

Penatalaksanaan Osteoarthritis, Hipertensi dan Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) dengan Prinsip Pelayanan Dokter Keluarga

Intan Siti Hulaima¹, Nurul Utami², dan Sahab Sibuea³

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Anatomi, Histologi dan Patologi Anatomi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

³Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas. Bertambahnya umur, fungsi fisiologis mengalami penurunan, sehingga lansia rentan menderita penyakit tidak menular (PTM). Lansia juga mengalami penurunan imunitas tubuh, sehingga rentan terinfeksi penyakit menular. Hasil Riskesdas 2013, menyatakan bahwa penyakit terbanyak pada lansia adalah PTM, seperti hipertensi, artritis, stroke, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) dan diabetes mellitus (DM). Tujuan studi ini untuk mengidentifikasi faktor risiko dan masalah klinis yang terdapat pada pasien dengan menerapkan pendekatan dokter keluarga yang holistik dan komprehensif, serta melakukan penatalaksanaan berbasis *Evidence Based Medicine (EBM)*. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Pasien menderita osteoarthritis, hipertensi, dan PPOK dengan derajat fungsional 2. Faktor risiko internal pada pasien adalah laki-laki usia 62 tahun serta kurangnya pengetahuan pasien mengenai penyakit yang diderita. Faktor risiko eksternal pada pasien adalah paparan debu dan asap di lingkungan rumah, higienitas keluarga/rumah yang kurang baik, dan adanya anggota keluarga yang merokok. Dilakukan edukasi terhadap pasien dan keluarganya tentang penyakit beserta komplikasi, obat yang dikonsumsi pasien, serta pola makan dan hidup sehat terkait penyakitnya. Setelah dilakukan evaluasi, didapatkan peningkatan pengetahuan pasien tentang penyakitnya dan pasien bersedia mengikuti anjuran yang diberikan seperti menghindari faktor risiko, mengatur pola makan, dan berolahraga yang cukup. Keluhan yang dirasakan berkurang dan pasien mulai rutin kontrol.

Kata kunci: hipertensi, lansia, osteoarthritis, PPOK.

Management Osteoarthritis, Hypertension and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) with Family Physician Principles

Abstract

Elderly are someone who reaches the age of 60 years and over. With increasing age, physiological functions are decreased, so that elderly are vulnerable to suffer from non-communicable diseases (NCD). Elderly also experiences immunity decrease so that they are susceptible to infection. The result of Riskesdas 2013 stated that the most frequent disease in elderly is NCD such as hypertension, arthritis, stroke, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and diabetes mellitus (DM). The purpose of this study was to identify risk factors and clinical problems found in patients, apply holistic and comprehensive family physician approach, and conduct EBM treatment. This study was a case report. Primary data was obtained through history taking, physical examination, and home visits. Secondary data obtained from medical records. Assessment was based on holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study. Patient suffered from osteoarthritis, hypertension and COPD with functional degrees 2. Internal risk factors were men aged 62 years and lack of knowledge about the disease suffered. External risk factors were exposure to dust in the house, poor family/ home hygiene, and secondhand smoke. The intervention was educating patients and their families about the disease and complications, drugs consumed by the patient, also eating patterns and health life style related to the disease. After the evaluation, it was found that the patient's knowledge about the disease was increased, and patients were willing to follow advices given, such as avoiding risk factors, adjusting their diet, and exercising sufficiently. Complaints were reduced and patient begin to regularly go to control his disease.

Keywords: COPD, elderly, hypertension, osteoarthritis.

Korespondensi: Intan Siti Hulaima, Jl. Abdul Muis No. 14, Bandar Lampung, HP 082174390961, e-mail: intanshulaima@gmail.com.

Pendahuluan

Lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas, berdasarkan Undang Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.¹

Proses penuaan ditandai dengan perubahan fisiologis yang terjadi pada beberapa organ dan sistem. Perubahan yang terjadi, menyebabkan penurunan fungsi tubuh untuk melakukan aktivitas. Seiring dengan

peningkatan persentase lansia, terjadi juga peningkatan jumlah dan tingkat kejadian penyakit kronis yang disebabkan oleh penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan.² Masalah degeneratif juga menurunkan daya tahan tubuh, sehingga lansia rentan terkena infeksi penyakit menular. Hasil Riskesdas 2013, penyakit terbanyak pada lansia adalah penyakit tidak menular, antara lain hipertensi, artritis, stroke, PPOK dan DM.¹

Pada sensus penduduk Indonesia tahun 2010, jumlah lansia tercatat sebanyak 18,1 juta dan diperkirakan akan meningkat dalam 10 tahun mendatang sebesar 60%.¹ Riskesdas 2013 menunjukkan di Indonesia, prevalensi penyakit sendi sebesar 24,7%, prevalensi penyakit hipertensi sebesar 25,8% dan prevalensi PPOK sebesar 3,7%.³

