

ABSTRAK

Latar belakang: Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) tahun 2012 menunjukkan 17,5 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit kardiovaskuler atau 31% dari 56,5 juta kematian di seluruh dunia. Di Indonesia, pada tahun 2018 diperkirakan 17,3 juta kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler dan lebih dari 3 juta kematian tersebut terjadi pada usia di bawah 60 tahun. Jumlah penderita dengan *Hypertensive Heart Disease* (HHD) belum diketahui dengan pasti, namun pada beberapa studi disebutkan pada penderita hipertensi akan berkembang menjadi penyakit jantung. Sebanyak 50-60% penderita hipertensi akan mengalami risiko gagal jantung. Seringkali penderita gagal dalam pengobatan karena ketidakmampuannya dalam memodifikasi gaya hidup, sehingga dokter harus menatalaksana pasien secara holistik dari berbagai aspek.

Tujuan: Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis bukti pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan dengan pendekatan *patient centered* dan *family approach*.

Metode: Studi yang dilakukan adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik dengan melakukan kunjungan rumah, mengisi *family folder*, dan mengisi berkas pasien. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik awal, proses, dan akhir kunjungan secara kuantitatif dan kualitatif.

Pembahasan: Diagnosis HHD pada kasus ini sudah sesuai dengan teori dan telaah kritis dari penelitian terkini. Penatalaksanaan HHD yang diberikan sudah sesuai dengan guideline, terlihat perkembangan yang baik pada gejala klinis dan perubahan perilaku pasien setelah dilakukan intervensi berdasarkan *evidence-based medicine* yang bersifat *patient centered*, dan *family approach*.

Kata Kunci: holistik, *hypertensive heart disease*, tatalaksana

ABSTRACT

Background: Based on data from the *World Health Organization* (WHO) in 2012, 17.5 million people in the world died from cardiovascular disease or 31% of 56.5 million deaths worldwide. In Indonesia in 2018 an estimated 17.3 million deaths were caused by cardiovascular disease and more than 3 million deaths occurred at the age of under 60 years. The number of patients with *Hypertensive Heart Disease* (HHD) is not known with certainty, but in several studies mentioned in patients with hypertension will develop into heart disease. As many as 50-60% of people with hypertension will experience a risk of heart failure. Often, patients fail in treatment because of their inability to modify lifestyle, so doctors must manage patients holistically from various aspects.

Objective: Implementation of family doctor services based on evidence based medicine in patients by identifying risk factors, clinical problems, and management with a patient centered and family approach.

Method: The study was Case Report. Primary data was obtained through history taking and physical examination by making home visits, filling out family folders, and filling in patient files. Assessment was done based on the first holistic diagnosis, process, and end of the visit in quantitative and qualitative ways.

Results: The diagnosis of HHD in this case was in accordance with the theory and critical analysis of current research. The management of HHD given was in accordance with the guidelines, there was a good development in clinical symptoms and changes in patient behavior after intervention based on evidence-based medicine which is patient centered, family approach.

Keywords: holistic, hypertensive heart disease, management

1. PENDAHULUAN

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) tahun 2015 menunjukkan 17,5 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit kardiovaskuler atau 31% dari 56,5 juta kematian di seluruh dunia. Lebih dari 75% kematian akibat penyakit kardiovaskuler terjadi di negara berkembang yang berpenghasilan rendah sampai sedang.^[1]

Di Indonesia, penyakit kardiovaskuler masih menjadi penyakit tidak menular utama penyebab kematian saat ini. Pada 2018 diperkirakan 17,3 juta kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler dan lebih dari 3 juta kematian tersebut terjadi pada usia di bawah 60 tahun. Penyakit kardiovaskuler termasuk di antaranya adalah penyakit jantung koroner, gangguan irama jantung (aritmia), gagal jantung, hipertensi, dan stroke.^[2] Sebanyak 50-60% penderita hipertensi akan mengalami risiko gagal jantung dan kondisi ini meningkat dua kali lipat pada pria. Jumlah penderita dengan *Hypertensive Heart Disease* (HHD) belum diketahui dengan pasti, namun pada beberapa studi disebutkan pada penderita hipertensi akan berkembang menjadi penyakit jantung. Secara umum risiko terjadinya HHD meningkat dua kali lipat pada penderita obesitas.^[3]

