

Volume 4 Nomor 1 (2022)

**Journal of Midwifery Science:  
Basic and Applied Research**  
e-ISSN: 2774-2270

**Penatalaksanaan Holistik dengan Pendekatan Dokter Keluarga Pada Perempuan Usia 55  
Tahun dengan Hipertensi Derajat 1**

---

M.Rizki Fathurrohimi<sup>1</sup>, Reni Zuraida<sup>2</sup>

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

<sup>1</sup>Bagian Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Corresponding author: Selvi Herdiani

Email: sisi.herdiani@icloud.com

**ABSTRACT**

Hipertensi atau yang sering disebut darah tinggi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang merupakan masalah di Indonesia. Risesdas 2018 menunjukkan prevalensi hasil pengukuran tekanan darah, hipertensi naik dari 25,8% menjadi 34,1%. Penanganan hipertensi dapat dilakukan dengan modifikasi faktor risiko berupa gaya hidup termasuk diet, kebiasaan olahraga, stres, dan kebiasaan merokok. Banyak penderita hipertensi yang masih minim pengetahuan mengenai hipertensi. Tujuan dari penelitian ini untuk mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, melakukan penatalaksanaan pasien secara holistik dengan menerapkan dokter keluarga sesuai evidence-based medicine melalui pendekatan patient centred dan family approach. Pasien perempuan usia 55 tahun dengan sakit kepala yang dirasakan hilang timbul dan mengalami gangguan tidur sejak 2 hari yang lalu. Selain itu, pasien juga ingin mengontrol tekanan darahnya. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 4 tahun yang lalu. Kurangnya perhatian dan dukungan keluarga tentang penyakit, faktor risiko dan pencegahan timbulnya masalah yang terjadi pada pasien dan keluarga. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan secara holistik, *patient centered*, *family approach* serta sesuai panduan nasional dan berdasarkan. Perubahan pengetahuan serta perilaku pasien dan keluarga terjadi setelah dilakukan intervensi yang bersifat patient centred dan family approach.

Keyword: Dokter Keluarga, evidence based medicine, Hipertensi,

## **Introduction (Pendahuluan)**

Hipertensi merupakan salah satu penyebab terbesar morbiditas di dunia, sering disebut sebagai pembunuh diam-diam [1]. Data World Health Organization (WHO) 2015 menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi di dunia mencapai sekitar 1,13 miliar individu, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Jumlah penderita hipertensi diperkirakan akan terus meningkat mencapai 1,5 miliar individu pada tahun 2025, dengan kematian mencapai 9,4 juta individu [2].

Provinsi Lampung memiliki jumlah penderita hipertensi sebanyak 24,7% dari jumlah penduduk, yang berarti terjadi peningkatan jumlah dari hasil sebelumnya yaitu 24,1%. Hipertensi merupakan penyebab kematian nomor 3 yakni mencapai 6,7 % dari populasi kematian pada semua umur di Indonesia [3].

Hipertensi atau tekanan darah tinggi didefinisikan sebagai abnormalitas berupa tekanan darah berada di atas normal secara menetap. Berdasarkan Joint National Committee 8 (JNC8) merekomendasikan skrining tekanan darah secara teratur dan penanganan yang sesuai, termasuk modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologik. Tekanan darah sistolik harus dikelola mencapai target <140 mmHg dan tekanan darah diastolic <90 mmHg [4].

Hipertensi memiliki penderita 15-20% penduduk dunia. Hampir sepertiga atau sekitar 17 juta kematian di seluruh dunia disebabkan oleh penyakit kardiovaskular dimana 9,4 juta di antaranya merupakan komplikasi dari hipertensi. Di Indonesia, prevalensi hipertensi pada umur  $\geq 18$  tahun sebesar 26,5% dengan banyaknya penderita yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan sebesar 9,4%. Prevalensi hipertensi meningkat seiring dengan peningkatan usia. Penderita hipertensi terbanyak adalah kelompok usia  $\geq 75$  tahun. Berdasarkan jenis kelamin, perempuan lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan dengan laki-laki [5]. Jika dibandingkan dengan data tahun 2018, terjadi peningkatan prevalensi hipertensi di Indonesia dengan jumlah penduduk sekitar 260 juta adalah 34,1% dibandingkan 27,8% pada Riskesdas tahun 2013 [6].

