
PENATALAKSANAAN ANGINA PEKTORIS TIDAK STABIL, SINDROM METABOLIK, DAN HIPERURISEMIA PADA PASIEN GERIATRI DENGAN TINGKAT PENGETAHUAN MINIMAL MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA: LAPORAN KASUS

Shenia Verinda Harsa^{1*}, Clarisa Rahmah¹, Diana Mayasari²

¹Program Studi Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

^{*}Email Korespondensi: sheniaverin@gmail.com

Abstract: The Management of Unstable Angina Pectoris, Metabolic Syndrome, and Hyperuricemia in Geriatric Patient with a Minimum Knowledge Through a Family Medicine Approach: A Case Report.

Cardiovascular disease and metabolic disorders are common health problems that occur in the elderly because of the ageing process. Unstable angina pectoris (UAP) is characterized by chest discomfort due to myocardial ischemia. One of the risk factors for UAP is metabolic syndrome. The other degenerative disease is hyperuricemia. This study is a case report about a 60-year-old female patient who had been diagnosed with angina pectoris in the past year and presented with complaints of left-sided chest pain that had become increasingly painful in the past month. The patient also has uncontrolled metabolic syndrome and hyperuricemia. Primary data were obtained through history taking, physical examination, and home visit to assess the physical environment factors. Prior to the intervention, the patient and family's knowledge about the disease was lacking, treatment nonadherence, and bad dietary habits. After the intervention, there was an improvement in blood pressure, blood glucose, cholesterol, and uric acid level. Also, the patient and her family's knowledge score was increasing by 40 and 36 points respectively.

Keywords: Family Medicine, Hyperuricemia, Metabolic Syndrome, UAP

Abstrak: Penatalaksanaan Angina Pektoris Tidak Stabil, Sindrom Metabolik, dan Hiperurisemia pada Pasien Geriatri dengan Tingkat Pengetahuan Minimal melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga: Laporan Kasus.

Penyakit kardiovaskuler dan gangguan metabolik adalah masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia karena adanya proses degeneratif. Angina pektoris tidak stabil (APTS) ditandai dengan rasa tidak nyaman pada dada akibat adanya iskemia miokardium. Salah satu faktor risiko APTS adalah sindrom metabolik. Penyakit degeneratif lainnya adalah hiperurisemia. Studi ini merupakan laporan kasus pada pasien wanita berusia 60 tahun yang telah terdiagnosis angina pektoris dalam satu tahun terakhir dan datang dengan keluhan nyeri dada sisi kiri yang semakin memberat dalam satu bulan terakhir. Pasien juga memiliki riwayat sindrom metabolik dan hiperurisemia yang tidak terkontrol. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan ke rumah untuk menilai lingkungan fisik. Sebelum dilakukan intervensi, pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dideritanya kurang, ketidakpatuhan pengobatan, serta pola diet yang tidak baik. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan perbaikan tekanan darah, kadar glukosa darah, kolesterol, dan asam urat serta peningkatan skor pengetahuan pasien dan keluarga masing-masing sebanyak 40 dan 36 poin.

Kata Kunci: APTS, Hiperurisemia, Kedokteran Keluarga, Sindrom Metabolik

PENDAHULUAN

Penuaan merupakan risiko utama untuk terjadinya berbagai macam penyakit. Penyakit kardiovaskuler dan gangguan metabolik adalah masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia karena adanya proses penuaan, inflamasi kronis, dan stres oksidatif (Franceschi C dkk., 2018). Angina pektoris tidak stabil (APTS) merupakan gejala akibat adanya iskemia miokardium yang sering menjadi manifestasi awal atau *warning sign* dari terjadinya penyakit jantung koroner (Kloner RA & Chaitman B, 2017). Berdasarkan Riskesdas tahun 2018, prevalensi kejadian penyakit jantung koroner di Indonesia sebesar 1,3% pada laki-laki dan 1,6% pada perempuan (Kemenkes RI, 2018). Salah satu faktor risiko terjadinya penyakit jantung koroner adalah sindrom metabolik. Setiap komponen sindrom metabolik merupakan faktor risiko independen untuk penyakit kardiovaskuler (Tune JD, dkk., 2017). Sindrom metabolik mencakup beberapa risiko kardiometabolik yang terdiri dari resistensi insulin (glukosa darah puasa terganggu, gangguan toleransi glukosa, atau diabetes melitus tipe 2), hipertensi, dislipidemia, dan obesitas sentral (Swarup S., dkk, 2023). Diabetes menjadi salah satu dari empat prioritas penyakit tidak menular yang menjadi fokus *World Health Organization* (WHO). Prevalensi penderita diabetes di Indonesia berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, meningkat sebesar 1,6% (PUSDATIN RI, 2019). Hipertensi menjadi salah satu kriteria sindrom metabolik yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit jantung koroner akibat terjadinya disfungsi endotel (Swarup S., dkk, 2023). Prevalensi kejadian hipertensi di Indonesia pada tahun 2018 berdasarkan Riskesdas meningkat sebesar 34,1% (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan IRA (2018), hiperurisemia adalah keadaan dimana terjadi peningkatan kadar asam urat serum di atas normal, yakni lebih dari 7,0 mg/dl pada pria dan lebih dari 6,0 mg/dl pada perempuan. Prevalensi dan kejadian hiperurisemia di Indonesia sebesar 7,3% dimana prevalensi ini

meningkat seiring dengan bertambahnya usia (Kemenkes RI, 2018).