Osteoarthritis (OA) merupakan penyakit sendi degeneratif yang berkaitan dengan kerusakan kartilago sendi, paling sering mengenai vertebra, panggul, lutut dan pergelangan kaki. Pasien biasanya mengeluh nyeri pada waktu melakukan aktivitas atau jika ada pembebanan pada sendi yang terkena. Karena prevalensi yang cukup tinggi dan sifatnya yang kronik-progresif, osteoarthritis mempunyai dampak sosial-ekonomi yang besar, baik di negara maju maupun di negara berkembang.⁴

Hipertensi sendiri merupakan penyebab angka kesakitan dan kematian tertinggi di dunia dan penyebab terbanyak kunjungan ke pusat pelayanan kesehatan primer, yakni sejumlah 13,1%.⁵ Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ-organ lain, terutama organ-organ vital seperti jantung dan ginjal.³

Penyakit paru obstruktif kronik merupakan salah satu penyakit tidak menular yang sering dijumpai di Indonesia.⁶ *Global Burden of Disease Study* melaporkan prevalensi PPOK pada tahun 2016 sebanyak 251 juta kasus dan 3,17 juta kematian akibat PPOK.⁷ Faktor risiko untuk terjadinya PPOK antara lain genetik, hiperresponsif jalan nafas, asap rokok, polusi tempat kerja (bahan kimia, zat iritasi, gas beracun), polusi udara, infeksi

saluran nafas bawah berulang, dan kondisi sosial ekonomi. Meningkatnya jumlah perokok dan polusi udara menyebabkan jumlah penyakit tersebut juga akan meningkat.⁶

Penyakit degeneratif merupakan masalah yang cukup kompleks untuk pasien dan keluarga. Pasien dengan penyakit degeneratif diharapkan mempunyai pengetahuan dan sikap patuh untuk dapat menyesuaikan penatalaksanaan penyakitnya, terutama dalam mengonsumsi obat. Selain itu, pasien juga harus mampu menjaga pola makan dan pola hidup yang sehat untuk mencegah komplikasi dari penyakitnya tersebut. Penatalaksanaan dari penyakit tersebut memerlukan partisipasi dan dukungan pelaku rawat keluarga yang optimal dalam memotivasi, mengingatkan serta memperhatikan pasien.

Kasus

Pasien laki-laki, usia 64 tahun, datang ke Puskesmas Karang Anyar dengan keluhan nyeri di kedua lutut sejak 2 tahun yang lalu dan semakin parah 1 minggu yang lalu. Nyeri dirasakan semakin bertambah berat jika beraktivitas berat dan berkurang dengan istirahat. Nyeri pada lututnya dirasakan mengganggu aktivitas. Pasien sendiri sudah memeriksakan keadaan terkait nyeri pada lututnya ke Puskesmas sejak tahun 2016 dan dianjurkan mengonsumsi alopurinol.

Pasien juga mengeluhkan batuk berdahak warna putih sejak 3 bulan yang lalu. Keluhan batuk darah disangkal. Batuk dirasakan terus menerus, semakin parah dan disertai sesak nafas dan menyebabkan waktu istirahatnya terganggu. Akibat kualitas dan kuantitas istirahat yang menurun, pasien sering merasa kepala pusing berdenyut.

Pada riwayat penyakit dahulu, pasien tidak pernah mengalami keluhan batuk yang serupa seperti saat ini. Pasien menderita hipertensi sejak 5 bulan yang lalu. Pasien mengonsumsi amlodipin dan rebusan daun sirsak jika timbul keluhan seperti kepala pusing berdenyut. Pada riwayat keluarga, anak ketiga yang tinggal serumah dengan pasien pernah dirawat karena menderita tuberkulosis paru tahun 2014 silam. Diakui pasien anaknya tersebut telah menjalani pengobatan selama 6 bulan dan sudah dinyatakan sembuh. Riwayat lingkungan, tetangga pasien tidak ada yang menderita keluhan serupa dan lingkungan

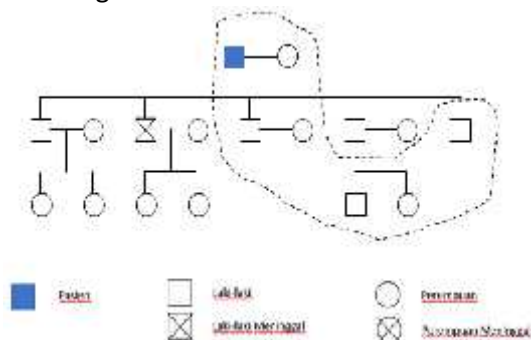
rumah pasien merupakan pemukiman padat. Pasien memiliki riwayat merokok selama 46 tahun sebanyak 5 batang sehari. Pasien juga memiliki riwayat meminum alkohol. Anak pasien yang ketiga diakui juga merupakan perokok aktif dan memiliki riwayat meminum alkohol.