Faktor risiko hipertensi dikelompokkan menjadi faktor risiko yang dapat dikendalikan dan faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan. Faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan seperti usia, gen, jenis kelamin, dan ras. Sementara faktor risiko yang

dapat dikendalikan seperti olahraga, makanan, stres, kelebihan berat badan, kehamilan, dan penggunaan kontrasepsi [7].

Pada saat kondisi Stres dapat meningkatkan tekanan darah sewaktu, peristiwa ini berhubungan dengan aktivitas hormon adrenalin yang mengakibatkan terjadinya peningkatan cardiac output [8]. Di sisi lain, kurang olahraga berhubungan dengan tekanan perifer. Olahraga teratur dapat menurunkan tekanan darah sehingga peristiwa sebaliknya berisiko terjadi pada orang yang kurang olahraga [9].

Faktor risiko lain adalah pola asupan garam. Konsumsi garam (natrium) yang berlebihan dapat menyebabkan konsentrasi natrium ekstrasel meningkat. Kondisi tersebut membuat cairan intrasel ditarik ke ekstrasel sehingga volume cairan ekstrasel meningkat. Hal ini menyebabkan peningkatan volume di vaskular sehingga dapat menyebabkan hipertensi [10].

Penanganan hipertensi dapat dilakukan dengan modifikasi faktor risiko berupa gaya hidup termasuk diet, kebiasaan olahraga, stres, dan kebiasaan merokok. Banyak penderita hipertensi yang masih minim pengetahuan mengenai hipertensi dan belum mengetahui pola pengobatan hipertensi yang benar yaitu jangka panjang dan rutin, sehingga kepatuhan akan pengobatan juga rendah [11].

Berdasarkan uraian di atas, pemeriksa tertarik untuk membahas mengenai penatalaksanaan holistik hipertensi dengan prinsip pendekatan kedokteran keluarga.

## **Methods (Metode Penelitian)**

Studi ini adalah Case Report. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis) dan pemeriksaan fisik. Kunjungan rumah, melengkapi data keluarga, dan psikososial serta lingkungan. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif.

## **Results and Discussion (Hasil dan Pembahasan)**

### **Kasus**

Ny. B usia tahun datang ke Puskesmas Tanjung Sari pada hari Kamis, 17 Juni 2021 karena mengalami keluhan utama sakit kepala dengan keluhan lainnya sakit di bagian tengkuk, pasien juga mengalami kesulitan tidur. Berdasarkan hasil autoanamnesis dengan pasien, perjalanan penyakit pasien diawali dari pasien mengetahui tekanan

darahnya tinggi sejak tahun 2017. Pasien sering merasakan gejala seperti pusing, sakit kepala, dada berdebar-debar, nyeri dibagian dada dan terkadang pasien mengalami gangguan tidur. Pasien berobat di Puskesmas tanjung sari bila mengalami gejala.

Pasien masih bisa beraktivitas sehari-hari seperti biasa melakukan pekerjaan rumah tangga dibantu dengan anak pasien yang bungsu. Pasien mengatakan sudah rutin berolahraga ringan setiap hari seperti berjalan jalan disekitar lingkungan rumah kurang lebih 15 menit saat pagi hari. Namun, saat melakukan aktivitas yang berat pasien merasakan keluhan muncul.

Untuk konsumsi tiap hari nya pasien selalu memasak makanannya sendiri yang dimakan bersama keluarga. Makanan yang di konsumsi bervariasi. Pasien sering memasak makanan yang asin untuk dimakan bersama dengan anggota keluarganya. Pasien suka mengkonsumsi makanan yang asin seperti ikan asin. Pasien tidak merokok, minum alkohol ataupun mengkonsumsi narkoba.

Ibu pasien memiliki riwayat darah tinggi. Pasien tinggal serumah bersama dengan suami dan anak yang keempat. Dikeluarga pasien masih minim pengetahuan mengenai penyakit hipertensi dan masih kurangnya dukungan kepada pasien untuk kontrol penyakitnya. Hubungan pasien dengan keluarga cukup baik. Begitu juga dengan lingkungan disekitar baik dan harmonis.

Pendapatan dalam keluarga berasal dari penghasilan suami pasien yang bekerja sebagai buruh. Pasien mengatakan bahwa pendapatan suami cukup untuk memenuhi kebutuhan primer dan sekunder, sesekali tersier. Pasien dan keluarga menggunakan jaminan kesehatan BPJS.