Laporan kasus ini membahas tentang pasien wanita berusia 60 tahun yang telah terdiagnosis Angina Pektoris Tidak Stabil (APTS) dalam satu tahun terakhir. Pasien juga menderita diabetes melitus, hipertensi, dislipidemia, dan hiperurisemia yang tidak terkontrol. Pasien tidak melaksanakan pengobatan sesuai anjuran dokter. Pasien belum mengetahui jika penyakitnya perlu dalam keadaan terkontrol serta memerlukan pengobatan dan modifikasi gaya hidup yang berkesinambungan untuk mencegah terjadinya komplikasi.

Dalam mengubah perilaku dibutuhkan penatalaksanaan yang holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga meliputi *patient centered, family focused, dan community oriented* sehingga diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

LAPORAN KASUS

Pasien Ny. S, seorang ibu rumah tangga berusia 60 tahun datang ke Poliklinik Umum Puskesmas Natar pada tanggal 22 Maret 2022 dengan keluhan nyeri dada yang bersifat hilang timbul dan semakin sering dirasakan dalam satu bulan terakhir. Nyeri dirasakan pada dada sisi kiri yang menjalar ke leher dan perut bagian atas. Pasien menyatakan serangan nyeri dada dapat terjadi lebih dari tiga kali dalam satu pekan. Nyeri dirasakan tiba-tiba baik pada saat beristirahat maupun saat melakukan aktivitas harian seperti menjemur pakaian, menyapu, atau terlalu banyak berjalan. Pasien menyatakan nyeri dada akan menghilang beberapa saat setelah pasien mengkonsumsi obat yang ditaruh di bawah lidah (nitrogliserin). Pasien pertama kali terdiagnosis angina pektoris satu tahun yang lalu dan rutin kontrol ke poli penyakit jantung setiap bulan, namun pasien menyatakan tidak kontrol dalam dua bulan terakhir.

Pasien juga mengeluh lemas yang dirasa memberat dalam satu minggu terakhir. Terkadang saat berjalan pasien merasa sempoyongan, pasien merasa kedua kakinya kebas dan disertai sensasi tertusuk. Rasa kebas

juga dirasakan pada kedua telapak tangan. Pasien sudah terdiagnosis diabetes melitus sejak tahun 2008 dan mulai menggunakan insulin sejak dua tahun terakhir. Pasien menyatakan sudah setengah bulan terakhir tidak menggunakan insulin karena sempat mengalami hipoglikemia. Selama ini dirinya sering meningkatkan dosis insulin tanpa rekomendasi dokter. Pasien menyatakan terkadang mengalami luka pada kaki yang lama sembuh. Pasien juga terdiagnosis hipertensi sejak tahun 2018 dan mulai mengkonsumsi satu jenis obat anti hipertensi. Sejak terdiagnosis angina pectoris pasien diberikan tiga jenis obat anti hipertensi, namun dirinya hanya mengkonsumsi satu jenis obat karena merasa tidak ada keluhan dan tidak mengetahui jika obat perlu dikonsumsi sesuai dengan resep dokter. Pasien juga menyatakan punya riwayat tinggi kolesterol, namun hanya mengkonsumsi obat saat terdapat keluhan tegang pada tengkuk. Pasien juga menyatakan mempunyai riwayat kadar asam urat yang tinggi. Saat ini pasien rutin mengkonsumsi obat penurun kadar asam urat.

Riwayat penyakit keluarga, terdapat riwayat hipertensi dan diabetes melitus pada ibu dan dua orang kakak pasien. Tidak ada riwayat penyakit jantung dan asam urat pada keluarga. Pasien mengaku tidak memiliki alergi obat. Riwayat pribadi, pasien mengatakan sudah lama mengurangi makanan berlemak. Pasien juga tidak mengkonsumsi gorengan maupun makanan-makanan yang bersantan, namun masih belum membatasi konsumsi garam serta jumlah lauk pauk. Hasil wawancara *food recall* pasien didapatkan bahwa asupan energi dan karbohidrat pasien cukup namun masih kurang dalam asupan lemak, dan lebih pada asupan protein yang dihitung berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) Permenkes No. 28 Tahun 2019. Sehari-hari, pasien lebih banyak menghabiskan waktunya untuk duduk. Pasien menyatakan mudah lelah dan merasa sesak jika terlalu banyak beraktivitas. Pasien juga jarang keluar rumah dan melakukan aktivitas berat. Pasien jarang berolahraga karena

mudah merasa sesak jika terlalu banyak bergerak. Pasien kesulitan mengikuti berbagai kegiatan di lingkungan rumahnya. Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi alkohol ataupun merokok.