Pasien biasanya makan 1-2 kali sehari dikarenakan tidak nafsu. Berat badan pasien diakui mengalami penurunan sebanyak 5 kg dalam 2 bulan terakhir. Makanan yang dimakan cukup bervariasi. Pola pengobatan pasien dan keluarga bersifat kuratif yakni berobat apabila terdapat keluhan yang dirasa mengganggu aktivitas.

Hasil pemeriksaan fisik pasien tampak sakit ringan dengan tekanan darah 180/90 mmHg dan tanda vital lain dalam batas normal. Berat badan 67 kg dan tinggi 165 cm, didapatkan IMT pasien 23,8 kg/m² (*overweight*).

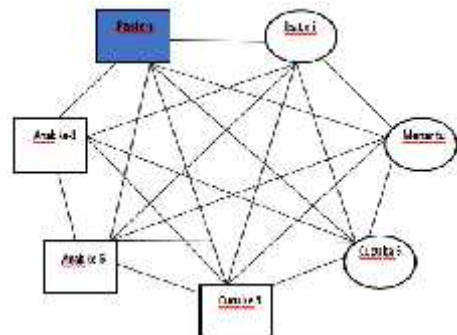
Hasil pemeriksaan fisik thoraks pada inspeksi tampak bentuk dada *normochest*, ekspansi simetris kanan dan kiri, gerakan dinding dada tidak ada yang tertinggal, dan pada auskultasi terdengar vesikuler meningkat pada dada kanan dan kiri. Pemeriksaan fisik ekstrimitas terutama artikulasi genu pada inspeksi tampak normal, palpasi tidak teraba hangat, tidak nyeri tekan, namun terasa nyeri pada saat digerakkan aktif dan pasif. Pemeriksaan fisik lainnya dalam batas normal. Pemeriksaan BTA spesimen dahak sewaktu pagi sewaktu didapati hasil negatif (-).

Bentuk keluarga pasien adalah keluarga *extended* seperti pada gambar 1. Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang tinggal bersama yang biasanya terdiri dari kakek, nenek, paman, bibi dan keponakan. Pasien tinggal serumah bersama dengan istri, anak ketiga, menantu (istri dari anak ketiga), dan dua orang cucu.



Gambar 1. Genogram keluarga pasien

Hubungan emosional antar anggota keluarga yang tinggal serumah cukup dekat seperti pada gambar 2. Fungsi keluarga berdasarkan skor APGAR didapatkan 9 dan tergolong baik (8-10).



Gambar 2. Hubungan antar keluarga pasien yang tinggal serumah

Luas rumah pasien sekitar 21 m². Rumah tersebut dilengkapi 2 buah kamar tidur, ruang tamu, dapur, dan ruang belakang yang di dalamnya terdapat sumur serta tempat cuci dan jemur. Lantai rumah dilapisi semen, kecuali ruang belakang. Dinding terbuat dari tembok bata yang dicat sebagian. Di kamar mandi terdapat kloset jongkok. Atap rumah langsung berhubungan dengan asbes tanpa plavon. Penerangan hanya dari lampu. Sirkulasi udara dan pencahayaan kurang karena hanya ada jendela pada ruang tamu dan kamar depan. Rumah sudah menggunakan listrik. Rumah berada di pemukiman padat yang kebersihan lingkungannya buruk. Sumber air berasal dari sumur gali. Air tersebut digunakan untuk mandi, masak dan mencuci. Terdapat *septic tank* untuk pembuangan limbah. Sesuai kriteria Permenkes tentang rumah sehat, dikatakan memenuhi syarat jika luas rumah ≥ 8 m²/orang.⁸ Kesan data lingkungan rumah kurang bersih, luasnya tidak sesuai dengan jumlah anggota keluarga, sirkulasi udara serta sanitasi kurang baik.

Diagnostik holistik awal terdiri dari aspek personal, aspek klinik, aspek risiko internal, aspek risiko eksternal, dan derajat fungsional. Aspek personal terdiri dari alasan kedatangan berupa nyeri lutut, batuk berdahak, sesak nafas, tidur tidak nyenyak, penurunan nafsu makan, kepala pusing yang mengganggu aktivitas, kekhawatiran berupa keluhan berlanjut dan sakit semakin memburuk sehingga tidak dapat beraktivitas,

harapan agar dapat sembuh dan dapat beraktivitas dengan baik, serta persepsi bahwa keluhan tersebut disebabkan oleh proses penuaan.

Aspek klinik terdiri atas osteoarthritis lutut bilateral (ICD 10-M17.0), hipertensi grade 2 tanpa komplikasi (ICD 10-I10), PPOK (ICD 10-J44.9), dan *overweight* (ICD 10-E66.3). Aspek risiko internal terdiri dari laki-laki usia 64 tahun (ICD 10-R54), dan kurangnya pengetahuan pasien mengenai osteoarthritis, hipertensi dan PPOK (ICD 10-Z55).