Hypertensive Heart Disease (HHD) adalah suatu penyakit yang berkaitan dengan dampak sekunder pada jantung karena hipertensi sistemik yang lama dan berkepanjangan. HHD merujuk pada suatu keadaan yang disebabkan oleh peningkatan tekanan darah (hipertensi). Hipertensi yang berkepanjangan dan tidak terkontrol dapat mengubah struktur miokard, pembuluh darah dan sistem konduksi

jantung. Perubahan-perubahan ini dapat mengakibatkan komplikasi berupa *Left Ventricle Hypertrophy* (LVH), penyakit arteri koroner, gangguan sistem konduksi jantung, disfungsi sistolik dan diastolik miokard yang akan bermanifestasi klinis sebagai angina (nyeri dada), infark miokard, aritmia jantung (terutama fibrilasi atrium) dan gagal jantung kongestif.^[4]

Pencegahan terhadap terjadinya komplikasi tersebut membutuhkan tatalaksana yang tepat secara farmakologi maupun non- farmakologi. Seringkali penderita gagal dalam pengobatan karena ketidak-mampuannya dalam memodifikasi gaya hidup. Hal tersebut menunjukkan bahwa dokter harus menatalaksana pasien secara holistik dari berbagai aspek. Tidak hanya memastikan pasien meminum obat dengan benar, tetapi juga memastikan pasien memiliki situasi yang kondusif untuk membentuk gaya hidup sehat.

Peran dokter dalam mengatasi penyakit HHD sangatlah penting. Dokter sebagai orang pertama yang akan didatangi oleh penderita dalam mencari pertolongan, harus selalu meningkatkan pelayanan. Salah satu hal yang sering diabaikan adalah memberikan edukasi atau pendidikan kesehatan secara menyeluruh. Pendidikan kesehatan kepada penderita dan keluarganya akan sangat berarti bagi penderita, terutama bagaimana sikap dan tindakan, serta cara untuk membentuk dan mempertahankan gaya hidup sehat.



2. TUJUAN

1. Mengidentifikasi faktor risiko dan masalah klinis yang terdapat pada pasien.
2. Menerapkan pelayanan dokter keluarga yang holistik dan komprehensif sesuai masalah yang ditemukan pada pasien dan melakukan penatalaksanaan berbasis *evidence based medicine* yang bersifat *patient centered*, *family focused*, dan *community oriented*.

3. METODE

Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dari pasien), pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif.

4. ILUSTRASI KASUS

Tn. MS, 61 tahun datang ke Puskesmas Satelit pada tanggal 6 Mei 2019 untuk kontrol rutin pengobatan penyakit jantung yang diderita sejak tahun 2017 lalu. Saat ini pasien mengeluhkan sesak nafas dan mudah kelelahan jika melakukan aktivitas yang cukup berat seperti mengangkat galon, mencuci mobil dan menaiki tangga.

Keluhan sesak nafas dan mudah kelelahan awalnya dirasakan sejak dua tahun lalu tepatnya pertengahan tahun 2017 saat pasien sedang bermain tenis meja. Biasanya pasien mampu menyelesaikan dua sampai tiga set permainan namun saat itu pasien hanya mampu bermain setengah set permainan dan timbul keluhan sesak nafas yang semakin memberat seiring dengan peningkatan aktivitas. Selain itu, pasien merasakan dadanya berdebar-debar dan keluar keringat berlebih. Kemudian pasien berobat ke dokter spesialis jantung dan dilakukan pemeriksaan. Lalu pasien diberi obat minum rutin dan disarankan untuk kontrol setiap 3 bulan.

Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak berusia 40 tahun dan tidak pernah kontrol rutin. Ayah pasien meninggal

karena penyakit jantung yang dideritanya dan adik laki-laki kandung pasien pernah mengalami serangan jantung. Riwayat pola makan pasien 2-3 kali sehari. Pasien sering membeli makanan di warung makan karena istri pasien jarang memasak. Pasien memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang tinggi lemak dan tinggi garam serta kurang makan buah dan sayur. Selain itu tidak ada olahraga yang rutin dilakukan oleh pasien.

Pasien bersuku Lampung tinggal bersama istrinya yang bersuku Komerling dan anaknya yang kedua dan kelima di kawasan perumahan. Pasien merupakan pensiunan guru SMK dan saat ini sehari-hari pasien lebih banyak di rumah. Istri pasien adalah seorang guru SMP dan anak-anak pasien ada yang telah berkeluarga dan ada yang masih berkuliah. Psikologis pasien dalam keluarga tampak cukup baik, pasien sering berkumpul bersama anak, istri dan cucu. Pasien juga seringkali berkumpul bersama teman-temannya. Teman pasien memiliki kebiasaan yang sama yaitu mengonsumsi makanan berlemak. Apabila terdapat keluhan kesehatan, pasien dan keluarganya langsung berobat ke praktik dokter atau ke puskesmas.