## Pembahasan

Pembinaan keluarga dengan prinsip kedokteran keluarga dilakukan terhadap Ny. B usia 55 tahun dengan hipertensi. Pembinaan ini dilakukan atas dasar Ny. B menderita hipertensi dan pasien rutin bila mengalami keluhan ke Puskesmas. Pasien khawatir kondisi pasien memburuk. Dukungan dan perhatian keluarga terhadap pasien mengenai penyakitnya masih kurang. Kunjungan rumah dilaksanakan untuk melihat gaya hidup pasien dan aktivitasnya yang dapat memengaruhi kondisi pasien. Pasien sudah mengetahui penyakitnya sejak 4 tahun yang lalu. Pasien mengetahui bahwa hipertensi yang dideritanya ini ada kaitannya dengan ibunya yang juga hipertensi.

Pada pasien ditegakkan diagnosis hipertensi berdasarkan panduan *The Joint National Community on Prevention, Detection, Evaluation*

*and Treatment of High Blood Pressure VIII* (JNC VIII), Tekanan darah sistolik harus dikelola mencapai target <140 mmHg dan tekanan darah diastolic <90 mmHg.<sup>2</sup> Diagnosis ditegakkan jika kondisi tersebut didapatkan pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan tenang. Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi hipertensi primer (esensial) dan sekunder. Hipertensi primer merupakan hipertensi yang tidak diketahui jelas etiologinya. Oleh karena itu tidak dapat diobati, tetapi dapat dikontrol<sup>[12]</sup>.

Hipertensi primer sering diturunkan dalam suatu keluarga. Hal ini menunjukkan bahwa faktor genetik berperan dalam risiko terjadinya hipertensi. Karakteristik genetik memengaruhi keseimbangan natrium, tetapi juga didapatkan hasil studi yang menyatakan adanya mutasi genetik yang mengubah ekskresi kalikrein urin, pelepasan nitrit oksida, ekskresi aldosteron, steroid adrenal, dan angiotensinogen. Sementara hipertensi sekunder didasarkan pada penyakit komorbid tertentu<sup>[13]</sup>. Keadaan ini sesuai dengan kondisi pasien. Tekanan darah pasien saat pertama kali didiagnosis adalah 150/100 mmHg. Pasien tidak memiliki penyakit lain yang mendasari hipertensi sehingga pasien didiagnosis hipertensi primer.

Pada kunjungan pertama yaitu tanggal 17 Juni 2021, pasien sedang dalam pengobatan Amlodipin tablet 10 mg rutin satu kali setiap hari. Kemudian diberikan Parasetamol tablet 500 mg yang dikonsumsi 3 kali sehari bila ada keluhan nyeri kepala.

Amlodipin merupakan obat anti-hipertensi golongan penghambat kanal kalsium (Calcium canal blocker) yang memiliki efek vasodilatasi, memperlambat laju jantung dan menurunkan kontraktilitas otot jantung sehingga tekanan darah turun<sup>[14]</sup>. Penggunaan amlodipine pada malam hari lebih efektif daripada pagi hari karena amlodipine memiliki efek yang dapat menurunkan nighttime blood pressure, khususnya pada pasien hipertensi tipe non-dipper<sup>[15]</sup>. Sementara Parasetamol memiliki efek analgesik sentral dan aktivitas penghambat produksi prostaglandin dengan menghambat aktivitas COX-2 yang setara dengan NSAID<sup>[16]</sup>.

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan kunjungan rumah sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 17 Juni 2021. Pada pembinaan pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien dan keluarga serta menerangkan tujuan kedatangan diikuti dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik terkait penyakit

yang diderita, wawancara mengenai keluarga dan lingkungan pasien.

Pada kunjungan kedua yaitu tanggal 24 juni 2021, dilakukan intervensi berupa pemberian edukasi menggunakan materi edukasi yang menyesuaikan dari anjuran PERKENI dan diambil dari website Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, berisi tentang hipertensi, meliputi definisi, faktor risiko, gejala, komplikasi, dan pengaturan diet terkait hipertensi.

