>6</sup>

Stroke pada umumnya dapat terjadi pada semua kelompok umur, tetapi 75% dari kejadian stroke terjadi pada orang yang sudah berumur 60 tahun atau lebih (lansia) dan berakibat pada timbulnya disabilitas atau kecacatan. Pasien pasca stroke mengalami gangguan fisik yang bervariasi, tergantung bagian otak yang terkena. Pasien stroke

kemungkinan akan mengalami kelumpuhan separo badan, sulit untuk berbicara dengan orang lain (aphasia), mulut mencong (facial drop), lengan dan kaki yang lemah, gangguan koordinasi tubuh, perubahan mental, gangguan emosional, gangguan komunikasi, serta kehilangan indera rasa.<sup>7</sup> Kecacatan fisik yang diakibatkan oleh stroke akan mempengaruhi kondisi emosional pasien. Pasien seringkali merasa tidak percaya diri, tidak berguna, tidak dapat menerima kenyataan, mudah tersinggung, mudah bersedih, dan cepat marah.<sup>7,8</sup>

Pemulihan dari stroke tergantung dari banyak faktor antara lain faktor risiko yang dimiliki, ketepatan dan kecepatan penatalaksanaan, penyakit yang memperberat stroke dan perawatan serta pelaksanaan mobilisasi dini untuk mencegah salah satu komplikasi dari tirah baring lama, seperti kontraktur sendi, atrofi otot, pneumonia, dan terjadinya dekubitus.<sup>8</sup>

Hal yang perlu diperhatikan dalam penanganan pasien pasca stroke adalah dukungan keluarga. Dukungan keluarga dapat mempengaruhi penyembuhan dan pemulihan pasien. Jika tidak ada dukungan dari keluarga, maka keberhasilan penyembuhan dan pemulihan (rehabilitasi) semakin kecil. Peran petugas kesehatan khususnya dokter adalah mengidentifikasi dan mengobati masalah yang dapat diobati serta memfasilitasi perubahan lingkungan untuk memaksimalkan fungsi dalam menghadapi masalah yang menetap.<sup>9</sup>

## Kasus

**Anamnesis** : Pasien Ny. R, seorang ibu rumah tangga berusia 53 tahun, mengeluhkan sulit untuk menggerakkan anggota gerak sebelah kanan. Keluhan ini dirasakan sejak 3 bulan yang lalu. Selain itu pasien sulit berbicara sehingga pengucapan kata kurang jelas karena mulut yang pelo, dan tidak nafsu makan sejak 2 bulan yang lalu. Pasien dapat mengerti dengan baik pembicaraan yang didengar oleh pasien. Pada awalnya, setelah bangun tidur pasien tiba-tiba tidak dapat menggerakkan anggota gerak sebelah kanan. Selain itu pasien juga mengeluhkan sulit berbicara karena sulit menggerakkan mulutnya. Keluhan seperti sakit kepala, muntah dan penurunan kesadaran disangkal

oleh pasien. pasien juga tidak mengeluhkan adanya kejang.

Pasien langsung dibawa ke rumah sakit dan menjalani perawatan selama tiga hari. Dan selanjutnya pasien menjalani Fisioterapi sebanyak dua kali seminggu selama dua bulan. Sebelumnya pasien sudah memiliki penyakit darah tinggi selama dua tahun, tetapi tidak patuh dalam minum obat. Pasien hanya minum obat dan kontrol ke Puskesmas hanya jika merasakan keluhan sakit kepala. Dulunya ayah dari pasien memiliki riwayat darah tinggi. Kegiatan sehari-hari pasien adalah mengurus rumah tangga dan tidak memiliki waktu khusus untuk olahraga karena merasa mengurus rumah tangga sudah cukup. Pasien suka makan gorengan dan keripik asin untuk cemilan sehari-hari. Pasien juga seorang wanita yang sudah mengalami menopause dan tinggal bersama suami dan anak laki-lakinya. Pada keluarga, tidak ada yang merasakan keluhan seperti pasien.

Pasien tinggal di rumah permanen bersama suaminya Tn. J dan Tn.H anak bungsunya. Pencahayaan dan sirkulasi rumah pasien cukup dan memiliki ventilasi dan jendela pada setiap ruangan. Aktivitas sehari-hari yang hampir seluruhnya dihabiskan di rumah membuat pasien jarang untuk berjalan terlalu jauh, aktivitas sehari-hari yang juga dilakukan seperti memasak dilakukan dengan berdiri, mencuci pakaian karena masih secara manual dilakukan sambil duduk menggunakan kursi kayu sejajar dengan lantai, jamban masih menggunakan jamban jongkok.