5. DATA KLINIS

Anamnesis

Pasien datang untuk kontrol rutin pengobatan penyakit jantung yang diderita sejak dua tahun terakhir. Saat ini pasien mengeluhkan sesak nafas dan mudah kelelahan jika melakukan aktivitas yang cukup berat seperti mengangkat galon, mencuci mobil dan menaiki tangga. Selain itu, pasien merasakan dadanya berdebar-debar dan keluar keringat berlebih. Keluhan sesak nafas dan mudah kelelahan awalnya dirasakan sejak dua tahun lalu saat pasien sedang bermain tenis meja.

Pasien memiliki riwayat hipertensi yang tidak terkontrol. Ayah pasien meninggal karena penyakit jantung dan adik laki-laki kandung pasien mengalami serangan jantung. Pasien sering mengonsumsi makanan tinggi lemak dan tinggi garam serta tidak ada olahraga rutin yang dilakukan pasien.



Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: tampak sakit ringan; kesadaran: compos mentis; suhu: 36,4°C; tekanan darah: 120/70 mmHg; frekuensi nadi: 74x/menit, irreguler; frekuensi napas: 24x/menit; berat badan: 83 kg; tinggi badan: 170 cm; IMT: 28,7; status gizi obesitas derajat I.

Status Generalis

Rambut, mata, telinga, hidung dan tenggorokan kesan dalam batas normal. KGB leher tidak teraba. Paru dalam batas normal. Batas jantung kiri melebar, kesan pemeriksaan jantung kardiomegali. Abdomen tampak cembung. Ekstremitas dalam batas normal. Muskuloskeletal dan status neurologis dalam batas normal.

Status Lokalis

Cor

I : *ictus cordis* tidak terlihat

P : *ictus cordis* teraba pada SIC V linea midklavikula 1 jari lateral sinistra

P

Batas kiri: SIC V linea midklavikula 1 jari lateral sinistra

Batas kanan: SIC IV linea parasternal dekstra

Batas atas: SIC II linea parasternal sinistra

A : bunyi jantung I dan II, irreguler murmur (-), gallop (-)

Pemeriksaan Penunjang

Kolesterol total : 270 mg/dL

Tabel 1. Hasil Skrining Depresi dengan *Geriatric Depression Scale (GDS)*

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Pada dasarnya apakah anda merasa puas dengan hidup anda?	Ya	Tidak
2	Apakah anda mengurangi banyak kegiatan dan minat anda?	Ya	Tidak
3	Apakah anda merasa hidup anda hampa?	Ya	Tidak

4	Apakah anda sering merasa bosan?	Ya	Tidak
5	Apakah biasanya anda memiliki semangat yang bagus?	Ya	Tidak
6	Apakah anda merasa takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	Ya	Tidak
7	Apakah biasanya anda merasa bahagia?	Ya	Tidak
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	Ya	Tidak
9	Apakah anda lebih memilih tinggal di rumah, daripada pergi keluar dan melakukan hal-hal yang baru?	Ya	Tidak
10	Apakah anda merasa mempunyai lebih banyak masalah dengan ingatan anda dibandingkan kebanyakan orang?	Ya	Tidak
11	Apakah menurut anda sangat menyenangkan bisa hidup hingga sekarang ini?	Ya	Tidak
12	Apakah anda merasa sangat tidak berharga dengan kondisi anda sekarang?	Ya	Tidak
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	Ya	Tidak
14	Apakah anda merasa keadaan anda tidak ada harapan?	Ya	Tidak
15	Menurut anda, apakah kebanyakan orang	Ya	Tidak



	lebih baik daripada anda?		
--	---------------------------	--	--

6. DATA KELUARGA

Pasien merupakan anak kedua dari tujuh bersaudara, orangtua pasien sudah meninggal. Pasien memiliki lima anak yang tiga diantaranya sudah berkeluarga dan memiliki anak. Saat ini pasien tinggal bersama istrinya, yaitu Ny. B yang berusia 56 tahun dan anak kedua yaitu Tn. MA yang berusia 29 tahun serta anak kelima Nn. SM yang berusia 20 tahun. Bentuk keluarga pada pasien ini adalah *nuclear family* yaitu pasien sebagai kepala keluarga, Ny. SA sebagai ibu rumah tangga, Tn. MA dan Nn. SM sebagai anak kandung mereka. Menurut siklus Duvall, siklus keluarga ini berada pada tahap VIII (tahap keluarga dengan orangtua lanjut usia). Pasien saat ini menjadi pensiunan guru dan tidak ada aktivitas khusus sehari-hari. Seluruh permasalahan keluarga dimusyawarahkan bersama dan diputuskan oleh suaminya sebagai kepala keluarga. Kebutuhan materi keluarga dipenuhi dari penghasilan kepala keluarga sebagai pensiunan dan istri sebagai guru sekitar Rp 7.000.000/bulan. Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan.