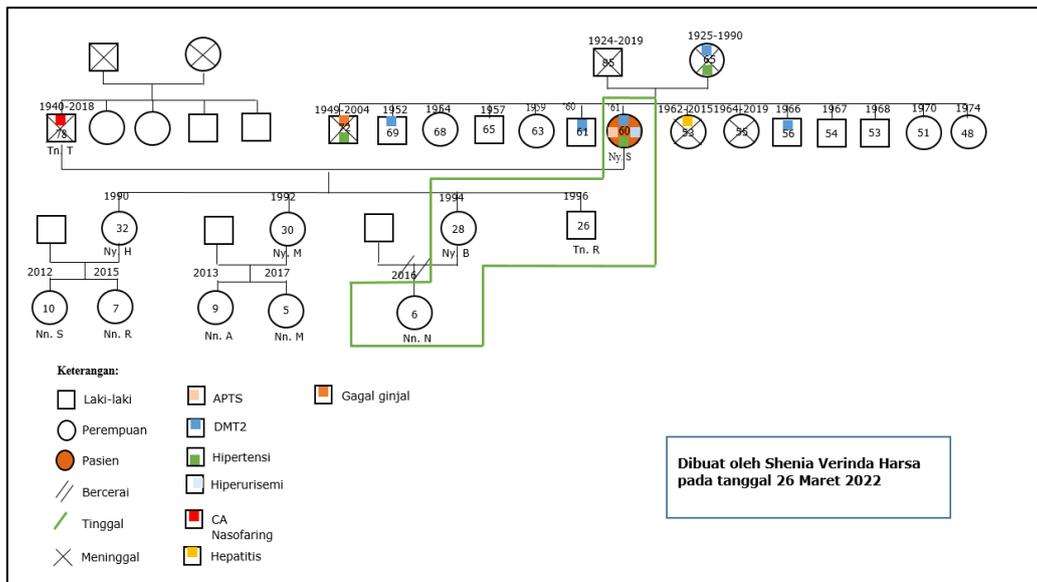
Pemeriksaan Fisik Keadaan umum: tampak sakit sedang; kesadaran: compos mentis dengan *Glassgow Coma Scale* (GCS):15; tekanan darah 179/92 mmHg; frekuensi nadi 87x/menit; frekuensi napas 20x/menit; suhu 36,5°C; berat badan 54 kg; tinggi badan 155 cm, indeks massa tubuh (IMT) 22,47 (normal); lingkar abdomen 91 cm. Pada status generalis, bentuk kepala normocephal, persebaran rambut merata, dan tidak rontok. Pada mata, konjungtiva tidak anemis dan sklera tidak ikterik, telinga tidak hiperemis dan tidak terdapat sekret, hidung tidak ada deviasi dan sekret. Pada leher tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tekanan vena jugularis tidak meningkat. Pemeriksaan toraks, gerak dada dan fremitus taktil simetris, nyeri tekan (-), masa (-), ekspansi simetris, perkusi sonor pada kedua lapang paru, dan auskultasi tidak didapatkan suara napas abnormal, kesan dalam batas normal. Jantung, iktus cordis tidak teraba, batas jantung kiri bergeser 4 cm ke arah lateral, bunyi jantung I dan bunyi jantung II reguler, tidak ada bunyi jantung tambahan. Abdomen cembung, supel, bising usus (+) 18x/menit, nyeri tekan epigastrium (-) tidak didapatkan organomegali, undulasi (-), kesan dalam batas normal. Ekstremitas superior dekstra-sinistra dan inferior dekstra-sinistra teraba hangat, edema (-), CRT <2 detik.

Status Lokalis Pemeriksaan kaki diabetes, pada inspeksi: Kulit kaki (-/-), kering (+/+), kuku menebal dan rapuh (-/-), kalus (-/-), perubahan bentuk jari-jari kaki (-/-), bekas luka (-/+) dimana terdapat bekas luka hiperpigmentasi berukuran panjang 3 cm di digit I sinistra, warna kulit kaki normal (+/+), pemeriksaan sensorik pedis dekstra-sinistra dalam batas normal. *Ankle Brachial Index* (ABI) *Score*: *Right* ABI: 177/179 = 0,98 (normal) *Left* ABI: 179/179 =1,0 (normal). *Fall Risk Assesmet Tool*

didapatkan skor 6 yang berarti pasien memiliki risiko *moderate* untuk terjatuh. *Mini-Mental State Examination* (MMSE) didapatkan skor 27 yang berarti pada pasien tidak didapatkan gangguan kognitif. *The Geriatric Depression Scale* (GDS) didapatkan skor 2 yang berarti berdasarkan hasil skrining, tidak terdapat gangguan depresi pada pasien. *The Nutrition Screening Initiative* didapatkan skor 5 yang berarti pasien memiliki risiko *moderate* untuk terjadinya gangguan asupan gizi. Pada pemeriksaan penunjang, pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS): 557 mg/dL; kolesterol: 261 mg/dL; asam urat: 7,3 mg/dL.