**Pemeriksaan Fisik :** Keadaan umum: tampak sakit sedang. tekanan darah: 140/85 mmHg; frekuensi nadi: 90x/menit; frekuensi nafas: 20 x/menit; suhu: 36,8 °C; berat badan: 60 kg; tinggi badan: 155 cm; IMT: 24,97 (overweight).

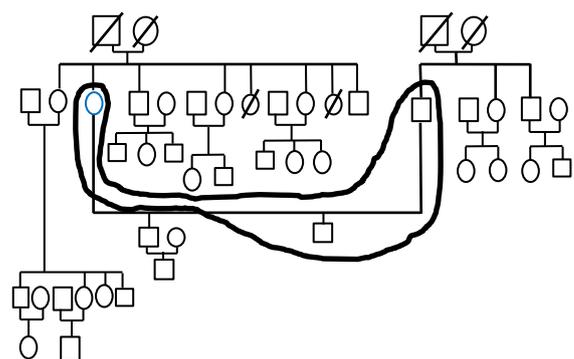
**Status Generalis:** Kepala, mata, telinga, hidung, dan mulut, kesan dalam batas normal. Pada pemeriksaan leher, JVP tidak meningkat, kesan dalam batas normal. Paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan rhonki dan wheezing, kesan dalam batas normal. Jantung, batas kanan jantung pada linea sternalis kanan, batas kiri jantung tepat pada linea midclavicula, ICS 5, kesan batas jantung normal. Abdomen, cembung, tidak didapatkan organomegali ataupun asites.

Ekstremitas kesan dalam batas normal, edema (-), atrofi (-). Muskuloskeletal: kekuatan otot ekstremitas superior dextra 3, superior sinistra 5, inferior dextra 3, inferior sinistra 5, tidak didapatkan kelainan sendi dan rom dalam batas normal pada ekstremitas superior-inferior sinistra. Didapatkan kelainan pada rom aktif ekstremitas superior-inferior dextra. **Status neurologis:** Siriraj Score = -3.5 (stroke Non-Hemoragik). Reflek fisiologis: (+/+). Refleks patologis: hoffmann-tromner (-/-), babinsky (-/-), chaddock (-/-), gordon (-/-), schaeffer (-/-), dan oppenheim (-/-). Pemeriksaan sensorik: nyeri (+/+), termal (+/+), raba (+/+). Saraf Cranial : paresis N VII, N XII dextra. Pemeriksaan motorik: gerakan (+/+), normotrofi, normotoni, dan kekuatan otot:

3	5
3	5

**Pemeriksaan Penunjang :** Gula darah sewaktu: 104 mg/dL dan kolesterol total: 167 mg/dL

**Data Keluarga :** Bentuk keluarga pada pasien ini adalah keluarga inti (*nuclear family*) yang terdiri ayah, ibu, dan 1 orang anak. Anak laki-laki pertama pasien sudah menikah dan tidak tinggal bersama pasien. Tidak terdapat gangguan pada fungsi keluarga.

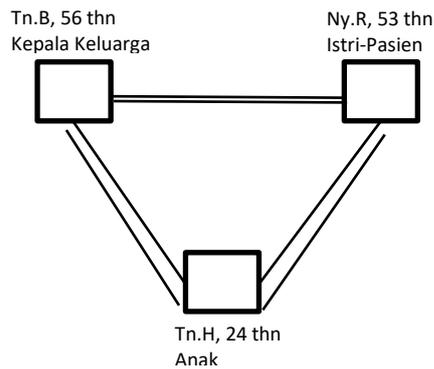


**Gambar 1. Genogram Keluarga Ny. R dibuat oleh Olivia (29 Juli 2019)**

**Keterangan**

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Ny.R
-  : Tinggal serumah

**Family Map**



Gambar 2. Family Map Ny. R

Keterangan :

— = hubungan antar anggota keluarga (dekat)  
== = hubungan antar anggota keluarga (sangat dekat)

#### Family Apgar Score

Adaptation : 2  
Partnership : 2  
Growth : 2  
Affection : 2  
Resolve : 1

Total Family Apgar score: 9 (nilai 8-10: fungsi keluarga baik).

#### Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah permanen berukuran  $8 \times 5 \text{ m}^2$ , tidak bertingkat, memiliki 3 buah kamar tidur, 1 buah ruang keluarga, 1 ruang tamu, 1 buah dapur, dan 1 buah kamar mandi. Setiap kamar memiliki ventilasi dan jendela. Pencahayaan kamar berasal dari cahaya matahari pada siang hari dan listrik pada malam hari. Dinding terbuat dari tembok yang kokoh. Lantai rumah terbuat dari semen halus. Rumah sudah menggunakan listrik. Jendela terdapat pada bagian depan rumah, yaitu pada ruang tamu/ruang keluarga berupa kaca tembus pandang yang dapat dibuka dan ditutup dan di setiap ruangan lainnya berupa jendela kayu. Sirkulasi udara rumah cukup baik, rumah tidak lembab. Kamar mandi berukuran  $2 \text{ m} \times 2 \text{ m}$  yang terletak di belakang rumah, terlihat kurang bersih dengan jamban jenis leher angsa di dalamnya tetapi lantai tidak licin. Dapur menggunakan kompor gas, sumber air minum berasal dari air galon isi ulang. Sumber air berasal dari pompa listrik. Jarak antara *septic tank* dengan sumber air tank  $\pm 8$  meter, digunakan sehari-hari untuk

mandi dan mencuci. Limbah keluarga dialirkan ke selokan.

#### Diagnostik Holistik Awal

##### 1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: stroke pertama kali dialami pasien, kontrol penyakit yang diderita, terkadang nyeri kepala, dan tidak nafsu makan.
- Kekhawatiran: takut sakit semakin memberat, takut terjadi stroke berulang, dan dan tidak bisa beraktifitas normal lagi.
- Persepsi: penyakit akibat kebiasaan minum obat yang tidak sesuai anjuran dokter, dan akibat bertambahnya usia. Penyakit mungkin bisa lebih ringan jika kontrol hipertensi.
- Harapan: diberikan obat agar keluhan berkurang dan dapat beraktifitas kembali seperti biasa.

##### 2. Aspek Klinik

- Stroke nonhemoragik (ICD 10 I63.9)
- Riwayat hipertensi (ICD 10 Z867)

##### 3. Aspek Risiko Internal

- Pasien jarang melakukan pemeriksaan tekanan darah.
- Pasien tidak menjalankan pengobatan hipertensi secara rutin.
- Pasien tidak memiliki pengetahuan yang cukup terhadap penyakit yang dideritanya.
- Pengetahuan yang kurang tentang tujuan dan prognosis pengobatan yang dijalani
- Pasien tidak mengetahui pola diet yang sesuai terhadap penyakitnya.
- Perilaku berobat kuratif.

##### 4. Aspek Risiko Eksternal

- Psikososial keluarga: kurangnya pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga mengenai penyakit stroke dan komplikasinya, dan keharusan kontrol kembali akan penyakit pasien, namun, keluarga tetap memberi dukungan yang baik untuk kesembuhan pasien dan kepatuhan minum obat pasien
- Kebiasaan suami merokok di dalam rumah
- Kurangnya perilaku hidup sehat dalam keluarga

## 5. Derajat Fungsional:

3, yaitu mampu melakukan perawatan diri, tak mampu melakukan pekerjaan ringan.

### Intervensi

Intervensi yang dilakukan pada pasien ini berupa edukasi dan konseling mengenai penyakit stroke, dan hipertensi serta bagaimana penyakit tersebut dapat terkontrol dengan membahas pola pengobatan yang benar, membahas pola hidup sehat, diet yang sesuai dan latihan fisik yang dianjurkan. Pada pasien dilakukan tiga kali kunjungan. Kunjungan pertama untuk melengkapi data dan pemeriksaan fisik pasien. Kunjungan kedua melakukan intervensi dan kunjungan ketiga melakukan evaluasi terhadap intervensi yang telah dilakukan. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient centered*, *family focused* dan *community oriented*.

### *Pasien Centered*

#### Non-Medikamentosa:

1. Memberikan penjelasan mengenai penyakit yang sedang diderita oleh pasien dan komplikasinya kepada pasien.
2. Memberikan penjelasan tentang pentingnya pemeriksaan tekanan darah dan minum obat antihipertensi.
3. Memberikan penjelasan tentang pola makan yang baik pada penderita stroke dan hipertensi.
4. Memberikan edukasi tentang pencegahan terjadinya stroke berulang.
5. Memberikan edukasi tentang latihan fisik dalam pemulihan stroke.
6. Memberikan motivasi kepada pasien untuk mengikuti program posyandu lansia yang dilaksanakan oleh puskesmas setempat.
7. Memberikan motivasi untuk minum obat secara kontinu dan mengambil obat sekaligus mengontrol tekanan darah serta menganjurkan pasien untuk meneruskan mengikuti program BPJS.