Hubungan pasien dengan istri dan anak-anaknya cukup erat dan berinteraksi baik satu sama lain. Setiap anggota keluarga mendukung anggota keluarga lain yang sakit. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya yang sakit ke layanan kesehatan. Keluarga pasien berobat ke Puskesmas Satelit yang berjarak ± 6 kilometer dari rumah pasien yang ditempuh menggunakan kendaraan pribadi.

7. DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL

a. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: sesak nafas dan mudah kelelahan saat beraktivitas berat; kontrol penyakit jantung.

- Kekhawatiran: pasien khawatir penyakit semakin memberat dan dapat mengancam nyawa.
- Persepsi: penyakit timbul akibat penambahan usia, penyakit tidak dapat disembuhkan dan harus kontrol rutin serta konsumsi obat-obatan teratur.
- Harapan: keluhan berkurang dan penyakit tidak semakin memburuk.

b. Aspek Klinik

- *Hypertensive heart disease* (I11)
- Obesitas (E66)
- Hiperkolesterolemia (E78)

c. Aspek Risiko Internal

- Riwayat ayah dan adik kandung menderita penyakit jantung (Z82.4).
- Kurangnya pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita dan gaya hidup yang sesuai dengan penyakitnya (Z55.9).
- Pasien merasa jenuh harus minum obat rutin seumur hidup.
- Polifarmasi (Y57).
- Usia lanjut (R54).

d. Aspek Risiko Eksternal

- Kurangnya dukungan dalam keluarga.
- Kebiasaan keluarga dan kerabat yang sering mengonsumsi makanan tinggi lemak.
- Kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita pasien.

- e. **Derajat Fungsional:** 2 (dua), mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam rumah dan di luar rumah.

8. RENCANA INTERVENSI

Intervensi yang diberikan pada pasien ini berupa edukasi dan konseling mengenai penyakit dan upaya preventif untuk mencegah komplikasi. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient center*, *family focus* dan *community oriented*.



Tabel 2. Target Terapi

Diagnosis	Target Terapi
Penyakit jantung hipertensi	Tekanan darah sistolik <150 mmHg dan atau tekanan darah diastolik <90 mmHg (JNC VIII)
Hiperkolesterolemia	Kolesterol total dan TG <150 mg/dL dan LDL <70 mg/dL (PERKI, 2017)
Obesitas	Penurunan 10% berat badan actual (PERKI, 2017)

Patient Center

Non medikamentosa

- Edukasi kepada pasien mengenai penyakit *hypertensive heart disease*, obesitas dan hiperkolesterolemia.
- Edukasi kepada pasien mengenai penyulit penyakit *hypertensive heart disease*, obesitas dan hiperkolesterolemia.
- Menjelaskan kepada pasien tentang pengaturan pola makan diet jantung (diet DASH {*Dietary Approaches to Stop Hypertension*}), aktivitas fisik dan penurunan berat badan.
- Edukasi tentang upaya mengenali gejala awal dan gejala kekambuhan penyakit *hypertensive heart disease*.
- Edukasi pasien untuk kontrol teratur dalam memeriksakan tekanan darah dan kadar kolesterol.

Medikamentosa

- Furosemid 2 x 20 mg
- Ramipril 1 x 10 mg
- Bisoprolol 1 x 1,25 mg
- Simvastatin 1 x 20 mg

Family Focused

- Edukasi kepada keluarga mengenai penyakit *hypertensive heart disease*, obesitas dan hiperkolesterolemia serta peran keluarga dalam terapi penyakit pasien.

- Edukasi kepada keluarga mengenai penyulit dan risiko penyakit *hypertensive heart disease*, obesitas dan hiperkolesterolemia.
- Memberikan edukasi kepada keluarga untuk berperan dalam mengingatkan pasien mengenai gaya hidup sehat.
- Edukasi kepada anggota keluarga mengenai faktor risiko yang ada pada keluarga dan pentingnya melakukan deteksi dini serta pencegahan.
- Edukasi keluarga tentang upaya mengenali gejala awal dan gejala kekambuhan penyakit *hypertensive heart disease*.
- Edukasi dan motivasi mengenai perlunya perhatian dukungan dari semua anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien.