Keluarga Ny. S terdiri dari Tn. T sebagai suami dan 4 orang anak. Tn. T sudah meninggal pada tahun 2018 akibat kanker nasofaring. Saat ini pasien tinggal di rumah milik pribadi

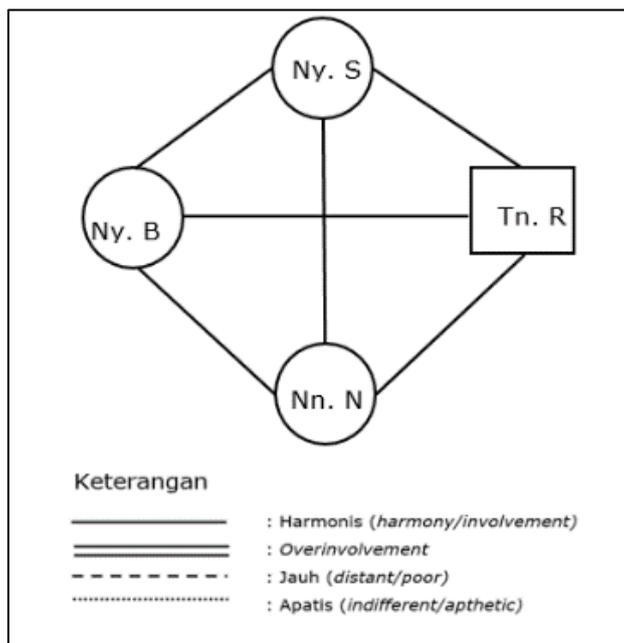
bersama dua anak kandung dan satu cucu (Ny. B 28 tahun, Tn. R 26 tahun, dan Nn. N 6 tahun). Bentuk keluarga pasien adalah keluarga *extended*. Kedua anak Ny. S lainnya sudah berkeluarga dan tinggal tidak jauh dari rumah pasien. Anak pasien, Ny. B bekerja sebagai *cleaning service* dan telah menikah, namun saat ini sudah bercerai. Tn. R bekerja sebagai buruh dan belum menikah. Nn. N adalah anak dari Ny. B dan saat ini belum bersekolah (gambar 1). Pemecahan masalah di keluarga dilakukan melalui diskusi keluarga. Pasien merupakan seorang ibu rumah tangga. Pendapatan keempat anak pasien masing-masing sekitar ±2.700.000 rupiah. Berdasarkan pernyataan keluarga, pembiayaan pengeluaran keluarga biasanya dibagi antar keempat anak pasien.



Gambar 1. Genogram Keluarga Ny. S

Hubungan antar keluarga baik. Waktu berkumpul bersama dengan keluarga cukup. Komunikasi selalu

berjalan baik setiap hari di dalam keluarga, hubungan keluarga dapat dilihat pada gambar 2.

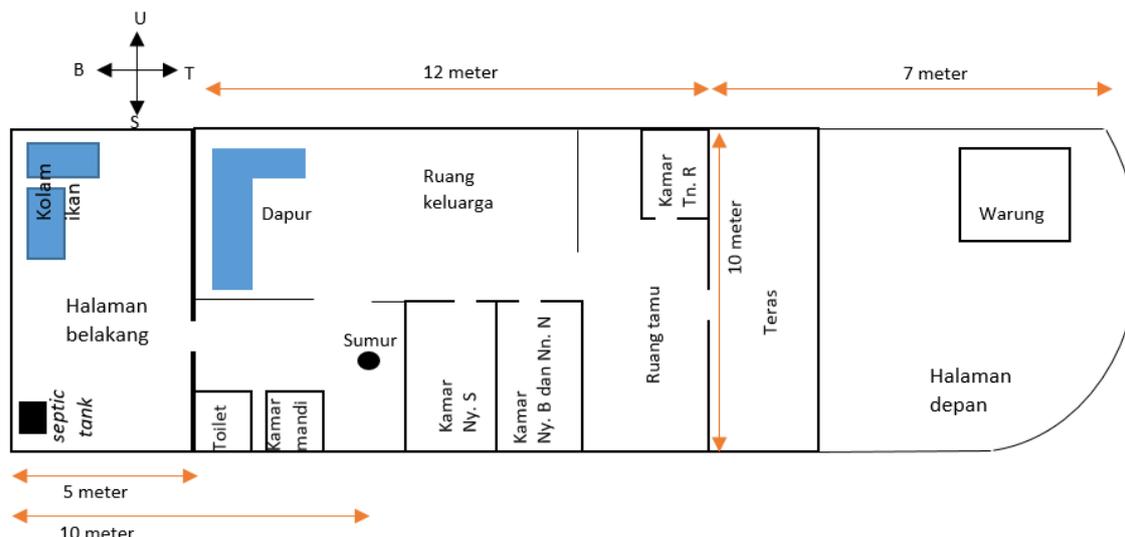


Gambar 2. Family Map Keluarga Ny.S

Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan (BPJS). Perilaku berobat keluarga, yaitu memeriksakan anggota keluarga yang sakit ke layanan kesehatan bila terdapat keluhan yang mengganggu kegiatan sehari-hari. Pada kondisi pasien, pasien rutin di antar keluarganya untuk kontrol ke poli penyakit dalam dan poli jantung tiap bulannya, namun sejak 2 bulan terakhir pasien belum kontrol karena keluarga khawatir akibat adanya peningkatan kasus COVID-19. Jarak rumah ke puskesmas \pm 5,9 kilometer. *Family Apgar Score* untuk menilai fungsi keluarga dapat dilakukan dengan menghitung *APGAR Score*. Berikut *APGAR* keluarga Ny. S: *Adaptation*: 2; *Partnership*: 2; *Growth*: 2; *Affection*: 2; *Resolve*: 2. *Total Family Apgar score* 10 (nilai 7-10, disfungsi rendah atau baik).