Aspek risiko eksternal terdiri dari psikososial keluarga yang kurang memahami penyakit pasien (ICD10-Z55.9), higienitas yang kurang baik (seperti rumah yang berdebu dan kotor, ventilasi kurang) (ICD 10-Z59.1), ada anggota keluarga yang merokok (ICD 10-X08), diet dan nutrisi yang tidak baik (ICD 10-M72.4), sosial ekonomi berupa penghasilan yang bergantung pada pendapatan anak (ICD 10-Z59.6). Derajat fungsional pasien ini adalah 2 (dua), yakni mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah (pekerjaan kantor).

Intervensi yang diberikan berupa pencegahan primer, pencegah sekunder dan pencegahan tersier. Pencegahan primer untuk mengurangi insidensi penyakit dengan mengendalikan penyebab dan faktor risiko. Pencegahan sekunder untuk menghentikan proses penyakit lebih lanjut dan mencegah komplikasi. Pencegahan tersier untuk menurunkan kelemahan dan kecacatan serta meningkatkan kualitas hidup.

Penyakit yang diderita pasien ini merupakan penyakit kronis. Penyakit kronis memiliki perjalanan penyakit yang cukup lama dan umumnya penyembuhannya tidak dapat dilakukan. Penyakit tersebut hanya bisa dikontrol untuk menjaga agar tidak terjadi komplikasi, sehingga pasien diharuskan untuk rutin mengunjungi sarana kesehatan untuk mengontrol penyakitnya.

Keadaan sosioekonomi pasien dengan kategori *low income* menyebabkan pasien kesulitan dalam membayar tagihan jaminan kesehatan nasional (JKN). Oleh karena itu, dilakukan edukasi agar pasien dan keluarganya dapat membayarkan tagihan tersebut dan membuat asuransi kesehatan bagi anggota keluarga lain untuk mempermudah saat ingin berobat ataupun mengontrol penyakitnya secara rutin.

Intervensi *patient center* diberikan dalam bentuk non-farmakologi dan farmakologi. Intervensi non-farmakologi diantaranya adalah pemberian edukasi tentang penyakit osteoarthritis, hipertensi, PPOK dan komplikasinya, edukasi kepada pasien bahwa penyakitnya tidak dapat disembuhkan namun dapat dikontrol/ dicegah agar tidak terjadi perburukan, untuk itu dibutuhkan penatalaksanaan seumur hidup. Edukasi juga diberikan kepada pasien dan keluarga tentang obat-obatan yang dikonsumsi oleh pasien, cara kerjanya dan efek sampingnya, edukasi untuk mengatur pola makan dan hidup sehat terkait penyakit pasien, edukasi untuk menurunkan berat badan dan aktivitas fisik, edukasi mengenai faktor risiko seperti obesitas, kelemahan otot, aktivitas fisik yang berlebihan atau kurang, trauma sebelumnya, faktor keturunan menderita osteoarthritis dan faktor mekanik serta debu, asap dan rokok yang dapat memperberat keluhan PPOK. Diberikan juga konseling kepada keluarga pasien tentang pentingnya memberi dukungan kepada pasien dan mengawasi pengobatan, serta edukasi kepada pasien tentang cara batuk yang efektif (*coughing exercise*). Intervensi farmakologi yang diberikan pada pasien adalah aspirin tablet 2x500 mg, amlodipine tablet 1x10 mg, ambroxol tablet 3x30 mg, dan salbutamol tablet 3x2 mg.

Intervensi *family focused* yang dilakukan berupa edukasi mengenai osteoarthritis, hipertensi, dan PPOK pada keluarganya, konseling mengenai faktor risiko dari penyakit-penyakit tersebut, berikut usaha yang dapat dilakukan untuk menghindarinya, seperti mengatur pola makan dan pola hidup sehat. Edukasi dan motivasi mengenai perlunya dukungan pada pasien dalam mengawasi pengobatan pasien, seperti kapan harus minum obat, harus kontrol kembali, dan latihan olahraga juga diberikan. Intervensi *community oriented* yang dilakukan, berupa memotivasi pasien agar mengikuti kegiatan Posbindu lansia dan kegiatan sosial dan rohani di lingkungan.

Kunjungan rumah dilakukan 4 kali. Kunjungan pertama dan kedua mengidentifikasi masalah pada pasien, keluarga dan sekitar rumah pasien dengan cara anamnesis dan pemeriksaan pada pasien. Kunjungan ketiga memberikan *treatment*

dengan cara *behaviour treatment* yaitu mengurangi faktor yang menimbulkan kekambuhan, seperti menjauhi paparan debu menggunakan masker, menjauhi asap rokok, berolahraga secara rutin, seperti senam lantai, minum obat rutin, dan segera berobat apabila keluhan timbul kembali. Kunjungan keempat dilakukan evaluasi pada pasien.

