



Penatalaksanaan Hipertensi dan Arthritis Gout pada Laki-laki Usia 64 Tahun melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

¹Prianggara Rostu Prayoga, ²Asrizal, ¹Dian Isti Anggraini, ²Thurman H. Silalahi

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Penyakit Dalam, Rumah Sakit Abdoel Moeloek Lampung

Abstrak

Hipertensi adalah kondisi umum yang tampak pada pelayanan kesehatan primer dan kondisi tersebut mengakibatkan penyakit myocardial infraction, stroke, renal failure, dan kematian jika tidak dideteksi dan diterapi dengan cepat. Penyakit degeneratif metabolik yang banyak dijumpai pada pasien geriatri adalah hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, osteoarthritis, arthritis gout, dan penyakit kardiovaskular. Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis evidence based medicine pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan patient centred dan family approached. Studi deskriptif dengan analisis data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis), pemeriksaan fisik, dan tes laboratorium di klinik. Kunjungan rumah, melengkapi data keluarga, dan psikososial serta lingkungan. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien memiliki derajat fungsional 2 dengan hipertensi dan arthritis gout. Didapatkan faktor resiko internal yaitu usia 64 tahun, jenis kelamin laki-laki, pola pengobatan kuratif, kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya. Faktor resiko eksternal yaitu kurangnya dukungan dan pengetahuan keluarga untuk memotivasi pasien agar selalu memeriksakan kesehatannya dan menjaga pola makan nya. Pasien merupakan geriatri 64 tahun dengan hipertensi dan arthritis gout yang memiliki pola makan dan gaya hidup yang tidak baik. Selain itu, pola pengobatan pasien adalah kuratif. Pasien diberikan edukasi mengenai pola makan yang baik, pola olahraga, dan pentingnya meminum obat secara rutin dan kontrol tekanan darah serta kadar kolesterol. Dukungan keluarga diperlukan untuk membantu pasien mengendalikan tekanan darah dan kadar asam urat. Masalah klinis yang kompleks membutuhkan waktu yang lama dan kerjasama antara dokter keluarga dan keluarga pasien. Dokter keluarga tidak hanya menyelesaikan masalah klinis pasien, tetapi juga mencari dan memberi solusi atas hal-hal yang mempengaruhi kesehatan pasien dan keluarga.

Kata kunci: arthritis gout, hipertensi, pelayanan kedokteran keluarga

Treatment of Hypertension and Gout Arthritis in 64 Years Old Granny Through Family Medicine Approach

Abstract

Hypertension is a common condition seen in primary care and these conditions lead to disease myocardial infraction, stroke, renal failure, and death, if not detected and treated quickly. Metabolic degenerative diseases that are often found in geriatric patients are hypertension, diabetes melitus, dyslipidemia, osteoarthritis, gouty arthritis and cardiovascular disease. Implements family physician services based on evidence based medicine in patients to identify risk factors, clinical problems, and patient management based on problem solving framework and family-centered approach. Descriptive study with primary data obtained through anamnesis (autoanamnesis), physical examination, and laboratory tests in the clinic. Home visits, completing the family folder, psychosocial and environmental data. Assessment is based on a holistic diagnosis from the start, the process and the end of quantitative and qualitative studies. The patients had grade 2 hypertension and gout arthritis. Internal risk factors including age (64 years), gender (male), curative treatment patterns, and lack of knowledge about the disease. External risk factors including the lack of family support and knowledge to motivate patients to always check their health and keeping her healthy diet Geriatric patient, 64 years old, with hypertension and gout arthritis who have a poor diets and lifestyles. Moreover, the seeking-treatment pattern of the patient is curative pattern. Patients were given education about healthy diet, exercise patterns, and the importance of taking medication regularly to control blood pressure and cholesterol level. Family support is needed to help control the patient's blood pressure and uric acid levels. Complex clinical problems takes a long time and the cooperation between the family doctor and the patient's family. The family doctor is not only solve the problem of clinical patients, but also seek and provide solutions for the things that affect the health of the patient and family.

Keywords: family medical care, gout Arthritis, hypertension

Korespondensi: Prianggara Rostu Prayoga, S. Ked., alamat BTN Tanah Baru Blok H3/18 Rt.02 Rw.09, Kelurahan Tanah Baru, Kecamatan Bogor Utara, Kota Bogor, HP 081286834838, e-mail prianggararostup@gmail.com

Pendahuluan

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi umum yang tampak pada



pelayanan kesehatan primer dan kondisi tersebut mengakibatkan penyakit *myocardial infraction*, stroke, renal failure, dan kematian, jika tidak dideteksi dan diterapi dengan cepat.¹ Badan kesehatan dunia atau *World Health Organization* (WHO) juga memberikan batasan bahwa seseorang, dengan beragam usia dan jenis kelamin, apabila tekanan darahnya berada pada satuan 140/90 mmHg atau diatas 160/90 mmHg, maka ia sudah dapat dikategorikan sebagai penderita hipertensi.²

Banyak faktor yang berperan untuk terjadinya hipertensi meliputi faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan (mayor) dan faktor risiko yang dapat dikendalikan (minor). Faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan (mayor) seperti keturunan, jenis kelamin, ras, dan umur. Sedangkan faktor risiko yang dapat dikendalikan (minor) yaitu olahraga, makanan (kebiasaan makan garam), alkohol, stres, kelebihan berat badan (obesitas), kehamilan, dan penggunaan pil kontrasepsi. Penyakit hipertensi merupakan penyakit yang tidak terlepas dari gaya hidup. Gaya hidup yang tidak sehat dapat menjadi faktor pencetus munculnya hipertensi, atau bahkan memperparah kejadian hipertensi.³