9. DIAGNOSTIK HOLISTIK AKHIR

1. Aspek Personal

- Kekhawatiran: kekhawatiran pasien berkurang dengan meningkatnya pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita.
- Persepsi: penyakit dapat dikendalikan dengan menerapkan pola hidup yang sesuai dengan kondisi penyakit; perlunya untuk kontrol rutin dan minum obat teratur.
- Harapan: keluhan berkurang dan penyakit tidak memburuk.

2. Aspek Klinis

- *Hypertensive heart disease* (I11)
- Obesitas (E66)
- Hiperkolesterolemia (E78)

3. Aspek Risiko Internal

- Riwayat ayah dan adik kandung menderita penyakit jantung (Z82.4)
- Pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita meningkat.
- Pengetahuan tentang gaya hidup yang tepat sesuai penyakit yang diderita meningkat.
- Pasien mulai dapat menerima keadaan penyakit yang diderita.
- Polifarmasi (Y57).
- Usia lanjut (R54).

4. Aspek Risiko Eksternal

- Meningkatnya dukungan keluarga dalam memberi



dukungan pada kondisi kesehatan pasien.

- Kebiasaan keluarga dan kerabat yang sering mengonsumsi makanan tinggi lemak mulai berkurang.
- Meningkatnya pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita pasien.

5. **Derajat Fungsional:** 2 (dua), mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam rumah dan di luar rumah.

10. PEMBAHASAN

Tn. MS, usia 61 tahun datang untuk kontrol rutin pengobatan penyakit jantung yang diderita sejak dua tahun terakhir. Saat ini pasien mengeluhkan sesak nafas dan mudah kelelahan jika melakukan aktivitas yang cukup berat seperti mengangkat galon, mencuci mobil dan menaiki tangga. Selain itu, pasien merasakan adanya berdebar-debar dan keluar keringat berlebih. Keluhan sesak nafas dan mudah kelelahan awalnya dirasakan sejak dua tahun lalu saat pasien sedang bermain tenis meja.

Pasien memiliki riwayat hipertensi yang tidak terkontrol. Ayah pasien meninggal karena penyakit jantung yang dideritanya, istri pasien memiliki riwayat hipertensi dan adik laki-laki kandung pasien mengalami serangan jantung. Pasien sering mengonsumsi makanan tinggi lemak dan tinggi garam serta tidak ada olahraga rutin yang dilakukan pasien.

Pada pemeriksaan status lokalis regio jantung didapatkan inspeksi *ictus cordis* tidak tampak; palpasi *ictus cordis* teraba pada SIC V linea midklavikula 1 jari lateral sinistra; perkusi batas jantung kiri pada SIC V linea midklavikula 1 jari lateral sinistra; auskultasi bunyi jantung I dan II irregular, murmur(-) dan gallop (-).

Berdasarkan data yang diperoleh dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang, dapat diketahui bahwa pasien tersebut mengalami *Hypertensive heart disease* (HHD).

Hypertensive heart disease (HHD) adalah istilah yang diterapkan untuk menyebutkan penyakit jantung secara keseluruhan, mulai dari LVH, aritmia jantung, penyakit jantung coroner

dan penyakit jantung kronis yang disebabkan karena peningkatan tekanan darah baik secara langsung maupun tidak langsung.^[5]

Hipertensi adalah faktor risiko utama bagi penyakit jantung dan stroke. Hipertensi dapat menyebabkan penyakit jantung iskemik (menurunnya suplai darah untuk otot jantung sehingga menyebabkan nyeri dada atau angina dan serangan jantung) dari peningkatan suplai oksigen yang dibutuhkan oleh otot jantung yang menebal.^[6]

Hipertensi meningkatkan beban kerja jantung, dan seiring dengan berjalannya waktu hal ini dapat menyebabkan penebalan otot jantung. Karena jantung memompa darah melawan tekanan yang meningkat pada pembuluh darah yang meningkat, ventrikel kiri membesar dan jumlah darah yang dipompa jantung setiap menitnya (*cardiac output*) berkurang. Tanpa terapi, gejala gagal jantung akan makin terlihat.⁶

Patofisiologi dari penyakit jantung hipertensi adalah satu hal kompleks yang melibatkan banyak faktor yang saling mempengaruhi, yaitu hemodinamik, struktural, neuroendokrin, seluler, dan faktor molekuler. Di satu sisi, faktor-faktor ini memegang peranan dalam perkembangan hipertensi dan komplikasinya, di sisi lain peningkatan tekanan darah itu sendiri dapat memodulasi faktor-faktor tersebut. Peningkatan tekanan darah menyebabkan perubahan yang merugikan pada struktur dan fungsi jantung melalui 2 cara: secara langsung melalui peningkatan *afterload* dan secara tidak langsung melalui neurohormonal terkait dan perubahan vaskular. Peningkatan perubahan tekanan darah dan tekanan darah malam hari dalam 24 jam telah dibuktikan sebagai faktor yang paling berhubungan dengan berbagai jenis patologi jantung, terutama bagi masyarakat Afrika-Amerika.^[7]