#### Medikamentosa:

Pemberian terapi sebagai berikut <sup>12</sup> :

- Amlodipin 1x 10 mg
- Vit B comp 3x1 tab
- Paracetamol 3x 500 mg

### *Family Focus:*

1. Edukasi dan konseling mengenai penyebab, risiko, pencegahan dan komplikasi penyakit stroke dan hipertensi.
2. Edukasi dan konseling mengenai latihan fisik untuk mencegah komplikasi stroke.
3. Edukasi dan konseling mengenai risiko yang mungkin akan diderita oleh anggota keluarga lain.
4. Memberikan edukasi kepada keluarga untuk berperan dalam mengingatkan pasien dengan pola makan dan gaya hidup, serta rutinitas minum obat.
5. Edukasi untuk selalu menjalankan pola hidup sehat (diet yang sesuai serta olahraga).

### *Community Oriented*

Konseling mengenai pencegahan dan komplikasi penyakit stroke di lingkungan sekitar rumah.

## DIAGNOSTIK HOLISTIK AKHIR

### 1. Aspek Personal

- Kekhawatiran: kekhawatiran berkurang dengan meningkatnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang diderita
- Persepsi: penyakit berhubungan dengan kebiasaan, terutama pola makan dimana pasien sering ngemil keripik dan gorengan.
- Harapan: masih belum tercapai

### 2. Aspek Klinis

- Stroke nonhemoragik (ICD 10 I63.9)
- Riwayat hipertensi (ICD 10 Z867)

### 3. Aspek Risiko Internal

- Pasien adalah seorang wanita yang pra lanjut usia.
- Pengetahuan terhadap penyakit yang dideritanya bertambah.
- Pasien mengetahui pola diet yang sesuai terhadap penyakitnya.
- Pasien mulai mau memeriksakan diri ke puskes untuk kontrol.
- Pengetahuan tentang gaya hidup yang tepat sesuai penyakit yang dideritanya meningkat.

### 4. Aspek Risiko Eksternal

- Psikososial keluarga: meningkatnya pengetahuan yang dimiliki oleh

keluarga mengenai penyakit stroke dan komplikasinya dan keharusan kontrol kembali akan penyakit pasien.

- Keluarga mulai memahami peran penting dukungan kesehatan pada pasien.
- Suami berusaha mengurangi kebiasaan merokok dan hanya merokok di luar rumah.
- Meningkatnya kesadaran keluarga terhadap gaya hidup sehat.

#### 5. Derajat Fungsional

4, yaitu mampu melakukan perawatan diri, mampu melakukan pekerjaan ringan.

#### Pembahasan

Pasien Ny. R, seorang wanita berusia 53 tahun, mengeluhkan sulit untuk menggerakkan anggota gerak sebelah kanan. Keluhan ini dirasakan sejak 3 bulan yang lalu. Selain itu pasien sulit berbicara sehingga pengucapan kata kurang jelas karena mulut yang pelo, dan tidak nafsu makan sejak 2 bulan yang lalu. Pasien dapat mengerti dengan baik pembicaraan yang didengar oleh pasien.

Pada awalnya, setelah bangun tidur pasien tiba-tiba tidak dapat menggerakkan anggota gerak sebelah kanan. Selain itu pasien juga mengeluhkan sulit berbicara karena sulit menggerakkan mulutnya. Keluhan seperti sakit kepala, muntah dan penurunan kesadaran disangkal oleh pasien. Pasien juga tidak mengeluhkan adanya kejang.

Pasien langsung diantar oleh keluarga untuk berobat ke puskesmas Natar dan segera dirujuk ke Rumah Sakit Bintang Amin. Pasien dirawat selama tiga hari dan mengalami perbaikan klinis. Anggota gerak kanan sudah mulai sedikit dapat digerakkan. Selanjutnya pasien menjalani Fisioterapi sebanyak dua kali seminggu selama dua bulan. Sebelumnya pasien sudah memiliki penyakit darah tinggi selama dua tahun, tetapi tidak patuh dalam minum obat. Pasien hanya minum obat dan kontrol ke Puskesmas Natar hanya jika merasakan keluhan sakit kepala.