Bagi pasien yang berusia 60 tahun atau lebih, pengobatan dimulai dengan cara menurunkan tekanan darah sistolik hingga mencapai angka 150 mmHg atau lebih atau tekanan darah diastolik hingga mencapai angka 90 mmHg atau lebih dan mengobati sampai mencapai target terapi.⁴

Pasien geriatri adalah pasien usia lanjut yang memiliki usia diatas 64 tahun dan memiliki karakteristik khusus yang membedakannya dari pasien usia lanjut pada umumnya. Karakteristik pasien geriatri yang pertama adalah multipatologi, yaitu adanya lebih dari satu penyakit kronis degeneratif. Karakteristik kedua adalah daya cadangan faali menurun karena menurunnya fungsi organ akibat proses degeneratif. Karakteristik yang ketiga adalah gejala dan tanda penyakit yang tidak khas. Tampilan gejala yang tidak khas seringkali mengaburkan penyakit yang diderita pasien. Karakteristik berikutnya adalah penurunan status fungsional yang merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari.⁴

Pasien geriatri sering disertai penyakit kronis degeneratif. Masalah yang muncul sering tumpang tindih dengan gejala yang

sudah lama diderita sehingga tampilan gejala menjadi tidak jelas. Penyakit degeneratif metabolik yang banyak dijumpai pada pasien geriatri adalah hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, osteoarthritis, arthritis gout, dan penyakit kardiovaskular. Penelitian multisenter di Indonesia terhadap 544 pasien geriatri yang dirawat inap mendapatkan prevalensi hipertensi dan diabetes melitus sebesar 50,2% dan 27,2%.⁴

Arthritis gout adalah suatu sindroma klinis yang ditandai oleh episode arthritis akut dan berulang yang sering menyerang sendi kecil akibat adanya endapan kristal monosodium urat dalam sendi. Keadaan yang mendasarinya adalah tingginya kadar asam urat dalam darah (hiperurisemia). Keadaan hiperurisemia terjadi akibat ekskresi asam urat menurun atau sintesis asam urat meningkat. Keadaan asam urat yang menurun terdapat pada pasien-pasien dengan penyakit ginjal, penyakit jantung, terapi obat-obatan seperti diuretik dan penurunan fungsi ginjal karena usia, sedangkan keadaan sintesis asam urat meningkat terdapat pada pasien-pasien dengan presisposisi genetik, diet tinggi purin dan konsumsi alkohol.⁵

Asam urat merupakan hasil metabolisme di dalam tubuh, yang kadarnya tidak boleh berlebih, kelebihan asam urat akan dibuang melalui urin dan feses. Setiap orang memiliki asam urat di dalam tubuh, karena pada setiap metabolisme normal dihasilkan asam urat. Sedangkan pemicunya adalah makanan dan senyawa lain yang banyak mengandung purin. Sebetulnya, tubuh menyediakan 85% senyawa purin untuk kebutuhan setiap hari. Ini berarti bahwa kebutuhan purin dari makanan hanya sekitar 15%.⁵

Kasus

Tn. BH, 64 tahun, seorang pedagang nasi uduk, datang ke Puskesmas Panjang dengan keluhan sakit kepala sejak 2 minggu yang lalu dan semakin memberat sejak 3 hari ini. Nyeri kepala dirasakan terutama pada bagian belakang kepala terkadang menjalar hingga ke leher, sehingga tengkuk pasien terasa berat. Nyeri kepala biasanya hilang timbul. Rasa nyeri kepala mengganggu istirahat pasien sehingga pasien merasakan sulit tidur. Selain itu pasien mengeluhkan tangan dan kaki sering pegal dan nyeri-nyeri pada sendi-sendinya. Pasien merasakan agak sulit untuk berjalan. Pasien



masih dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti biasanya dan tidak mengonsumsi obat-obatan untuk menghilangkan sakitnya.

Awalnya sekitar 4 tahun yang lalu pasien mengalami keluhan seperti ini. lalu pasien memeriksakan diri ke puskesmas untuk diobati dan diberikan obat antihipertensi. Namun, setelah obat tersebut habis dan keluhan berkurang, pasien tidak kontrol lagi untuk mendapatkan obat antihipertensi. Selain itu, sejak 1 bulan terakhir pasien mengalami keluhan tangan dan kaki sering pegal dan nyeri pada sendi-sendinya namun belum pernah diperiksakan ke dokter.

Pasien biasanya makan tiga kali sehari. Makanan yang dimakan cukup bervariasi. Namun pasien suka mengonsumsi makanan yang berlemak, seperti daging, kuning telur, dan jeroan. Pasien pun suka makan makanan gorengan, kripik emping dan sayuran bersantan. Pasien masih mengerjakan aktivitas dirumah seperti berjualan nasi uduk bersama istrinya. Pasien jarang berolahraga. Pasien mengatakan memiliki riwayat mengonsumsi alkohol, jamu-jamuan dan merokok satu bungkus perhari sejak muda, namun 3 tahun yang lalu pasien sudah tidak mengonsumsi alkohol, jamu ataupun rokok.

Tn. BH tinggal bersama istrinya Ny.TM dan satu orang cucu perempuannya. Ayah dan ibu Tn. BH sudah meninggal dunia karena penyakit kardiovaskular. Ayah Tn. BH memiliki penyakit hipertensi. Sementara setelah dilakukan, pemeriksaan secara holistik istri Tn.BH yakni Ny.TM tidak mengalami hipertensi ataupun keluhan lainnya.. Sejak setahun terakhir Tn. BH sering merasa sakitnya sangat mengganggu waktu tidur sehingga pasien sulit beristirahat. Pola pengobatan pasien ini bersifat kuratif, apabila mengalami keluhan, pasien baru pergi untuk berobat. Sama saja dengan pola pengobatan anggota keluarga lainnya merupakan kuratif, dimana anggota keluarga mencari pelayanan kesehatan jika sakit saja.