Diagnostik holistik akhir, sama seperti diagnostik holistik awal, terdiri dari aspek personal, aspek klinik, aspek risiko internal, aspek risiko eksternal, dan derajat fungsional. Aspek personal terdiri dari alasan kedatangan berupa nyeri lutut, batuk berdahak, sesak nafas, tidur tidak nyenyak, penurunan nafsu makan, kepala pusing yang sudah berkurang dan tidak mengganggu aktivitas, kekhawatiran pasien sudah berkurang, harapan agar dapat mengontrol kekambuhan gejala walaupun pasien menyadari penyakitnya tidak dapat sembuh, serta persepsi bahwa keparahan penyakitnya dapat dicegah.

Aspek klinik terdiri atas osteoarthritis lutut bilateral (ICD 10-M17.0), hipertensi grade 2 tanpa komplikasi (ICD 10-I10), PPOK (ICD 10-J44.9), dan *overweight* (ICD 10-E66.3). Aspek risiko internal terdiri dari laki-laki usia 64 tahun (ICD 10-R54), sudah berhenti merokok, dan pengetahuan pasien mengenai penyakit yang diderita, asupan gizi yang dibutuhkan oleh dirinya, menghindari asap baik itu asap rokok maupun asap kendaraan, menghindari aktivitas berat dan mengangkat beban, dan mencukupi kebutuhan istirahatnya.

Aspek risiko eksternal terdiri dari psikososial keluarga paham tentang penyakit pasien, keluarga juga paham pentingnya menjaga kebersihan lingkungan rumah, serta anggota keluarga yang merokok berusaha mengurangi konsumsi rokok dan menjauhi pasien saat hendak merokok (keluar rumah). Derajat fungsional pasien ini adalah 2, yakni mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah (pekerjaan kantor).

Pembahasan

Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah seorang laki-laki berusia 62 tahun yang menderita osteoarthritis, hipertensi dan PPOK. Kunjungan pertama kali yang dilakukan adalah pengenalan dan pendekatan pada pasien kemudian menerangkan maksud

dan tujuan kedatangan. Kunjungan kedua berupa anamnesis tentang kondisi pasien dan informasi terkait keluarga pasien. Berdasarkan hasil kedua kunjungan tersebut, dari segi perilaku pasien belum mengetahui penyakit yang ia derita dan masih mengutamakan kuratif dibandingkan preventif. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien didiagnosis menderita osteoarthritis, PPOK dan hipertensi.

Osteoarthritis adalah suatu kelainan sendi kronis progresif dimana terjadi proses pelemahan dan disintegrasi dari tulang rawan sendi yang disertai dengan pertumbuhan tulang dan tulang rawan baru pada sendi. Kelainan ini merupakan suatu proses degeneratif pada sendi yang dapat mengenai satu atau lebih sendi, namun predileksi yang tersering adalah pada sendi-sendi yang menanggung beban berat badan seperti panggul, lutut, dan sendi tulang belakang bagian lumbal bawah.⁹ Diagnosis osteoarthritis pada pasien, ditegakkan berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik yang mengacu pada kriteria *American College of Rheumatology*, yaitu adanya keluhan nyeri pada lutut, kaku sendi pada pagi hari <30 menit, tidak teraba hangat pada perabaan sendi, nyeri gerak sendi baik secara aktif maupun pasif serta terdengar krepitasi. Gejala-gejala ini disebabkan karena adanya pergesekan kedua permukaan tulang sendi pada saat sendi digerakkan atau secara pasif dimanipulasi.⁹

Keluhan pasien batuk berdahak warna putih sejak 3 bulan yang lalu, disertai adanya riwayat merokok selama 46 tahun sebanyak 5 batang/hari mengarah pada diagnosis PPOK. Berdasarkan epidemiologi PPOK, didapatkan prevalensi yang cukup tinggi pada kelompok perokok, atau mantan perokok dibandingkan bukan perokok, pada usia lebih dari 40 tahun dibandingkan dengan usia dibawah 40 tahun, dan pada kelompok laki-laki daripada wanita.¹⁰ PPOK adalah penyakit paru kronik yang ditandai oleh hambatan aliran udara di saluran napas yang bersifat progresif dan nonreversibel atau reversibel parsial. Keluhan pasien berupa sesak nafas ketika aktivitas fisik, batuk lama, dan produksi sputum kronik. Gejala dan tanda lain yang dapat ditemukan pada penderita PPOK antara lain berupa *ronchi*, *wheezing*, *barrel chest*, dan *pink puffer*.