Dulunya ayah dari pasien memiliki riwayat darah tinggi. Kegiatan sehari-hari pasien adalah mengurus rumah tangga dan tidak memiliki waktu khusus untuk olahraga karena merasa mengurus rumah tangga sudah cukup. Pasien juga seorang wanita yang sudah

mengalami menopause. Pasien tinggal bersama suami dan anak laki-lakinya. Pada keluarga, tidak ada yang merasakan keluhan seperti pasien.

Dari pemeriksaan fisik, didapatkan kenaikan tekanan darah yaitu 140/85 mmHg, penurunan kekuatan otot menjadi 3 pada ekstremitas superior dan inferior dextra, sedangkan pemeriksaan lainnya dalam batas normal. Dari perhitungan Siriraj Score didapatkan nilai -3,5 dengan interpretasi Stroke Non Hemoragik.

Berdasarkan data yang diperoleh dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, dapat diketahui bahwa pasien tersebut mengalami stroke non hemoragik dan riwayat hipertensi.

Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan dapat menimbulkan cacat atau kematian. Secara luas, terdapat 2 jenis stroke, yaitu stroke non hemoragik (85% dari semua jenis stroke) dan stroke hemoragik (15% dari semua jenis stroke). Stroke non hemoragik dapat disebabkan oleh stroke trombotik (80%) dan stroke emboli (5%).<sup>10</sup>

Faktor risiko stroke dibagi menjadi 2 macam, yaitu (1) faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi yaitu usia, jenis kelamin, keturunan/genetik, dan ras/warna kulit; (2) faktor risiko yang dapat dimodifikasi yaitu hipertensi, DM, merokok, dislipidemia, alkohol, kurang olahraga, dan sebagainya.<sup>10</sup> Pada pasien ini terdapat faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi, yaitu usia pasien 53 tahun. Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa salah satu faktor terbanyak terjadinya stroke adalah pada usia 48-84 tahun. Risiko stroke adalah dua kali lipat lebih besar untuk setiap 10 tahun di atas 55 tahun. Selain itu, pada pasien juga terdapat faktor risiko yang dapat dimodifikasi, yaitu riwayat hipertensi yang tak terkontrol, yaitu saat pemeriksaan tekanan darah sudah stabil, yaitu 140/85 mmHg. Pasien juga memiliki kebiasaan memakan camilan seperti keripik asin dan gorengan meskipun pasien telah mengetahui penyakit Hipertensi yang dimilikinya. Pasien mengaku tidak tahu bahwa mengkonsumsi makanan

asin atau konsumsi garam terlalu banyak adapat meningkatkan tekanan darah.<sup>7</sup>

Gejala umum yang terjadi pada stroke, yaitu wajah, tangan atau kaki yang tiba-tiba kaku atau mati rasa dan lemah, dan biasanya terjadi pada satu sisi tubuh. Gejala lainnya yaitu nyeri kepala berat yang tidak diketahui penyebabnya, penurunan kesadaran, kesulitan berbicara atau mengerti perkataan, kesulitan melihat, berjalan, kehilangan koordinasi dan keseimbangan. Tanda dan gejala tersebut tergantung dari bagian otak yang diperdarahi oleh pembuluh darah otak yang terkena dan seberapa parah kerusakan tersebut terjadi.<sup>11</sup> Pada pasien saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan penurunan kekuatan otot pada ekstremitas superior dan inferior dekstra (1), sedangkan kekuatan otot ekstremitas superior dan inferior sinistra dalam batas normal (5). Pemeriksaan klinis neurologis lainnya tidak didapatkan kelainan berupa kesulitan berbicara karena mulut pelo menandakan kemungkinan terjadi kerusakan pada nervus VII.

Pemeriksaan penunjang pada stroke, salah satunya dengan pemeriksaan CT Scan (*Computerised Tomography Scanning*) yang merupakan pemeriksaan baku emas (*Gold Standard*) untuk mendiagnosis penyakit stroke. Mengingat bahwa alat tersebut saat ini hanya dijumpai di kota tertentu, maka dalam menghadapi kasus dengan kecurigaan stroke, langkah pertama yang ditempuh adalah menentukan lebih dahulu apakah benar kasus tersebut kasus stroke, karena abses otak, tumor otak, infeksi otak, trauma kepala, juga dapat memberikan kelainan neurologis yang sama, kemudian menentukan jenis stroke yang dialaminya. Dengan perjalanan waktu, gejala klinis stroke dapat mengalami perubahan. Untuk membedakan stroke tersebut termasuk jenis hemoragik atau non hemoragik atau keduanya. Pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan CT Scan, tetapi cara sederhana yang lain yang dapat dilakukan untuk memperkirakan apakah stroke pada pasien hemoragik atau non-hemoragik dapat dilakukan penghitungan Siriraj Score. Pada pasien didapatkan Siriraj Score -3 yaitu Stroke Non-Hemoragik.