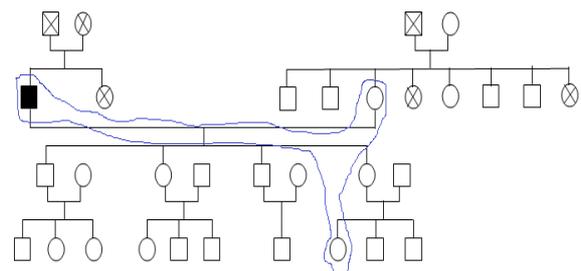
Ada riwayat keluarga dengan penyakit yang sama, yaitu hipertensi yang dialami ayah pasien.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: tampak sakit ringan; suhu: 36,6 °C; tekanan darah: 160/100 mmHg; frek. nadi: 92 x/menit; frekuensi nafas: 20 x/menit; berat badan: 84 kg; tinggi badan: 170 cm; IMT: 29,1 kg/m² masuk kategori obesitas I.

Mata, telinga, dan hidung, kesan dalam batas normal. Paru, gerak dada, dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan rhonki dan *wheezing*, kesan dalam batas normal. Batas jantung tidak terdapat pelebaran, kesan batas jantung normal. Abdomen, datar dan supel, tidak didapatkan organomegali ataupun asites, kesan dalam batas normal. Ekstremitas tidak didapatkan edema, kesan dalam batas normal. Muskuloskeletal dan status neurologis kesan dalam batas normal.

Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan GDP: 115,5 mg/dl, asam urat: 10,3 mg/dl.

Dari data keluarga didapatkan, pasien adalah anak pertama dari dua bersaudara. Memiliki 1 saudara perempuan. Pasien memiliki 4 orang anak dan tidak ada yang tinggal bersama pasien. Bentuk keluarga pasien adalah *extended family* yaitu terdiri dari ayah, ibu, seorang cucu. Pasien seorang laki-laki berusia 64 tahun. Pasien bekerja sebagai penjual nasi uduk, begitu pula dengan istri. Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga dimusyawarahkan bersama dan diputuskan oleh pasien sebagai kepala keluarga.



- Ket:
- Laki-laki
 - Perempuan
 - Pasien hipertensi dan arthritis gout
 - ⊗ Laki-laki meninggal
 - ⊘ Perempuan meninggal
 - ⊕ Keluarga yang tinggal serumah
 - Ny. TM : istri pasien
 - Ny. R : Meninggal (punya riwayat hipertensi)

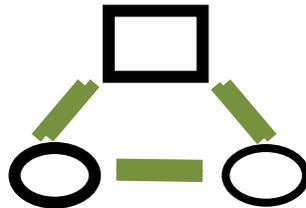
Gambar 1. Genogram Keluarga Tn. BH

Hubungan antar anggota keluarga cukup erat. Hubungan suami kepada istri baik. Hubungan suami kepada cucunya pun baik, serta hubungan istri kepada cucunya juga baik.



Kesenjangan antar anggota keluarga tidak ditemukan pada keluarga ini.

Keluarga mendukung untuk segera berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit. Perilaku berobat keluarga yaitu perilaku pengobatan yang kuratif, baru akan memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila keluhan mengganggu kegiatan sehari-hari. Keluarga pasien berobat ke puskesmas. Jarak rumah ke puskesmas ±2 kilometer.



Ket: Hubungan erat:

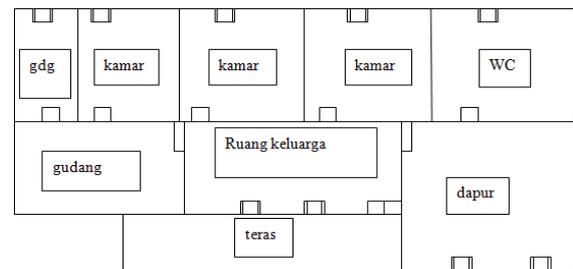
Gambar 2. Hubungan Antar Anggota Keluarga Tn.BH

Pasien tinggal di rumah dengan jumlah orang yang tinggal 3 orang. Rumah berukuran 15x7 meter ber dinding beton di cat putih untuk rumah di dalam, dan cat hijau untuk dinding rumah luar, lantai semen dengan jumlah kamar tiga buah, satu WC, 1 dapur, dan 1 ruang keluarga yang bergabung dengan 1 ruang tamu di bagian depan. Kamar pertama saat ini ditempati oleh pasien dan istri, kamar kedua untuk cucu pasien, kamar ketiga ditempati jika ada tamu yang ingin bermalam. Sinar matahari dapat masuk ke dalam rumah, penerangan dibantu lampu LED, ventilasi cukup, rumah tidak lembab, ventilasi dan jendela ada pada setiap kamar, sehingga sinar matahari dan udara dapat masuk dengan cukup. Selain itu, dilakukan juga penilaian terhadap kebersihan rumah pasien.

Pada kunjungan didapatkan kebersihan rumah baik, lantai semen bersih. Di kamar terdapat tempat tidur dengan kasur yang dipasang spreng rapi dan bersih. Terdapat satu kamar mandi dengan wc jongkok. Fasilitas dapur menggunakan kompor gas. Air minum, masak, cuci, didapat dengan sumber air bor sumur dengan pompa listrik samping rumah. Air untuk mandi dari sumber air di tersebut. Air untuk minum juga lebih sering dari air tersebut dan kadang dengan air isi ulang galon. Saluran air dialirkan ke got di belakang rumah. Septic tank ada di belakang rumah sekitar 15m dari wc. Namun jarak wc dengan sumur sekitar 10

meter, sesuai dengan kriteria rumah sehat yaitu 10 meter. Tempat sampah berada di belakang rumah, keadaan rumah cukup bersih. Gaji kepala keluarga (KK) didapatkan dari berdagang ±Rp 2.000.000/bulan.