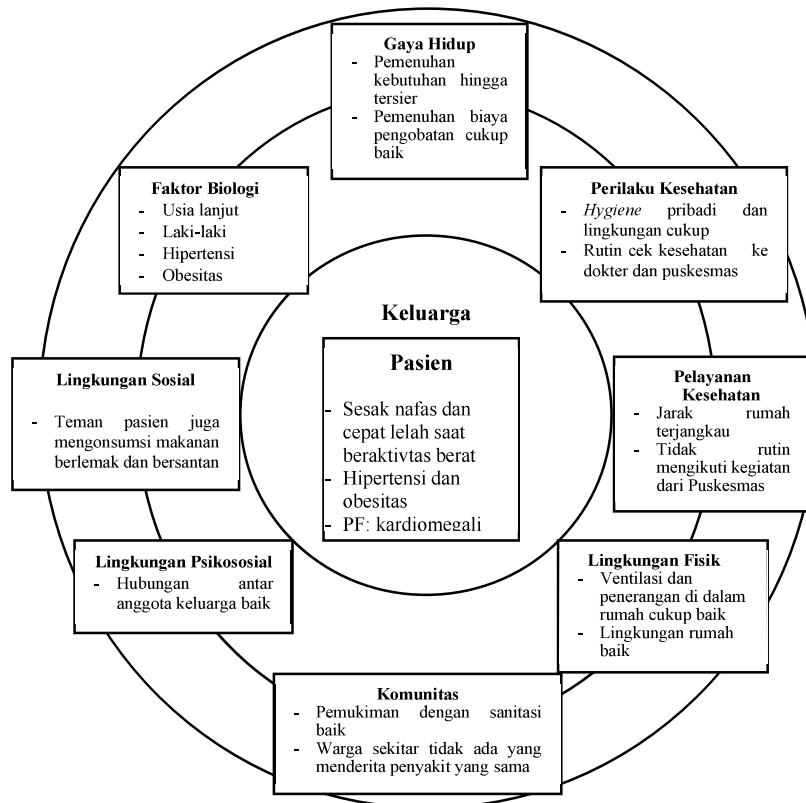
Diagnosis penyakit jantung hipertensi didasarkan pada riwayat, pengukuran tekanan darah, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan awal pasien hipertensi harus menyertakan riwayat lengkap dan



pemeriksaan fisik untuk mengkonfirmasi diagnosis hipertensi, menyaring faktor-faktor risiko penyakit kardiovaskular lain, menyaring penyebab sekunder hipertensi, mengidentifikasi konsekuensi kardiovaskular hipertensi dan komorbiditas lain, memeriksa gaya hidup terkait tekanan darah, dan menentukan potensi intervensi. Pengukuran tekanan darah yang terpercaya tergantung pada perhatian terhadap detail mengenai teknik dan kondisi pengukuran. Akurasi instrumen pengukur tekanan darah terotomatisasi harus dikonfirmasi. Pada pemeriksaan fisik, habitus tubuh, seperti tinggi dan berat badan, harus dicatat. Pada pemeriksaan awal, tekanan darah harus diukur pada kedua lengan, dan lebih baik pada posisi terlentang, duduk dan berdiri untuk mengevaluasi

keberadaan hipotensi postural. Pada pemeriksaan laboratorium meliputi urinalisis mikroskopik, ekskresi albumin, *Blood Urea Nitrogen* (BUN) atau kreatinin serum, natrium, kalium, kalsium, dan *Thyroid Stimulating Hormone* (TSH) serum, hematokrit, elektrokardiogram, glukosa darah puasa, kolesterol total, *High Density Lipoprotein* (HDL), *Low Density Lipoprotein* (LDL) dan trigliserida.^[4]

Berdasarkan literatur di atas, terdapat hubungan yang cukup erat kaitannya antara gejala berupa mudah lelah, sesak nafas dan jantung berdebar serta temuan fisik berupa pulsasi nadi ireguler dan pelebaran batas jantung kiri.