Tujuan dari penatalaksanaan stroke secara umum adalah menurunkan morbiditas

dan menurunkan tingkat kematian serta menurunnya angka kecacatan. Salah satu upaya yang berperan penting untuk mencapai tujuan tersebut adalah pengenalan gejala-gejala stroke dan penanganan stroke secara dini yang dimulai dari penanganan prahospital yang cepat dan tepat.<sup>11</sup> Pemulihan dari stroke tergantung dari banyak faktor antara lain faktor risiko yang dimiliki, ketepatan dan kecepatan penatalaksanaan, penyakit yang memperberat stroke dan perawatan serta pelaksanaan mobilisasi dini untuk mencegah salah satu komplikasi dari tirah baring lama, seperti kontraktur sendi, atrofi otot, pneumonia, dan terjadinya dekubitus.<sup>11</sup> Pada pasien tidak terdapat komplikasi. Selain itu, terdapat faktor risiko yang telah dijelaskan sebelumnya pada pasien yang dapat meningkatkan risiko kejadian serangan stroke berulang yaitu Hipertensi dan adanya keluarga yang merokok dalam rumah. Pasien stroke dengan hipertensi memiliki sasaran tekanan darah 130/80 mmHg dengan pengelolaan perbaikan pola hidup dan terapi farmakologi.<sup>11</sup>

Walaupun belum cukup bukti bahwa menghindari lingkungan asap rokok dapat mengurangi insidensi stroke, tetapi data epidemiologi menunjukkan peningkatan resiko stroke kepada mereka yang terpapar asap rokok dan manfaat menghindari asap rokok pada resiko kardiovaskular lain. Oleh karena itu, anjuran untuk menghindari paparan dengan lingkungan asap rokok untuk beralasan.<sup>11</sup> Oleh karena itu, diperlukan tatalaksana secara holistik terhadap pasien.

Dalam melakukan penatalaksanaan secara holistik pada pasien ini dilakukan tiga kali kunjungan untuk perkenalan dengan pasien dan keluarga, meminta izin dan melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan wawancara mendalam dengan pasien dan keluarga, serta melakukan pembinaan terhadap pasien dan keluarga tersebut terkait penyakit yang dialami pasien dan evaluasi.

Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 29 Juli 2019. Pada kunjungan pertama ini dilakukan pendetan dan perkenalan terhadap pasien dan keluarga serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan diikuti anamnesis, pemeriksaan fisik, dan wawancara mendalam dengan pasien dan keluarga sehingga didapatkan hasil seperti

yang sudah dibahas sebelumnya. Selain itu, pada kunjungan ini juga dinilai mengenai karakteristik demografi keluarga, fungsi keluarga, dan identifikasi faktor lain yang berpengaruh terhadap penyakit Ny. R.

Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep *Mandala of Health*, dari segi perilaku kesehatan pasien masih mengutamakan kuratif daripada preventif dan memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit-penyakit yang diderita.

*Human biology*, pasien merasakan penyakit stroke pada pasien menimbulkan keluhan-keluhan yang membatasi aktifitasnya. Pasien sudah mengetahui memiliki hipertensi sejak 2 tahun sebelum terjadi serangan stroke ini, tetapi hanya meminum obat antihipertensi jika mengalami sakit kepala. Setelah diberikan edukasi tentang penyakit hipertensi pasien rutin meminum obat dan rutin melakukan kunjungan ke Puskesmas Natar.

Lingkungan psikososial, pasien merasa sedih karena keterbatasan fisik yang dialaminya sekarang menyebabkan dirinya kurang mandiri dan harus dibantu oleh anggota keluarga lainnya dalam beraktifitas. Hubungan antar anggota keluarga terjalin baik, sering saling bertemu dan berkomunikasi, serta jarang mengalami suatu masalah.

Ekonomi, uang untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga bergantung pada suami sebagai tukang bangunan dan anak bungsunya sebagai pegawai tukang bengkel. Pasien dan keluarga telah memiliki asuransi kesehatan BPJS sehingga sudah cukup memanfaatkan pelayanan kesehatan pemerintah. Sebelum terserang stroke pasien memiliki hipertensi dan sangat jarang memeriksakannya, hanya sesekali saja ketika pasien mengalami sakit kepala.