Selama ini keluarga berobat ke layanan kesehatan jika keluhan sudah benar-benar mengganggu. Namun, keluarga terbiasa membeli obat di warung atau apotek. Dalam menetapkan masalah serta faktor yang mempengaruhi, digunakan konsep *Mandala of Health*.



Keterangan:
jendela:
pintu :



Gambar 3. Denah Rumah Keluarga Tn. BH

Pada diagnostik holistik awal didapatkan aspek personal: (1) Alasan kedatangan: Nyeri kepala sampai ke leher. Pegal nyeri sendi pada tangan dan kaki; (2) Kekhawatiran: Sakit kepala yang semakin bertambah sehingga pasien sulit tidur. Tangan dan kaki semakin sakit sehingga dapat mengganggu aktivitas dan pasien takut suatu saat tidak dapat berjalan; (3) Harapan: Penyakitnya bisa sembuh dan tidak timbul keluhan serta tidak terjadi komplikasi. (4) Persepsi: sakit kepala, pegal, dan nyeri sendi yang dirasakan sulit untuk hilang disebabkan karena faktor usia yang sudah lanjut.

Aspek Klinik didapat: (1) Hipertensi grade II (ICD10-I10); (2) Arthritis Gout (ICD10-M10.0); (3) Obesitas (ICD10-E66.0)

Aspek Risiko Internal didapat: (1) Usia 64 tahun, geriatri; (2) Pola berobat kuratif; (3) Pengetahuan yang kurang tentang hipertensi, dan arthritis gout; (4) Faktor stressor

Aspek Psikososial Keluarga didapat: kurangnya dukungan dan pengetahuan keluarga untuk memotivasi pasien agar selalu memeriksakan kesehatannya dan menjaga pola



makannya dan derajat fungsional didapatkan hasil 2.

Intervensi yang dilakukan secara nonmedikamentosa: (1) Pemberian leaflet mengenai penjelasan penyakit hipertensi serta arthritis gout, menjelaskan pola makan sesuai dengan gizi seimbang yang dianjurkan bagi pasien dan keluarga di rumah; (2) Konseling kepada pasien dan keluarga di rumah untuk ikut melakukan tindakan menjaga pola makan sesuai gizi seimbang; (3) Konseling kepada keluarga mengenai cara pemakaian obat serta perlunya dukungan; (4) Konseling pasien bahwa penyakit ini penyakit kronik dan dapat dikontrol, keluhan dapat berulang bila pengobatan tidak teratur; (5) Konseling pada pasien bahwa penyakit ini dapat dikendalikan dengan tatalaksanaan pengobatan yang berkelanjutan; (6) Memberi konseling terhadap tekanan darah pasien yang tinggi dan memberi tahu untuk selalu memeriksa tekanan darahnya; (7) Menginformasikan mengenai olahraga yang minimal dilakukan 3 x/minggu selama 30 menit dan makanan yang rendah garam, rendah purin, rendah lemak dan rendah kolesterol.

Ada juga intervensi yang dilakukan secara medikamentosa: (1) Amlodipin 1x5 mg (malam); (2) Alopurinol 2x100 mg (3) Piroksikam 1x20 mg

Pembahasan

Masalah kesehatan pada pasien geriatri dengan hipertensi grade II dan arthritis gout dapat dikaji menurut *mandala of health*. Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah seorang laki-laki berusia 64 tahun yang menderita hipertensi sejak 4 tahun terakhir serta mengalami gejala arthritis gout sejak 1 bulan yang lalu.

Kunjungan pertama kali pada tanggal 16 April 2016 yang dilakukan adalah pendekatan dan pengenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihal penyakit yang telah diderita. Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep *mandala of health*, pasien memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit-penyakit yang ia derita. Lingkungan psikososial, terkadang

pasien merasa stress akan penyakitnya dan untuk lingkungan social pasien cukup baik sering ikut kegiatan masjid dan kegiatan lain di kampungnya. *Life style*, pola makan belum sesuai dengan anjuran dokter. Pasien suka makan gorengan, kulit ayam, tempe goreng, jeroan seperti ati ayam, usus, ampela, makanan bersantan, dan lainnya makanan yang berlemak. Perilaku olahraga jarang dilakukan, namun setiap hari pasien bekerja mengendarai sepeda untuk berdagang nasi uduk. Sistem pelayanan kesehatan terjangkau baik dari segi biaya maupun lokasi. Namun pasien dan keluarga hanya melakukan pengobatan bila ada keluhan saja setelah itu pasien tidak rutin kontrol penyakitnya.

Pada pasien ini penegakan diagnosis klinik hipertensi grade II, berdasarkan keluhan pasien yang di dapatkan nyeri kepala. Nyeri kepala menjalar ke tengkuk, rasa pusing dirasakan hilang timbul, terlebih bila pasien kurang istirahat. Sedangkan dari pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah pasien 160/100 mmHg. Sesuai dengan gambaran klinis hipertensi berupa sakit kepala sampai ke tengkuk bagian belakang, sering gelisah, tengkuk rasa pegal yang akan berkurang bila penderita beristirahat.⁶

Diagnosis hipertensi grade II ditegakkan berdasarkan *Eight Report Joint National Committe on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-7)*, dimana hipertensi grade II yaitu tekanan darah sistol ≥ 160 mmHg dan diastol ≥ 100 mmHg. Faktor risiko timbulnya hipertensi antara lain usia, stres, aktivitas fisik, dan kebiasaan olah raga.⁷