Gambar 1. Konsep Mandala of Health kasus pasien Tn. MS

Dalam melakukan penatalaksanaan secara holistik pada pasien ini dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali. Kunjungan pertama pada tanggal 11 Mei 2019 dilakukan perkenalan dengan pasien dan anggota keluarga yang lain. Lalu meminta izin untuk melakukan anamnesis secara lebih teliti dan mendalam. Kemudian meminta izin untuk melakukan pembinaan terhadap keluarga tersebut terkait penyakit yang dialami pasien

Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep *Mandala of Health*, dari segi perilaku kesehatan pasien mengutamakan preventif daripada kuratif dan memiliki pengetahuan yang cukup baik mengenai *hygiene*. Pasien dan keluarganya merupakan peserta BPJS dan rutin cek kesehatan ke Puskesmas. *Human biology*, pasien merasakan cepat lelah dan sesak nafas serta dada berdebar saat melakukan aktivitas yang cukup berat. Keluhan seperti ini mulai dirasakan sejak pertengahan tahun 2017 dan saat ini pasien telah menjalani pengobatan rutin. Mengenai hal ini pasien diberi edukasi mengenai penyakit HHD beserta faktor risiko dan upaya pencegahan kekambuhan.

Lingkungan psikososial, hubungan antar anggota keluarga juga terbilang dekat dan jarang mengalami suatu masalah. Sehingga hal ini dapat mendukung pasien dalam mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan terdekat. Seluruh anggota keluarga memberikan dukungan dalam pengobatan untuk kesembuhan pasien

Gaya hidup pasien yang sering mengonsumsi makanan tinggi lemak dan tinggi garam. Setelah digali faktor gaya hidup diperoleh data asupan makanan dalam kurun 3 bulan terakhir bahwa pasien cenderung mengonsumsi makanan tinggi lemak dan garam, bersantan, serta sedikit mengonsumsi buah dan sayur. Hal tersebut membuat pasien merasa khawatir berhubungan dengan keluhannya saat ini. Pasien sudah seringkali berusaha ingin memperbaiki pola makan dan mengurangi asupan makanan yang tinggi lemak, namun pasien merasa kurang

pengetahuan mengenai pola asupan makanan yang baik untuk kesehatan jantungnya, sehingga mengalami kesulitan dalam memotivasi diri untuk berhenti mengonsumsi makanan tinggi lemak. Istri pasien juga jarang memasak di rumah sehingga untuk sehari-harinya pasien lebih sering membeli makan di luar. Selain itu, kerabat lingkungan pergaulan yang juga sering mengonsumsi makanan tinggi lemak membuat pasien sulit memotivasi diri. Berdasarkan informasi dari pasien, teman pergaulannya juga kurang mengetahui tentang dampak konsumsi makanan tinggi lemak terhadap kesehatan.

Setelah menyimpulkan permasalahan dan faktor-faktor yang mempengaruhi masalah tersebut, dilakukan intervensi kepada pasien, keluarganya, dan teman-teman pergaulan pasien. Intervensi dilakukan pada tanggal 22 Mei 2019.

Intervensi pertama berupa pemberian agen obat-obatan. Furosemid merupakan obat yang memiliki kemampuan untuk meningkatkan ekskresi natrium dalam urin dan mengurangi tanda-tanda fisik dari retensi cairan pada pasien dengan penyakit jantung. *American Heart Association* dan *Drug Information Handbook* menjelaskan bahwa pemberian awal furosemid oral yaitu 20 sampai 80 mg per dosis. Sedangkan untuk pemeliharaan dapat dilakukan peningkatan dosis secara bertahap dari 20 sampai 40 mg setiap 6 sampai 8 jam untuk efek yang diinginkan dengan interval sekali atau dua kali sehari, dengan dosis harian maksimum 600 mg pada kondisi edema. [8,9]

Ramipril merupakan agen *Angiotensin Converting Enzyme (ACE) inhibitor* mengurangi produksi angiotensin II, meningkatkan kadar bradikinin, dan mengurangi aktivitas sistem saraf simpatis. Penyekat reseptor angiotensin II menyediakan blokade reseptor AT1 secara selektif, dan efek angiotensin II pada reseptor AT2 yang tidak tersekat dapat menambah efek hipotensi. Kedua kelas agen-agen ini adalah agen antihipertensif yang efektif



yang dapat digunakan sebagai terapi tunggal atau dalam kombinasi dengan diuretik, antagonis kalsium, dan alfa bloker.^[10]

Bisoprolol merupakan agen penyekat beta (*beta blocker*) mengurangi tekanan darah melalui penurunan curah jantung, karena reduksi kecepatan detak jantung dan kontraktilitas. Mekanisme lain yang diajukan mengenai bagaimana *beta blocker* mengurangi tekanan darah adalah efek pada sistem saraf pusat, dan inhibisi pelepasan renin.^[11]

Pasien juga didiagnosis hiperkolesterolemia berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pada anamnesis diketahui bahwa pasien mempunyai riwayat kolesterol tinggi yang sesuai dengan hasil pemeriksaan fisik dimana pasien mengalami obesitas derajat I. Pada pemeriksaan penunjang yang memegang peranan penting dalam menegakkan diagnosis hiperkolesterolemia, didapatkan hasil kolesterol total pasien yaitu 270 mg/dL yang termasuk dalam kategori tinggi.