Pada pemeriksaan fisik yang dilakukan terhadap pasien, terdengar vesikuler meningkat saat auskultasi.¹¹ Pemeriksaan spirometri pada pasien, tidak dilakukan karena keterbatasan peralatan di puskesmas, sehingga sulit menentukan derajat PPOK yang diderita pasien.

Keluhan batuk ini mengganggu aktivitas dan istirahat pasien. Akibat kualitas dan kuantitas tidur yang menurun, pasien kerap merasa kepala pusing. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan bahwa tekanan darah pasien 180/90 mmHg sehingga pasien didiagnosis hipertensi. Berdasarkan kriteria *Joint National Committee VIII (JNC VIII)*, termasuk hipertensi apabila tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 100 mmHg. Hipertensi pada lansia seperti pasien disebabkan karena proses penuaan dimana terjadi perubahan sistem kardiovaskular, katup mitral dan aorta mengalami sklerosis dan penebalan, miokard menjadi kaku dan lambat dalam berkontraksi. Kemampuan pompa jantung harus bekerja lebih keras sehingga terjadi hipertensi.^{12,13}

Osteoarthritis, PPOK dan hipertensi termasuk 3 dari 5 penyakit tidak menular yang banyak diderita oleh lansia. Penyakit-penyakit ini termasuk penyakit degeneratif yang membutuhkan penatalaksanaan seumur hidup, dengan tujuan utama yakni meningkatkan kualitas hidup pasien. Pendekatan terapi yang sesuai pada pasien ini adalah pendekatan kedokteran keluarga. Melalui pendekatan ini, keluarga dianggap sebagai *unit of care* dengan fokus utama pelayanan ditujukan kepada pasien. Keterlibatan anggota keluarga dalam proses menegakkan diagnosis serta menatalaksana masalah kesehatan yang diderita pasien merupakan bentuk partisipasi aktif pada pelayanan dan perawatan kesehatan. Prinsip kedokteran keluarga yang dipraktekkan meliputi pelayanan yang komprehensif dan holistik, kontinu, mengutamakan pencegahan, koordinatif dan kolaboratif, individu sebagai bagian integral dari keluarganya, mempertimbangkan keluarga, lingkungan kerja, dan lingkungan, menjunjung tinggi etika, moral dan hukum, sadar biaya dan sadar mutu, serta dapat diaudit dan dipertanggungjawabkan. Untuk menjalankan prinsip-prinsip ini, dilakukan intervensi

meliputi *patient centered, family focused* dan *community oriented*.¹⁴

Intervensi dilakukan satu minggu setelah kunjungan kedua dengan menggunakan media leaflet, tabel diet hipertensi, memberikan *food record* yang akan diisi satu minggu ke depan, menyarankan cara untuk meringkankan derajat nyeri akibat osteoarthritis, dan tanya jawab. Intervensi ini dilakukan dengan tujuan untuk merubah perilaku kesehatan, mengenai pentingnya pengobatan dan kontrol mengenai penyakit pasien meskipun untuk merubah hal tersebut, bukanlah hal yang dapat dilihat hasilnya dalam kurun waktu yang singkat. Ketika intervensi mengenai perilaku kesehatan pasien dilakukan, keluarga juga turut serta mendampingi dan mendengarkan apa yang disampaikan pada pasien.⁹

Intervensi berbasis *patient centered* yang dilakukan berupa program penatalaksanaan mandiri (*self-managment programs*) yang terdiri dari modifikasi gaya hidup dan program penurunan berat badan. Pengaturan diet, termasuk menurunkan berat badan, dapat dilakukan dengan memperbanyak asupan sayur dan buah. Penurunan berat badan merupakan tindakan yang penting, terutama pada pasien-pasien obesitas, untuk mengurangi beban pada sendi yang terserang osteoarthritis dan meningkatkan kelincahan pasien waktu bergerak. Pasien diberi motivasi untuk dapat mandiri dan tidak selalu tergantung pada orang lain.^{2,9}

Pasien dan keluarga diberikan edukasi tentang penyakit pasien, meliputi penyebab, faktor yang dapat memperberat keluhan, gejala, dan terapi obat-obatan yang dibutuhkan, dan cara batuk efektif (*coughing exercise*). Tujuan edukasi adalah untuk mengenal perjalanan penyakit, melaksanakan pengobatan yang maksimal, mencapai aktivitas optimal, dan meningkatkan kualitas hidup.