Kondisi lingkungan tempat tinggal kurang lebih 1 km dari jalan utama. Di seberang rumah pasien terdapat praktik bidan (berjarak \pm 20 meter). Pasien tinggal di rumah permanen milik pribadi berukuran 10 x 12 m². Luas halaman rumah \pm 60 m². Jarak antara depan rumah dan jalan \pm 7

m. Rumah terdiri dari teras depan, satu ruang tamu, satu ruang keluarga, tiga kamar tidur, satu dapur, satu ruang cuci, serta satu kamar mandi, dan satu toilet dengan kloset jongkok yang terletak di dalam rumah. Rumah berdinding tembok permanen dengan lantai semen, namun untuk beberapa ruangan (dapur, ruang cuci, toilet, dan kamar mandi) sudah dilapisi keramik. Atap rumah terbuat dari genting dan terdapat langit-langit. Sinar matahari sebagian masih dapat masuk ke dalam rumah dari jendela depan ruang tamu, rumah cukup lembab, ventilasi dan jendela berada di ruang tamu dan kamar. Rumah bersih dan tata letak barang di dalam rumah tersusun rapih. Rumah sudah dialiri listrik, sumber air dari sumur, fasilitas dapur menggunakan kompor gas, kebutuhan air minum berasal dari air yang dimasak (jarak antara sumur dengan *septic tank* \pm 10 meter. Pembuangan sampah terdapat di dapur dalam rumah 1 dan di luar rumah 1. Kesan kebersihan lingkungan pemukiman baik, denah dapat dilihat pada gambar 3.



Gambar 3. Denah rumah Ny. S

DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL

Pada aspek personal, alasan kedatangan pasien ke puskesmas, yakni adanya nyeri dada, rasa kebas dan sensasi tertusuk pada kedua tangan dan kaki; kekhawatiran: pasien khawatir penyakit yang dideritanya akan memberat dan menghambat kegiatan sehari-hari; persepsi: pasien menganggap pengobatan hanya dilakukan bila terdapat keluhan; harapan: keluhan berkurang dan penyakit tidak semakin memberat sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa.

Pada aspek klinis berupa angina pectoris tidak stabil (ICPC-2 K74.01, ICD-10 I.20.0), sindrom metabolik (ICPC-2 T99, ICD-10 E88.81), diabetes melitus tipe 2 (ICPC-2 T90, ICD-10 E11), hipertensi derajat II (ICPC-2 K85, ICD-10 I10), dislipidemia (ICPC-2 T93, ICD-10 E78.5), dan hiperurisemia (ICPC-2 T92, ICD-10 E79.0).

Pada aspek risiko internal, terdapat pengetahuan yang kurang mengenai penyebab, gejala, dan penanganan penyakit jantung koroner, diabetes melitus tipe 2, hipertensi derajat II, dan hiperurisemia; pengetahuan yang kurang mengenai keterkaitan antar penyakit yang diderita serta komplikasi yang dapat terjadi bila kondisi penyakit tidak terkontrol; pengetahuan yang kurang tentang pentingnya pengobatan sesuai anjuran dokter, mengatur pola hidup sehat, dan

kontrol rutin; ketidakpatuhan pengobatan karena kurang motivasi dan terkadang lupa; pola diet dan asupan gizi pasien belum sesuai dengan pedoman gizi seimbang dan aturan diet sesuai dengan kondisi penyakit pasien; usia tua yang meningkatkan risiko terjadinya penyakit degeneratif.

Pada aspek risiko eksternal terdapat riwayat keluarga menderita diabetes melitus dan hipertensi serta keluarga kurang memahami tentang penyakit yang diderita pasien. Derajat fungsional penilaian *Activity of Daily Living* (ADL) dengan Instrumen Indeks Barthel yang dimodifikasi, derajat fungsional pasien adalah 2 (dua), yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan di luar rumah (mulai mengurangi aktivitas).

INTERVENSI

Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient center*, *family focus*, dan *community oriented*. Pada *patient center* tatalaksana yang diberikan berupa non-medikamentosa dan medikamentosa. Tatalaksana non-medikamentosa berupa konseling mengenai komorbid penyakit pasien (definisi, faktor risiko, komplikasi, keterkaitan antar penyakit, fungsi setiap jenis obat yang diresepkan, tujuan kontrol pengobatan secara teratur, dan pencegahan perburukan) dalam bentuk *scrap book*; edukasi mengenai perawatan kaki, senam kaki diabetes,

dan upaya penanganan risiko terjatuh; pembuatan pilihan menu diet serta edukasi mengenai prinsip diet bagi penderita diabetes melitus, hiperkolesterolemia, hipertensi, dan hiperurisemia; konseling kepada keluarga (cara pemakaian obat, jenis pengobatan, serta perlunya dukungan keluarga dalam mengontrol tekanan darah, kadar gula darah, kolesterol, dan asam urat); pembuatan kalender jadwal waktu konsumsi obat; memberikan motivasi kepada pasien mengapa perlu untuk senantiasa menjaga kesehatan. Sedangkan, tatalaksana medikamentosa merupakan tatalaksana obat-obatan yang telah diresepkan oleh dokter kepada pasien, terdiri dari obat oral dan suntik subkutan (Aspirin 1x80 mg, Nitrogliserin 2.5 mg, Simvastatin 1x20 mg, Insulin basal 10 unit, Insulin prandial 24 unit, Amlodipin 1 x 10 mg, Bisoprolol 1x2,55 mg, Ramipril 1x10 mg, Allopurinol 1x100 mg).