Penegakan diagnosis pada pasien sudah tepat yaitu Hipertensi grade II. Pada faktor usia semakin tua usia seseorang semakin besar resiko terserang hipertensi karena arteri semakin kehilangan elastisitasnya. Hipertensi paling sering dijumpai pada orang berusia 35 tahun atau lebih. Tekanan sistolik meningkat sesuai dengan usia, sedangkan tekanan diastolik tidak berubah mulai dari dekade ke-5. Hipertensi sistolik terisolasi merupakan jenis hipertensi yang paling sering ditemukan pada orang tua. Untuk mencegah resiko lebih lanjut yang bisa dialami oleh pasien, maka dapat kita saran kan kepada pasien untuk patuh terhadap pengobatan dan anjuran yang diberikan serta melakukan beberapa pemeriksaan yang mungkin dapat ia lakukan untuk mengetahui



lebih dini perluasan penyakitnya, sebagai prinsip pencegahan terhadap faktor resiko yang ia miliki.⁸

Pada masa lansia, kondisi fisik seseorang telah mengalami penurunan. Hal ini menyebabkan seseorang dengan usia lanjut rentan terhadap penyakit khususnya penyakit kronis seperti hipertensi. Kemajuan proses penyakit mengancam kemandirian dan kualitas hidup dengan membebani kemampuan melakukan perawatan personal dan aktivitas sehari-hari. Kemampuan dan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dapat diukur dengan menggunakan indeks Katz, indeks Barthel, Kenny self-care dan indeks ADL. Indeks ini digunakan mengukur tingkat keparahan penyakit kronis dan untuk mengevaluasi keefektifan program pengobatan. ADL juga digunakan untuk memberikan informasi prediktif tentang perjalanan penyakit tertentu.⁹

Mengacu pada indeks instrumental ADL tersebut maka pada Tn. BH disimpulkan tidak mengalami masalah dalam dasar ADLnya. Hal ini dapat terlihat dengan kemampuan aktivitas keseharian Tn. BH sebagai pedagang yang tinggal bersama istri dan cucu perempuannya, ia masih mampu menghidupi keluarganya.⁹

Pada pasien ini juga ditegakkan diagnosis arthritis gout. Hal ini berdasarkan keluhan pasien berupa tangan dan kaki yang sering pegal dan nyeri sendi terutama pada jempol kaki yang kemerahan dan membengkak, serta hasil pemeriksaan laboratorium kadar asam urat yang tinggi yaitu 10,3 mg/dl. Berdasarkan literatur, target kolesterol pada pasien ini adalah <7 mg/dl.¹⁰

Arthritis gout adalah suatu sindroma klinis yang ditandai oleh episode arthritis akut dan berulang yang sering menyerang sendi kecil akibat adanya endapan kristal monosodium urat dalam sendi. Keadaan yang mendasarinya adalah tingginya kadar asam urat dalam darah (hiperurisemia). Keadaan hiperurisemia terjadi akibat ekskresi asam urat menurun atau sintesis asam urat meningkat. Keadaan asam urat yang menurun terdapat pada pasien-pasien dengan penyakit ginjal, penyakit jantung, terapi obat-obatan seperti diuretik dan penurunan fungsi ginjal karena usia, sedangkan keadaan sintesis asam urat meningkat terdapat pada pasien-pasien dengan presipitasi genetik, diet tinggi purin dan konsumsi alkohol.¹⁰

Berdasarkan Indeks massa tubuh (IMT), obesitas dibagi menjadi tiga kategori, yakni: obesitas I, obesitas II dan obesitas III. Pasien ini masuk ke dalam obesitas I karena memiliki IMT 29,1 Adapun berdasarkan distribusi lemak, obesitas dibagi menjadi dua kategori, yaitu: obesitas sentral dan obesitas umum. Pasien ini termasuk obesitas umum karena berdasarkan kriteria Asia, obesitas sentral apabila lingkar perut wanita ≥ 80 cm dan pria ≥ 90 cm. Pasien dilakukan edukasi yaitu mengurangi asupan karbohidrat, lemak, dan kolesterol serta dianjurkan olahraga ringan.⁵

Tujuh hari setelah kunjungan pertama, maka dilanjutkan dengan kunjungan kedua pada tanggal 20 April 2016 untuk melakukan intervensi terhadap pasien dengan menggunakan media *leaflet* tentang hipertensi dan arthritis gout. Intervensi ini dilakukan dengan tujuan untuk merubah pola makan pasien yang tidak teratur dan bermacam-macam meskipun untuk merubah hal tersebut bukanlah hal yang dapat dilihat hasilnya dalam kurun waktu yang singkat. Ada beberapa langkah atau proses sebelum orang mengadopsi perilaku baru. Pertama adalah kesadaran (*awareness*), dimana orang tersebut menyadari stimulus tersebut. Kemudian dia mulai tertarik (*interest*). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*). Setelah itu, akan mencoba melakukan apa yang dikehendaki oleh stimulus (*trial*). Pada tahap akhir adalah adaptasi (*adoption*), berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya. Ketika intervensi dilakukan, keluarga juga turut serta mendampingi dan mendengarkan apa yang disampaikan pada pasien.⁹

Tujuan dari penatalaksanaan pasien yang mengalami hipertensi adalah pengendalian tekanan darah agar dapat mengurangi gejala kepala pusing dan pegal di tengkuk dan menghambat penyakit supaya tidak menjadi lebih parah dan timbul komplikasi lebih lanjut seperti stroke, retinopati, nefropati, dan penyakit jantung hipertensi. Penatalaksanaan hipertensi terdiri dari terapi non medikamentosa (edukasi, menurunkan asupan garam, menurunkan asupan lemak, terapi fisik, dan lain-lain), dan terapi obat. Obat antihipertensi untuk terapi farmakologis hipertensi yang dianjurkan oleh JNC-8 antara lain: (1) Diuretika; (2) *Beta Blocker* (BB); (3)