*Life style*, pola makan belum sesuai dengan anjuran dokter karena pasien tidak memperhatikan makanannya. Pasien masih suka makan makanan berlemak dan asin. Aktifitas fisik juga terbatas karena lumpuh sisi kanan pasien yang membuat pasien tidak dapat mengurus rumah dan hanya melakukan aktifitas ringan saja. Setelah pulang dari perawatan di rumah sakit karena stroke pasien menjalani fisioterapi sebanyak dua kali

dalam seminggu selama delapan minggu. Setelah rutin melakukan fisioterapi, pasien merasakan perubahan yang membaik pada anggota gerak kanannya.

Setelah menyimpulkan permasalahan dan faktor-faktor yang mempengaruhi masalah pada pasien, dilakukan intervensi kepada pasien dan keluarganya pada kunjungan kedua yang dilaksanakan tanggal 9 Agustus 2019. Intervensi dilakukan dengan menggunakan media *flipchart*.

Pada kunjungan kedua ini, pasien diedukasi untuk melanjutkan meminum obat teratur sesuai anjuran dokter. Pasien memperoleh Amlodipin 10 mg dan vitamin B kompleks. Pasien diedukasi untuk kembali kontrol ke puskesmas ketika obatnya sudah habis agar dapat dilihat perkembangan, respon obat, dan dapat diketahui kelanjutan terapinya.

Selain tatalaksana farmakologi tersebut, tatalaksana nonfarmakologi juga memegang peranan penting dalam perbaikan kondisi dan kontrol penyakit pasien. Tatalaksana nonfarmakologi dilakukan dengan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai stroke dan hipertensi.

Intervensi berupa edukasi diberikan dengan alat bantu berupa *flipchart*. *Flipchart* dipilih karena dapat memudahkan dalam memberikan informasi yang berbeda-beda dengan penekanan pada poin-poin penting. Selain itu, penggunaan ilustrasi dan gambar yang menarik diharapkan meningkatkan pemahaman dan menarik perhatian dalam penyampaian informasi. *Flipchart* berisi tentang penyakit stroke dari definisi, komplikasi, sampai pencegahannya. *Flipchart* tersebut juga berisi mengenai pengertian hipertensi, gejala, pencegahan anjuran diet yang sesuai, bahaya dan komplikasi hipertensi. Pasien juga diajarkan gerakan sederhana untuk mengaktifkan anggota gerak pasien saat di rumah, agar otot yang lemat tetap terlatih dan tidak mengalami perburukan. Hal tersebut dilakukan karena jadwal fisioterapi dari rumah sakit sudah selesai.

Edukasi yang diberikan terdiri dari penyulit penyakitnya dan cara pencegahannya, memotivasi pasien untuk melakukan latihan fisik teratur baik secara aktif maupun pasif, mengikuti diet yang dianjurkan, menjelaskan

kepada pasien dan keluarga perlunya pengendalian dan pemantauan penyakit secara berkelanjutan, memberikan edukasi mengenai risiko kejadian stroke berulang serta pengenalan tanda dan gejala awalnya, serta memberikann edukasi mengenai perawatan luka ulkus dekubitusnya.

Selain itu, dilakukan pengukuran tekanan darah pasien dengan menggunakan alat spigmomanometer jenis jarum dan didapatkan tekanan darah sebesar 150/100 mmHg. Dari hasil tersebut, dapat dikatakan tekanan darah pasien belum terkontrol. Diketahui selama waktu kunjungan pertama ke kedua pasien sering makan keripik asin dan gorengan dalam waktu yang cuku sering, dan mengaku sudah tidak makan santan atau yang berlemak. Oleh sebab itu dilakukan edukasi tentang diet yang tepat bagi pasien. Selain itu, juga dilakukan pemeriksaan kekuatan otot, dan didapatkan kekuatan otot esktremitas superior dextra 3, superior sinistra 5 inferior dextra 3, inferior sinistra 5, tidak didapatkan kelainan sendi.

Menurut teori Roger, seseorang akan mengikuti atau menganut perilaku baru melalui tahapan sebagai berikut:

- Sadar (Awareness): seseorang sadar akan adanya informasi baru.
- Tertarik (Interest): seseorang mulai tertarik untuk mengetahui lebih lanjut.
- Evaluasi (Evaluation): pada tahap ini seseorang mulai menilai, apakah perilaku baru tersebut memiliki efek baik pada dirinya.
- Mencoba (Trial): orang tersebut mula mempertimbangkan untung rugi dari perilaku baru..
- Adopsi (Adoption): pada tahap ini, orang yakin dan telah mengadopsi perilaku baru tersebut.