Pada *family focus* dilakukan konseling mengenai penyakit yang diderita pasien meliputi penyebabnya, faktor risiko, gejala, upaya pengobatan, perubahan gaya hidup dengan aktivitas fisik, dan pola makan dalam bentuk *scrap book*; menjelaskan kepada anggota keluarga untuk melakukan pengawasan terhadap pola makan pasien; menjelaskan mengenai risiko yang ada pada mereka dan pentingnya melakukan deteksi dini antara lain melakukan pemeriksaan tekanan darah, gula darah, kolesterol, dan asam urat;

konseling mengenai penyulit penyakit serta komplikasi jangka panjang tentang penyakit yang diderita pasien apabila penyakit tidak dikontrol secara rutin; menjelaskan dan memotivasi mengenai perlunya perhatian dan dukungan dari semua anggota keluarga terhadap pasien untuk menjalankan pengobatan seumur hidup dan gaya hidup yang sehat. Pada *community oriented* dilakukan konseling kepada pasien untuk rutin menghadiri posyandu lansia di lingkungan rumah serta konseling kepada keluarga pasien untuk rutin menghadiri kegiatan pos pelayanan terpadu untuk melakukan kontrol kesehatan.

DIAGNOSTIK HOLISTIK AKHIR

Pada aspek personal, alasan kedatangan: nyeri dada sudah tidak dirasakan dalam dua pekan terakhir. Pasien sudah tidak merasa lemas, keluhan kebas dan tertusuk pada kedua telapak tangan dan kaki sudah berkurang; kekhawatiran: pasien sudah tidak terlalu khawatir mengenai penyakit yang dideritanya karena telah mengetahui penyebab dan penatalaksanaan penyakitnya; persepsi: pasien telah mengetahui bahwa pengobatan untuk penyakitnya tidak hanya diberikan saat timbul keluhan; harapan: penyakit bisa terkontrol sehingga tidak menimbulkan komplikasi. Pada aspek klinis dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Diagnostik Holistik Akhir (Aspek Klinis)

Diagnosis	Sebelum Intervensi	Setelah Intervensi	Keterangan
Angina Pektoris Tidak Stabil (ICPC-2 K74.01, ICD-10 I.20.0)	Serangan nyeri dada >3 kali dalam sepekan	Tidak ada keluhan serangan nyeri dada dalam 2 pekan terakhir	Ada perbaikan
Hipertensi derajat II (ICPC-2 K85, ICD-10 I10)	Tekanan Darah=165/70 mmHg	Tekanan Darah=140/70 mmHg	Ada perbaikan
Diabetes Melitus tipe 2 (ICPC-2 T90, ICD-10 E11)	Gula Darah Sewaktu= 360 mg/dL	Gula Darah Sewaktu= 359 mg/dL	Ada perbaikan
Dislipidemia (ICPC-2 T93, ICD-10 E78.5)	Kolesterol total= 261 mg/dL	Kolesterol total= 143 mg/dL	Ada perbaikan
Hiperurisemia (ICPC-2 T92, ICD-10 E79.0)	Asam urat =7,3 mg/dL	Asam urat =5,2 mg/dL	Ada perbaikan

Pada aspek risiko internal, didapatkan tingkat pengetahuan pasien telah meningkat mengenai penyakitnya

dapat dilihat pada tabel 2; terapi farmakologi sudah sesuai dengan persepsian dokter berdasarkan hasil

ceklis pada kalender obat; pola diet dan asupan gizi pasien telah sesuai dengan pedoman gizi seimbang dan aturan diet sesuai dengan kondisi penyakit pasien berdasarkan hasil *food recall*. Pada

aspek risiko eksternal, tingkat pengetahuan keluarga telah meningkat mengenai penyakit degeneratif pasien dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Diagnostik Holistik Akhir (Tingkat Pengetahuan)

Variabel	Pretest	Posttest	Keterangan
Pengetahuan Pasien	52	92	Terdapat peningkatan pengetahuan
Pengetahuan Keluarga Pasien	60	96	Terdapat peningkatan pengetahuan

Derajat fungsional berdasarkan Indeks Barthel Modifikasi, pasien memiliki status fungsional baik/mandiri dalam melakukan aktivitasnya dengan skor total 19, yang berarti pasien tidak membutuhkan bantuan orang lain pada saat melakukan aktivitas sehari-hari. Derajat fungsional pasien adalah 2 (dua) yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan di luar rumah (mulai mengurangi aktivitas).

DISKUSI

Studi kasus dilakukan pada Ny. S berusia 60 tahun dengan angina pektoris tidak stabil, sindrom metabolik (diabetes melitus, hipertensi grade II, dislipidemia, dan obesitas sentral), dan hiperurisemia. Pentingnya pendekatan kedokteran keluarga pada pasien ini karena penyakit pada pasien tergolong penyakit kronis yang membutuhkan penanganan jangka panjang untuk mencegah komplikasi dan gangguan multi organ.