Calcium Channal Blocker (CCB); (4) *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor* (ACEI); (5) *Angiotensin II Receptor Blocker* (ARB).⁸

Masing-masing obat antihipertensi memiliki efektifitas dan keamanan dalam pengobatan hipertensi, tetapi pemilihan obat antihipertensi juga dipengaruhi beberapa faktor yaitu : (1) Faktor sosio ekonomi; (2) Profil faktor kardiovaskular; (3) Ada tidaknya kerusakan organ target; (4) Ada tidaknya penyakit penyerta; (5) Variasi individu dari respon terhadap obat antihipertensi. Sehingga disimpulkan sesuai dengan faktor pemilihan jenis obat hipertensi dan melihat kondisi klinis pasien dengan hipertensi tanpa di sertai komplikasi, harga relatif terjangkau, mudah didapatkan, dengan efek samping yang bisa diatasi, maka pemilihan obat antihipertensi pada pasien dengan golongan *Calcium Channal Blocker* (Amplodipin) dengan dosis 5 mg diberikan satu kali sehari pada malam hari.⁸

Rekomendasi pertama yang dipublikasikan melalui JNC 8 ini terkait dengan target tekanan darah pada populasi umum usia 60 tahun atau lebih. Berbeda dengan sebelumnya, target tekanan darah pada populasi tersebut lebih tinggi yaitu tekanan darah sistolik kurang dari 150 mmHg serta tekanan darah diastolik kurang dari 90 mmHg. Apabila ternyata pasien sudah mencapai tekanan darah yang lebih rendah, seperti misalnya tekanan darah sistolik <140 mmHg, selama tidak ada efek samping pada kesehatan pasien atau kualitas hidup, terapi tidak perlu diubah.⁸

Adapun makanan yang harus dihindari atau dibatasi oleh pasien yang disampaikan saat konseling adalah: makanan yang berkadar lemak jenuh tinggi (otak, paru, minyak kelapa, dan gajih), makanan dan minuman dalam kaleng (sarden, sosis, korned, sayuran serta buah-buahan dalam kaleng, dan soft drink), sumber protein hewani yang tinggi kolesterol seperti daging merah sapi/kambing, kuning telur, dan kulit ayam, bumbu-bumbu seperti kecap, maggi, terasi, saus tomat, saus sambal, tauco serta bumbu penyedap lain yang pada umumnya mengandung garam natrium, alkohol dan makanan yang mengandung alkohol seperti durian dan tape.⁶

Selain itu agar terhindar dari penyakit arthritis gout, salah satu caranya adalah menjaga kadar asam urat dalam darah di posisi normal, yaitu <7 mg/dl. Bagi yang telah

menderita gangguan asam urat, sebaiknya membatasi diri terhadap hal-hal yang bisa memperburuk keadaan. Misalnya, membatasi makanan tinggi purin dan memilih yang rendah purin.¹⁰

Penggolongan makanan berdasarkan kandungan purin:

Golongan A: Makanan yang mengandung purin tinggi (150-800 mg/100 gram makanan) adalah hati, ginjal, otak, jantung, paru, dan lain-lain jeroan, udang, remis, kerang, sardin, herring, ekstrak daging (abon, dendeng), ragi (tape), alkohol serta makanan dalam kaleng.

Golongan B: Makanan yang mengandung purin sedang (50-150 mg/100 gram makanan) adalah ikan yang tidak termasuk golongan A, daging sapi, kerang-kerangan, kacang-kacangan kering, kembang kol, bayam, asparagus, buncis, jamur, daun singkong, daun pepaya, dan kangkung.

Golongan C: Makanan yang mengandung purin lebih ringan (0-50 mg/100 gram makanan) adalah keju, susu, telur, sayuran lain, dan buah-buahan.¹⁰

Pengaturan diet sebaiknya segera dilakukan bila kadar asam urat melebihi 7 mg/dl dengan tidak mengonsumsi bahan makanan golongan A dan membatasi diri untuk mengonsumsi bahan makanan golongan B. Juga membatasi diri mengonsumsi lemak serta disarankan untuk banyak minum air putih.¹⁰

Pada kunjungan pasien ke Puskesmas Panjang, pasien diberi terapi medikamentosa dengan obat hipourisemik yaitu alopurinol. Selain mengontrol gejala, obat ini juga melindungi fungsi ginjal. Allopurinol menurunkan produksi asam urat dengan cara menghambat enzim xantin oksidasediminum dua kali setiap hari. Obat ini dikonsumsi terus menerus, sampai kadar asam urat pasien mencapai target <7 mg/dl, dan pasien telah dapat mengatur diet.¹⁰

Selain golongan hipourisemia terdapat beberapa golongan obat lain untuk terapi farmakologi arthritis gout di antaranya golongan urikosurik seperti probensid. Kelebihan alopurinol dibandingkan obat-obat tersebut yaitu merupakan obat yang cocok untuk pasien dengan masalah hiperurisemia yang lama dan sulit dikontrol. Namun, dengan berbagai kelebihan tersebut allopurinol tetap memiliki efek samping. Efek samping allopurinol yang tidak diharapkan di antaranya