Penilaian hasil intervensi dilakukan pada kunjungan ketiga tanggal 16 Agustus 2019. Penilaian hasil intervensi dilakukan dengan melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Berdasarkan penilaian tersebut didapatkan pasien merasa mulai membaik dengan mulai dapat menggerakkan anggota gerak kanan dan melawan tahanan yang diberikan tetapi tidak sekuat anggota gerak kiri. Pasien juga tidak merasakan sakit kepala Pasien sudah mulai melakukan

latihan fisik secara aktif yang ringan setiap hari dan meninggalkan kebiasaan mengemil keripik asin dan gorengan dan meningkatkan konsumsi buah dan sayur. Pasien juga meminum obat antihipertensi setiap malam. Pada pemeriksaan fisik, tekanan darah pasien sebesar 130/80 mmHg yang menandakan tekanan darah pasien terkontrol.

Keluarga pasien juga semakin peduli dengan kesehatan pasien dengan suami yang tidak merokok di dalam rumah dan tidak merokok disekitar istrinya. Anak pasien yang mengingatkan pasien untuk meminum obat dan menemani pasien kontrol ke Puskesmas Natar.

Pasien dalam kasus ini setelah dilakukan intervensi, masih berada pada tahap trial menuju adopsi. Butuh waktu agar pasien benar-benar dapat mengadopsi perilaku secara keseluruhan sehingga menjadi gaya hidup yang akan dilakukan hingga seterusnya. Pembinaan keluarga pada pasien ini menerapkan konsep dokter keluarga, yakni sebagai dokter pelayanan primer yang melayani pasien secara holistik dan berkesinambungan. Oleh karena itu, penatalaksanaan tidak hanya terkait pasien. Namun juga seluruh anggota keluarga dan tidak hanya masalah yang berkaitan langsung dengan masalah kesehatan keluarga tetapi juga masalah yang tidak berhubungan secara langsung dengan masalah kesehatan, seperti fungsi ekonomi dan pemenuhan kebutuhan keluarga, perilaku kesehatan keluarga, dan lingkungan.

### **Simpulan**

Telah dilakukan penatalaksanaan medikamentosa dan non medikamentosa secara holistik dan komprehensif terhadap pasien dengan pengobatan stroke dan hipertensi. Peningkatan pengetahuan pasien terhadap penyakit yang dideritanya membuat pasien menjalankan pola hidup yang sehat dan memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan secara rutin. Pentingnya fungsi dan dukungan keluarga agar dapat memberikan hasil yang baik terhadap pengobatan dan perjalanan penyakit.

#### Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2013.
2. Kemenkes RI. Situasi Kesehatan Jantung. Jakarta : Info Datin dan Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI; 2014.
3. Venketasubramian N, Yoon BW, Pandian J, dan Navarro JC. Stroke epidemiology in south, east, and south-east asia: a review. *J Stroke*. 2017; 19(3): 286-294
4. WHO, Global Health Estimates [internet]. Geneva: World Health Organization; 2012[disitasi tanggal 4 Agustus 2019]. Tersedia dari: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/)
5. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennet DA, et al. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2014;18;383(9913):245-54.
6. Kementerian Kesehatan RI. Hasil Riskesdas 2018. Jakarta: Kemenkes Republik Indonesia; 2018.
7. Musuka TD, Wilton SB, Traboulsi M, dan Hill MD. Diagnosis and management of acute ischemic stroke: speed is critical *CMAJ*. 2015; 187(12): 887–893.
8. Kurtzke JF. *Epidemiology: stroke, Pathophysiology, Diagnose and Management*. 1<sup>st</sup> ed. New York: Churchill Livingstone;2001.
9. Tsai PC, Yip PK, Tai JJ, dan Lou MF. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient Prefer Adherence*. 2015; 9: 449-57.
10. Arisetijono & Munir. *Buku Ajar Neurologi*. Jakarta: Sagung Seto; 2012.
11. Perdossi. *Guideline Stroke Tahun 2011*. Pekanbaru: Bagian Ilmu Penyakit Saraf RSUD Arifin Achmad; 2011.
12. JNC VII. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure; 2003 [disitasi tanggal 4 Agustus 2019]. Tersedia dari : <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf/>