Kunjungan pertama kali ke rumah pasien pada tanggal 26 Maret 2022. Kegiatan yang dilakukan pada kunjungan pertama adalah melakukan pendekatan dan perkenalan dengan pasien beserta keluarga; menerangkan maksud dan tujuan kedatangan; melakukan anamnesis terhadap pasien dan keluarga serta pendataan keadaan rumah untuk dapat menemukan faktor risiko yang dapat menyebabkan penyakit pada pasien.

Menurut *American Heart Association* pasien dapat didiagnosis APTS bila mengalami keluhan rasa tidak nyaman pada dada yang disebabkan karena aktivitas fisik mapupun pada

saat istirahat serta bila presentasi nyeri dada mengalami destabilisasi (angina progresif atau kresendo); menjadi semakin sering, lebih lama, atau menjadi semakin berat (minimal klasifikasi CCS III), yakni (Kloner RA & Chaitman B, 2017; PERKI 2018). Pada pasien, keluhan dirasakan semakin sering dari sebelumnya dan dapat timbul saat pasien beristirahat (CCS kelas IV). Berdasarkan *American Heart Association*, diagnosis angina pektoris tidak stabil juga didasarkan atas keberadaan faktor risiko dan riwayat penyakit pasien, yakni hiperlipidemia, diabetes, hipertensi, merokok, dan riwayat keluarga dengan gangguan kardiovaskuler (Suzanne dkk., 2020). Pada kasus ini, faktor risiko sesuai dengan karakteristik pasien yang memiliki riwayat diabetes melitus, hiperlipidemia, dan hipertensi dengan adanya riwayat penyakit hipertensi dan diabetes melitus pada keluarga. Keadaan yang dialami pasien disebut dengan sindrom metabolik. Diagnosis sindrom metabolik didasarkan atas ditemukannya tiga atau lebih dari lima kriteria meliputi hiperglikemia (GDP ≥ 100 mg/dL, tekanan darah tinggi ($\geq 130/85$ mmHg), kadar trigliserida yang tinggi (≥ 150 mg/dL), kadar HDL yang rendah (< 40 mg/dL pada laki-laki dan < 50 mg/dL pada perempuan), dan lingkar pinggang > 102 cm pada laki-laki dan > 88 cm pada perempuan) (Swarup S., dkk, 2023). Berdasarkan hasil pemeriksaan, tekanan darah pasien sebesar 179/92 mmHg dimana menurut JNC VIII seseorang dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan darah sistol ≥ 140 mmHg dan diastol ≥ 90 mmHg dalam dua kali pengukuran

dalam selang waktu lima menit (James PA dkk., 2014). Pasien juga mengalami obesitas sentral yang ditandai dari hasil pengukuran lingkaran abdomen sebesar 91 cm. Pada pasien juga terdapat keluhan kebas dan nyeri seperti sensasi tertusuk pada kedua telapak tangan dan kaki, dilakukan pemeriksaan penunjang dengan pengecekan kadar glukosa darah sewaktu dengan hasil sebesar 557 mg/dL. Neuropati perifer merupakan salah satu komplikasi dari diabetes melitus. Neuropati perifer ditandai dengan hilangnya sensasi di distal yang berisiko tinggi untuk terjadinya ulkus kaki yang meningkatkan risiko amputasi (Bodman MA & Varacallo M., 2023). Berdasarkan hasil pemeriksaan, pasien dapat didiagnosis menderita hiperurisemia asimtomatik dengan kadar asam urat sebesar 7,3 mg/dL. Hiperurisemia tanpa gejala klinis ditandai dengan kadar asam urat serum >6mg/dl pada wanita dan >7mg/dL pada pria (IRA, 2018).

Terdapat hasil kunjungan, terlihat tingkat pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit yang diderita pasien masih rendah. Pasien belum mengetahui jika penyakitnya perlu dalam keadaan terkontrol dan memerlukan pengobatan yang sesuai pedoman penatalaksanaan penyakit dan modifikasi gaya hidup yang berkesinambungan untuk mencegah terjadinya komplikasi. Pada kunjungan pertama juga dilakukan skrining untuk terjadinya sindrom geriatri karena pasien masuk ke dalam kategori lansia berdasarkan UU Nomor 13 Tahun 1998. Dari hasil skrining, didapatkan pasien berisiko *moderate* untuk terjatuh (kuesioner JHFRAT 2007) dan mengalami gangguan nutrisi (kuesioner AAFP 1994). Pasien juga memiliki faktor perilaku yang kurang baik untuk kesehatannya, pasien belum melaksanakan pengobatan sesuai anjuran dokter. Baik dari segi dosis pengobatan maupun jenis obat yang dikonsumsi. Pada kunjungan pertama, dilakukan pencatatan menu makanan pasien dalam 24 jam untuk pembuatan *food recall*. Dilakukan juga perhitungan kebutuhan kalori pasien berdasarkan pengukuran antropometri serta aktivitas pasien.