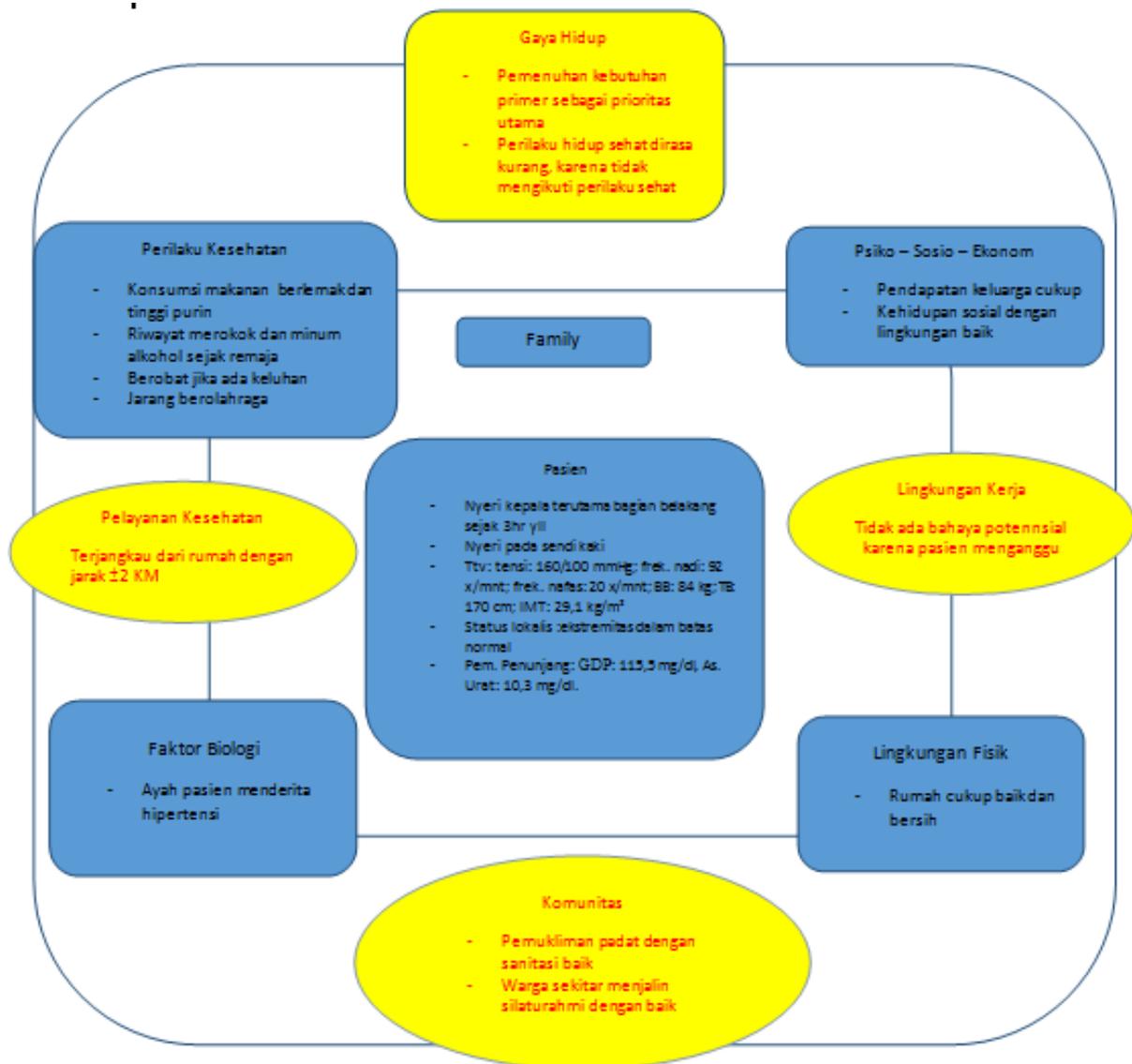
yaitu adanya efek samping dijumpai pada 3-5% pasien sebagai reaksi alergi/hipersensitivitas.¹⁰

Sindrom toksisitas alopurinol termasuk ruam, demam, perburukan insufisiensi ginjal, vaskulitis dan kematian. Sindrom ini lebih banyak dijumpai pada pasien lanjut usia dengan insufisiensi ginjal dan pada pasien yang juga menggunakan diuretik tiazid dan timbulnya gangguan fungsi hati. Oleh karena itu, penting untuk memantau adanya efek samping dan fungsi hati dalam masa terapi farmakologis.¹⁰

Terapi non farmakologis dilakukan dengan tujuan untuk menambah pengetahuan pasien dan keluarga mengenai kebutuhan gizi pada arthritis gout dan konsumsi makanan yang dapat membantu menurunkan asam urat. Untuk dapat menentukan terapi nonfarmakologis, sebelumnya dilakukan

kunjungan ke rumah pasien untuk mengetahui pola makan yang selama ini dilakukan pasien dan pengetahuan pasien mengenai gizi seimbang.¹⁰

Pada kunjungan kedua telah dilakukan kunjungan ke rumah pasien untuk mencari dan mengetahui pola makan yang selama ini pasien lakukan serta pengetahuan pasien mengenai gizi seimbang. Pada kunjungan yang telah dilakukan ini didapatkan hampir setiap hari pasien mengkonsumsi tumisan, gorengan, kulit ayam, jeroan, kerupuk, makanan bersantan, dan makanan berlemak lainnya. Pasien selama ini tidak mengetahui pola makan yang sesuai dengan kebutuhan gizi seimbang. Namun, pasien mengetahui beberapa contoh bahan makanan dari zat gizi yang diperlukan untuk memenuhi dari gizi seimbang.¹⁰



Gambar 4. Mandala Of Health



Untuk perilaku kesehatan keluarga pasien, pasien diberikan edukasi mengenai pola makan dan olahraga yang baik bagi pasien, tentu hal ini membutuhkan adanya dukungan dari keluarga. Pasien harus menerapkan pola makan gizi seimbang, pasien juga harus melakukan olahraga secara terus menerus. Oleh karena itu, selain untuk membantu mengingatkan minum obat, dukungan dari keluarga terutama suami pasien penting untuk mendukung perubahan pola makan dan olahraga yang harus dilakukan oleh pasien.¹⁰