Tujuan penatalaksanaan osteoarthritis adalah mengendalikan nyeri, memperbaiki gerak dan fungsi sendi, mengurangi keterbatasan aktivitas fisik sehari-hari, meningkatkan kemandirian, menghambat progresivitas penyakit serta mencegah terjadinya komplikasi. Oleh karena itu, untuk mencapai tujuan tersebut, dapat diberikan

terapi non-farmakologi dan farmakologi. Terapi non-farmakologi yang diberikan pada pasien berupa program latihan aerobik (*low impact aerobic fitness exercises*) dan terapi fisik meliputi latihan perbaikan lingkup gerak sendi.¹⁵ Terapi farmakologi pada osteoarthritis dapat berupa analgesik oral non opiat, analgesik topikal, obat anti inflamasi non steroid (OAINS), dan *chondroprotective agent*.⁹ Pada pasien diberi aspirin tablet sediaan 500 mg dengan aturan minum 2 kali sehari selama 3 hari. Pemilihan aspirin sudah tepat mengingat aspirin termasuk analgesik oral non opiat. Dosis aspirin yang dianjurkan adalah 1.000 mg/hari.

Tujuan penatalaksanaan PPOK adalah mengurangi gejala, mencegah eksaserbasi, dan meningkatkan toleransi latihan.¹⁶ Terapi non-farmakologi pada pasien ini berupa *coughing exercise*. Pasien diinstruksikan untuk tarik napas melalui hidung, kaki dan tangan didepresikan, mengatur diafragma untuk inspirasi dan kemudian tahan pernapasan untuk beberapa detik, kontraksikan otot diafragma untuk menghasilkan batuk 2 kali (batuk pertama untuk melepaskan dahak, batuk kedua untuk mengeluarkan dahak dari paru).¹⁷ Secara umum, pemberian obatan-obatan pada PPOK ialah bronkodilator, antimuskarinik, anti inflamasi, mukolitik, antitusif, antibiotik, kombinasi *long acting beta agonis* dan kortikosteroid inhalasi.¹⁸ Pada pasien ini diberikan salbutamol (golongan bronkodilator) tablet 2 mg 3x1 dan ambroxol (golongan mukolitik) 30 mg 3x1.

Target dari terapi hipertensi adalah menjaga hipertensi tetap terkontrol. Pengobatan hipertensi pada kasus ini terdiri dari terapi nonfarmakologi dan farmakologi.¹⁹ Pasien dan keluarga dianjurkan untuk mengurangi asupan garam (tidak lebih dari 2 gram per hari) serta menghindari makanan cepat saji, makanan kaleng, daging olahan dan sebagainya. Olahraga secara teratur 30-60 menit per hari minimal 3 hari per minggu. Bila pasien tidak dapat melakukan olahraga secara khusus, dianjurkan untuk berjalan kaki, mengendarai sepeda atau menaiki tangga dalam aktivitas rutin sehari-hari. Istirahat cukup (6-8 jam) dan dianjurkan untuk mengendalikan stres.²⁰ Terapi farmakologi lini pertama hipertensi meliputi diuretik tiazid, *calcium channel blocker* (CCB), *angiotensin converting enzyme* (ACE) *inhibitor*, dan

angiotensin receptor blocker (ARB).¹² Pasien diberikan amlodipin (golongan CCB) tablet 1x10 mg.

Pasien dan istri diberikan motivasi untuk mengikuti kegiatan Posbindu lansia yang biasa diadakan di daerah tempat tinggalnya. Hal ini dilakukan agar pasien dan istri dapat melakukan pengukuran tekanan darah secara rutin. Pasien dan istri juga diberikan motivasi untuk mengikuti kegiatan sosial dan rohani yang diadakan di lingkungan.

Kunjungan terakhir dilakukan satu minggu setelah kunjungan ketiga. Dari hasil anamnesis lanjut didapatkan bahwa keluhan dan kekhawatiran pasien sudah berkurang serta persepsi pasien bahwa keparahan penyakitnya dapat dicegah. Keluarga, terutama istri dan anak pasien, juga lebih memperhatikan pola makan dan makanan yang dikonsumsi oleh pasien. Pasien sudah mulai mencoba untuk membiasakan diri dengan makan 3 kali sehari. Keluarga dan pasien mengatakan bahwa mereka sudah mulai mengurangi konsumsi garam seperti misalnya kecap asin dan ikan asin, sarden, dan mie instan. Selain itu, pasien juga mulai mengurangi makanan dengan tinggi lemak seperti misalnya gorengan. Pasien dan keluarga juga mengatakan bahwa mereka sudah mulai mengolah makanan yang dikonsumsi dengan cara direbus. Setiap pagi, pasien dan istri membiasakan diri untuk *jogging* di sekitar lingkungan rumah. Rumah masih terlihat kurang rapi, tetapi jendela dan pintu sudah mulai dibuka setiap hari sehingga pencahayaan dan ventilasi lebih baik dibanding sebelumnya. Tekanan darah pasien 130/90 mmHg. Hasil ini menunjukkan adanya perbaikan keadaan pasien yang dapat dilihat dari penurunan pada tekanan darah pasien.