Setelah didapatkan permasalahan dan faktor yang mempengaruhi masalah pada pasien, kegiatan selanjutnya adalah kunjungan kedua ke rumah pasien pada tanggal 17 April 2022 untuk memberikan intervensi. Intervensi diberikan dalam dua bentuk, yaitu secara non-medikamentosa dan medikamentosa. Sebelum dilakukan intervensi, pasien dan keluarganya (anak pasien) diminta untuk mengerjakan soal pretest berjumlah 20 soal yang berhubungan dengan penyakit jantung koroner, diabetes melitus, hipertensi, dan hiperurisemia. Intervensi non-medikamentosa dilakukan dengan menggunakan media berupa lembar balik *scrap book* yang dilengkapi dengan gambar dan penjelasan sederhana. Intervensi dilakukan dengan metode *family conference* terhadap pasien dan keluarga berupa konseling mengenai penyakit pasien serta konseling mengenai pilihan menu diet bagi penderita sindrom metabolik dan hiperurisemia. Tersedia tiga contoh menu diet yang sudah disesuaikan dengan kebutuhan kalori pasien dengan tetap berpegang pada pedoman diet bagi pasien diabetes melitus, hiperkolesterolemia, hipertensi, dan hiperurisemia. Dilampirkan juga pilihan makanan beserta daftar kalori dan jenis makanan yang perlu dibatasi atau dihindari oleh pasien. Kebutuhan energi pada pasien ini adalah 2.433,4 kkal dengan kebutuhan karbohidrat 1.581,7 kkal, lemak 608,4 kkal, dan protein 243,3 kkal. Intervensi non-medikamentosa juga dilakukan dengan pembuatan jadwal terapi obat untuk membantu pasien agar tertib dalam pengobatan. Pada akhir sesi, diberikan motivasi kepada pasien berupa alasan mengapa pasien harus tetap menjaga kesehatan. Intervensi medikamentosa tetap mengikuti pengobatan yang didapatkan oleh pasien.

Kunjungan rumah ketiga yaitu evaluasi hasil intervensi pada tanggal 5 Mei 2022. Dari hasil anamnesis, didapatkan frekuensi nyeri dada sudah berkurang (dalam 2 pekan terakhir tidak ada keluhan dari yang sebelumnya dalam 1 pekan dapat terjadi >3 kali serangannya nyeri dada). Rasa kebas dan tertusuk pada kedua telapak tangan

dan kaki sudah berkurang. Terapi farmakologi yang digunakan telah sesuai dengan persepan dokter. Pola diet dan asupan gizi pasien telah sesuai dengan pedoman gizi seimbang dan aturan diet berdasarkan kondisi penyakit pasien yang dinilai berdasarkan *food recall*. Dilakukan pemeriksaan ulang penimbangan berat badan: 54 kg, tinggi badan: 155 cm, IMT: 22,4; tekanan darah:140/70 mmHg; lingkaran abdomen 90 cm; GDS=359; kolesterol=143 mg/dl; asam urat darah: 5,2 mg/dL. Dapat disimpulkan terdapat perubahan nilai yang lebih baik setelah mengikuti saran yang diberikan saat intervensi. Evaluasi dilanjutkan dengan mengevaluasi pengetahuan pasien dan keluarga terkait penyakit pasien dimana terdapat peningkatan pengetahuan sebesar 40 poin pada pasien dan sebesar 36 poin pada keluarga.

KESIMPULAN

Telah terjadi perubahan perilaku, sikap, dan pengetahuan pada Ny. S dan keluarga. Perubahan pada pasien dan keluarganya terlihat setelah dilakukan intervensi. Dalam melakukan intervensi terhadap pasien tidak hanya memandang dalam hal klinis tetapi juga terhadap psikososialnya, oleh karenanya diperlukan pemeriksaan yang bersifat holistik serta penanganan yang komprehensif dan berkesinambungan dengan pendekatan kedokteran keluarga meliputi *patient centered, family focused, dan community oriented* sehingga diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Bodman MA & Varacallo M. (2023). *Peripheral Diabetic Neuropathy*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442009/>
- Franceschi C dkk. (2018). The Continuum of Aging and Age-Related Diseases: Common Mechanisms but Different Rates. *Front Med (Lausanne)*.5(61).
- Indonesia. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. Lembaran RI tahun 1998, No. 13. Jakarta.
- Indonesia. Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia. Lembaran RI tahun 201, No. 28. Jakarta.
- James PA dkk. (2014). 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014 Feb 5;311(5):507-20.
- Kemkes RI. (2018). Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2018. Badan Peneliti dan Pengembang Kesehatan. Jakarta: Kemenkes RI
- Kloner RA & Chaitman B. (2017). Angina and Its Management. *J Cardiovasc Pharmacol Ther*.22(3):199-209.
- Perhimpunan Reumatologi Indonesia (IRA). (2018). Pedoman diagnosis dan tata laksana gout. Perhimpunan Reumatologi Indonesia. Tersedia di: https://reumatologi.or.id/wpcontent/uploads/2020/10/Rekomendasi_GO_UT_final.
- Perki. (2018). Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut. Edisi ke-4. Jakarta.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan (PUSDATIN) RI. (2019). Infodatin hari diabetes sedunia tahun 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Tersedia dari: https://pusdatin.kemkes.go.id/article/view/190415_00002/hari-diabetes-sedunia-2018.html.
- Suzanne dkk. (2020). *Clinical Management of Stable Coronary Artery Disease in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Scientific Statement From the American Heart Association*. American Helath Association. 141(19).
- Swarup S., dkk. (2023). *Metabolic Syndrome*. StatPearls Publishing. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459248/>
- Tune JD, dkk. (2017). Cardiovascular consequences of metabolic syndrome. *Trasl Res*.183:57-70.