Pola makan dan olahraga pasien perlu diatur untuk mencegah komplikasi yang dapat muncul karena arthritis gout. Pola makan yang baik bagi pasien, selain menyesuaikan dengan gizi seimbang, perlu untuk memperbanyak konsumsi serat. Pasien dapat melakukan olahraga jalan kaki, naik sepeda, ataupun berenang, disesuaikan dengan kemampuan dan kesenangan pasien, yang penting dapat dilakukan secara terus menerus.¹⁰

Kunjungan ketiga dilakukan pada tanggal 27 April 2016 dari hasil anamnesis lanjut didapatkan bahwa menurut pasien kondisi yang dirasakan mulai semakin membaik, tetap melakukan anjuran dokter yang dijelaskan pada kunjungan kedua. Pengukuran tekanan darah pasien didapatkan 140/90 mmHg, dan pengukuran kadar asam urat pasien didapati 7,5 mg/dl, meskipun kadar tersebut masih di atas kadar optimal untuk asam urat di dalam tubuh yaitu dibawah 7 mg/dl. Kadar asam urat turun dikarenakan pasien telah menjaga pola makannya yaitu mengurangi asupan makanan yang tinggi purin. Pasien dianjurkan untuk tetap memeriksakan diri setiap obat telah habis dan apabila ada gejala lain yang mengganggu pasien dapat langsung ke puskesmas dan mengikuti saran serta anjuran yang diberikan

Faktor pendukung dalam penyelesaian masalah pasien dan keluarga adalah pasien dan seluruh anggota keluarga yang harus menerapkan pola hidup sehat. Sedangkan faktor penghambatnya adalah pelaku rawat yang serumah dengan pasien masih belum optimal karena kesibukan masing-masing dan beberapa anggota keluarga yang lain berada pada usia yang terlalu dini untuk menjadi pelaku rawat terhadap pasien. Selain itu godaan dari beberapa anggota keluarga

berpengaruh terhadap pasien saat makan makanan mengandung garam tinggi dan tinggi purin kadang-kadang masih suka muncul sehingga menjadi penghambat pengobatan.¹¹

Melihat tingkat kepatuhan pasien cukup baik dan hasil pemeriksaan tekanan darah yang mendekati stabil maka prognosis pada pasien ini dalam hal *quo ad vitam: dubia ad bonam* dilihat dari kesehatan dan tanda-tanda vitalnya yang sudah mulai baik; *quo ad functionam: dubia ad bonam* karena pasien masih bisa beraktivitas sehari-hari secara mandiri; dan *quo ad sanationam: dubia ad bonam* karena pasien masih bisa melakukan fungsi sosial dan dihormati oleh tetangga sekitar rumah. Berdasarkan penelitian semakin lama hipertensi tidak terkontrol dan tidak mendapat pengobatan, maka prognosis pada pasien yang menderita hipertensi dapat menampakkan gejala yang berat.¹¹

Simpulan

Didapatkan faktor internal laki-laki usia 64 tahun, geriatri, pengetahuan yang kurang tentang hipertensi, arthritis gout, dan obesitas. Faktor eksternal: pelaku rawat yang kurang optimal.

Telah dilakukan pemeriksaan secara holistik.

Telah dilakukan penatalaksanaan pada pasien secara holistik, *patient center, family appropriated* dengan pengobatan hipertensi secara literatur berdasarkan EBM dalam melakukan intervensi terhadap pasien tidak hanya memandang dalam hal klinis tetapi juga terhadap psikososialnya, oleh karenanya diperlukan pemeriksaan dan penanganan yang holistik, komprehensif dan berkesinambungan.

Pada pasien diberikan edukasi mengenai pola makan sesuai dengan gizi seimbang, pola olahraga terus menerus, dan pentingnya untuk minum obat dan kontrol tekanan darah dan kadar asam urat. Dukungan keluarga diperlukan untuk membantu pasien mengendalikan penyakit pasien.

Daftar Pustaka

1. Jain R. Pengobatan alternatif untuk mengatasi tekanan darah. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama; 2011.
2. Price SA, Wilson LM. Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit. Jakarta: EGC; 2006.



3. Hardywinoto ST, Setiabudhi T. Panduan gerontologi tinjauan dari berbagai aspek. Jakarta: PT Ikrar Mandiri Abadi; 2005.
4. Martono H. Proses penuaan pada lanjut usia. Dalam: Martono H, Pranarka K. Buku ajar boedhi-darmojo geriatri (ilmu kesehatan usia lanjut). Edisi ke-4. Jakarta: Balai Penerbit FK UI; 2011. hlm. 82-106.
5. Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S, editor. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Edisi Ke-4. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI; 2006.
6. Yogiartoro M. Hipertensi Esensial. Dalam: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S, editor. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Edisi ke-4. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI; 2006.
7. National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). Coronary heart disease risk factors; 2013 [Diakses tanggal 27 April 2016]. Tersedia dari: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/hd/atrisk.html>.
8. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high pressure in adults report from the panel members appointed to the eight joint national committee (JNC 8); 2013 [Diakses tanggal: 20 April 2016]. Tersedia dari: <http://www.measureuppressuredown.com/HCPProf/Find/BPs/JNC8/specialCommunication.pdf>.
9. Setiahardja AS. Penilaian keseimbangan dengan aktivitas sehari-hari pada lansia [Tesis]. Semarang: FK Undip; 2005.
10. Sudarsono. Diagnosis dan penatalaksanaan arthritis gout dalam perkembangan mutakhir dalam diagnosis dan terapi penyakit sendi inflamasi dan degeneratif. Semarang: Temu Ilmiah Reumatologi; 2007.
11. Gudmundsson LS, Johannsson M, Thorgeirsson G, Sigfusson N, Sigvaldason H, Witteman JCM. Risk profiles and prognosis of treated and untreated hypertensive men and women in a population-based longitudinal study. *J Hum Hypertens.* 2004; 18:615-22.