Pada kunjungan ketiga yaitu tanggal 1 Juli 2021, dilakukan evaluasi terhadap pengetahuan dan perilaku pasien. Evaluasi pengetahuan dilakukan dengan tanya jawab dengan pasien. Kekhawatiran pasien terhadap kondisi yang memburuk sudah berkurang. Evaluasi klinis dilakukan dengan menanyakan keluhan dan pemeriksaan fisik tekanan darah pasien. Didapatkan bahwa nyeri kepala pasien dapat diatasi dengan Parasetamol dan sudah jarang muncul. Pasien rutin mengonsumsi Amlodipin. Tekanan darah pasien 120/80 mmHg. Dengan demikian, terdapat perbaikan klinis pasien. Selain itu, pasien juga sudah mulai mengubah pola life style. Hal ini dapat dilihat melalui pasien rajin berolahraga dan konsumsi makanan yang mengandung tinggi natrium sudah berkurang.

Melihat peningkatan pengetahuan, perubahan perilaku, dan kondisi klinis, dapat ditetapkan prognosis pasien ini dalam hal *quo ad vitam: dubia ad bonam; quo ad functionam: dubia ad bonam; quo ad sanationam: dubia ad malam* karena pasien penyakit ini tidak bisa sembuh.

### **Conclusion (Simpulan)**

Telah dilakukan penatalaksanaan holistik dengan pendekatan dokter keluarga Ny. B usia 55 tahun dengan hipertensi primer yang disesuaikan dengan EBM berdasarkan diagnostik holistik awal. Intervensi yang dilakukan telah menambah pengetahuan pasien dan mengubah beberapa perilaku pasien dan keluarganya, yang ditunjukkan dengan perbaikan pada diagnostik holistik akhir.

### **References (Daftar Pustaka)**

- [1.] Gupta R, Gaur K, S Ram CV. Emerging trends in hypertension epidemiology in India. *J Hum Hypertens*. 2019;33(8):575-587.
- [2.] Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol*. 2020;16(4):223-237.
- [3.] Mayasari M, Farich A, Sary L. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian hipertensi pada kegiatan gerakan masyarakat hidup sehat (germas) di Puskesmas Rawat Inap Kedaton kota Bandar Lampung. *J Kesmas Kesehatan Masy Khatulistiwa*. 2018;5(2):56-62.
- [4.] Umemura S, Arima H, Arima S, et al. The Japanese Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension (JSH 2019). *Hypertens Res*. 2019;42(9):1235-1481.
- [5.] Aldiab A, Shubair MM, Al-Zahrani JM, et al. Prevalence of hypertension and prehypertension and its associated cardioembolic risk factors; a population based cross-sectional study in Alkharj, Saudi Arabia. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1-9.
- [6.] Hidayati L S. Kajian sistematis terhadap faktor risiko hipertensi di Indonesia. *J Health Sci Prev*. 2018;2(1):48-56.
- [7.] Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension: a review of prevalence, risk factors, impact, and management. *Circ Res*. 2019;124(7):1124-1140.
- [8.] Princewel F, Cumber SN, Kimbi JA, et al. Prevalence and risk factors associated with hypertension among adults in a rural setting: the case of Ombe, Cameroon. *Pan Afr Med J*. 2019;34.
- [9.] Sharman JE, Smart NA, Coombes JS, Stowasser M. Exercise and sport science australia position stand update on exercise and hypertension. *J Hum Hypertens*. 2019;33(12):837-843.
- [10.] He FJ, Tan M, Ma Y, MacGregor GA. Salt reduction to prevent hypertension and cardiovascular disease: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol*. 2020;75(6):632-647.
- [11.] Leung AA, Bushnik T, Hennessy D, McAlister FA, Manuel DG. Risk factors for hypertension in Canada. *Health Rep*. 2019;30(2):3-13.
- [12.] Burns J, Persaud-Sharma D, Green D. Beyond JNC 8: implications for evaluation and management of hypertension in underserved populations. *Acta Cardiol*. 2019;74(1):1-8.

- [13.] Oliveros E, Patel H, Kyung S, et al. Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clin Cardiol.* 2020;43(2):99-107.
- [14.] Angeli F, Trapasso M, Signorotti S, Verdecchia P, Reboldi G. Amlodipine and celecoxib for treatment of hypertension and osteoarthritis pain. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2018;11(11):1073-1084.
- [15.] Smith SM, Cooper-DeHoff RM. Fixed-dose combination amlodipine/celecoxib (consensi) for hypertension and osteoarthritis. *Am J Med.* 2019;132(2):172-174.
- [16.] Mann J. Choice of drug therapy in primary (essential) hypertension. Published online 2020.