Melihat tingkat kepatuhan pasien cukup baik, maka prognosis pada pasien ini dalam hal *quo ad vitam* adalah *dubia ad bonam* yaitu dilihat dari kesehatan dan tanda-tanda vitalnya yang masih baik. *Quo ad functionam* adalah *dubia ad bonam* karena pasien masih bisa beraktivitas sehari-hari secara mandiri. Dalam hal *quo ad sanationam* adalah *dubia ad malam* karena osteoarthritis, hipertensi dan PPOK tidak dapat disembuhkan.²¹

Simpulan

Studi ini merupakan laporan kasus mengenai penegakan diagnosis dan

penatalaksanaan yang sesuai untuk pasien osteoarthritis, hipertensi dan PPOK dengan pendekatan dokter keluarga. Penegakan diagnosis pada kasus ini sudah sesuai dengan beberapa teori dan telaah kritis dari penelitian terkini. Telah dilakukan penatalaksanaan secara holistik dengan melakukan *patient center*, *family focus*, dan *community oriented* dengan sebagian pengobatan sesuai berdasarkan EBM. Pada proses perubahan perilaku, pasien sudah mencapai tahap mencoba untuk memperbaiki pola hidupnya. Proses perubahan perilaku pada pasien untuk mengurangi kekambuhan dari gejala penyakit dengan cara menghindari faktor risiko dan meminimum obat rutin, menurunkan berat badan dengan cara memakan makanan yang dianjurkan dan menghindari makanan yang tidak dianjurkan. Peran keluarga penting dalam perawatan dan pengobatan pasien dan anggota keluarga yang lain.

Daftar Pustaka

1. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Situasi lanjut usia (lansia) di Indonesia. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI; 2016.
2. Hikmatyar G, Larasati TA. Penatalaksanaan komprehensif arthritis gout dan osteoarthritis pada buruh usia lanjut. *J Medula*. 2013; 7(3):22–9.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset kesehatan dasar 2013; Jakarta: Kemenkes RI; 2013.
4. Sudoyo AW. Osteoarthritis. Dalam: Soeroso J, Isbagto H, Kalim H, Broto R, Pramudiyo R, editor. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Edisi ke-4. Jakarta: FKUI; 2009. hlm. 1825–9.
5. Peltzer K. Hypertension and associated factors in older adults in south africa. *Cardiovasc J Afr*. 2013; 24(3):66-72.
6. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 1022/MENKES/SK/XI/2008 tentang pedoman pengendalian penyakit paru obstruksi kronik. Jakarta: Kemenkes RI; 2008.
7. Global Burden of Disease Study. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: WHO; 2018.
8. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor: 829/MENKES/SK/VII/1999 tentang persyaratan kesehatan perumahan. Jakarta: Kemenkes RI; 1999.
9. Pratiwi AI. Diagnosis and treatment osteoarthritis. *J Major*. 2015; 4(4):10-17.
10. Agusti AG, Volgelmeie C, Bartolome R, Rongchang C, Gerard C, Peter F, et al. Global strategy for the diagnosis management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. USA: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung; 2017.
11. Oemiati R. Kajian epidemiologis penyakit paru obstruktif kronik (PPOK). *Media Litbangkes*. 2013; 23(2):82–8.
12. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison H, Handler J, et al. 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; 311(17):507–20.
13. Arif D, Rusnoto, Hartinah D. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di pusling desa kumplit UPT puskesmas gribig kabupaten kodus. *JIKK*. 2013; 4(2):18-34.
14. Kurniawan H. Dokter di layanan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga dalam sistem pelayanan kesehatan. *J Kedokt Syiah Kuala*. 2015; 15(2):114–9.
15. Indonesian Rheumatology Association. Diagnosis dan penatalaksanaan osteoarthritis. Jakarta: Indonesian Rheumatology Association; 2014.
16. The Japanese Respiratory Society. Guidelines for the diagnosis and treatment of COPD 3rd edition pocket guide. Tokyo: The Japanese Respiratory Society; 2010.
17. PDPI. Penyakit paru obstruksi kronik. Jakarta: PDPI; 2003.
18. Fukuchi YO, Samoro RO, Fassakhov RU, Taniguchi H, Ekelund J, Carlsson LG, et al. Budesonide/formoterol via Turbuhaler® versus formoterol via Turbuhaler® in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease : Phase III multinational study results. *J Asian Pacific*

- Soc Respiriol. 2013; (18):866-873.
19. Mollaoglu M, Solmaz G, Mollaoglu M. Adherence to therapy and quality of life in hypertensive patients. *Acta Clin Croat*. 2015; 54(4):438–44.
Soenarta AA, Erwinanto, Mumpuni ASS, Rosana B, Antonia AL, Nani H, et al. Pedoman tatalaksana hipertensi pada penyakit kardiovaskular. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia; 2015.
 20. Sudoyo AW. Hipertensi esensial. Dalam: Soeroso J, Isbagto H, Kalim H, Broto R, Pramudiyo R, editor. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Edisi ke-4. Jakarta: FKUI; 2009. hlm. 610–14.