Target primer terapi dislipidemia adalah kadar kolesterol LDL. Target terapi kolesterol LDL bagi pasien dengan risiko kardiovaskular sangat tinggi adalah <70 mg/dL atau penurunan $\geq 50\%$ dari konsentrasi awal. Target penurunan dari konsentrasi awal sebesar $\geq 50\%$ bagi pasien dengan risiko kardiovaskular sangat tinggi hendaknya hanya diberlakukan jika konsentrasi kolesterol LDL awal sangat tinggi. Usaha yang dapat dilakukan untuk menurunkan kolesterol total yaitu dengan mengurangi asupan kolesterol dan asam lemak jenuh, meningkatkan asupan serat, mengurangi asupan karbohidrat dan alkohol, meningkatkan aktivitas fisik sehari-hari, mengurangi berat badan berlebih, dan menghentikan kebiasaan merokok. Intervensi gaya hidup dan pemberian obat segera dilakukan pada pasien dengan risiko sangat tinggi dengan nilai kolesterol total 100-<155 mg/dl dan intervensi dengan obat penurun lipid terhadap target sekunder (kolesterol non-HDL). Simvastatin merupakan golongan statin (inhibitor

HMG-CoA reduktase) yaitu obat penurun lipid pertama yang harus digunakan untuk menurunkan kolesterol LDL. Selain berfungsi untuk menurunkan kolesterol LDL. Statin juga mempunyai efek meningkatkan kolesterol HDL dan menurunkan TG. Dosis statin diberikan sesuai dengan batas toleransi pasien untuk mencapai target kolesterol LDL. Pada kasus ini pasien diberikan simvastatin 20 mg yang diminum pada malam hari.^[12]

Selain secara medikamentosa pada kunjungan kedua, pasien juga mendapatkan intervensi non-medikamentosa berupa: 1) Edukasi mengenai penyakit HHD kepada pasien dan keluarganya; 2) Edukasi kepada pasien untuk melakukan kontrol rutin; 3) Edukasi kepada pasien efek samping obat yang timbul dan cara mengkonsumsi obat dengan tepat; 4) Memberikan daftar menu diet jantung (diet DASH {*Dietary Approaches to Stop Hypertension*}); 5) Merancang program guna meningkatkan aktivitas fisik yang sesuai dengan kondisi jantung pasien; 6) Edukasi kepada keluarga untuk berperan dalam mengingatkan pasien mengenai gaya hidup sehat; 7) Edukasi dan motivasi mengenai perlunya perhatian dukungan dari semua anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien.

Pada kunjungan ketiga, dilakukan evaluasi terhadap intervensi yang telah diberikan kepada pasien. Kegiatan tersebut dilaksanakan pada tanggal 1 Juni 2019. Pasien mengatakan bahwa ia rutin meminum obat yang diberikan dan sesuai dengan yang dijelaskan sebelumnya, ia tidak sekalipun melewatkan jadwal minum obat, istri dan anaknya juga selalu mengingatkan.

Menurut Bloom, 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, dia akan mencoba

melakukan apa yang dikehendaki oleh stimulus (*trial*),^[10]

Pasien mengaku bahwa keluhan yang dialaminya sudah berkurang, namun yang menjadi kekhawatiran pasien adalah ia khawatir tidak dapat mempertahankan gaya hidupnya yang sudah mengurangi konsumsi makanan tinggi lemak dan garam. Aktivitas fisik pasien pun ditingkatkan dengan cara melakukan jalan kaki 10.000 langkah per hari dan peregangan.

Pasien mengatakan bahwa kerabat pergaulannya sudah jarang mengajaknya untuk mengonsumsi makanan tinggi lemak karena telah mengetahui bahayanya, meskipun banyak dari mereka yang masih memiliki kebiasaan mengonsumsi hal tersebut.

Pasien juga mengatakan bahwa istri dan anaknya banyak mendukung pasien selama pengobatan, mengingatkan minum obat, mengingatkan untuk makan makanan yang telah disusun serta mengajak pasien untuk berolahraga bersama.

11. SIMPULAN

- a. Diagnosis HHD pada kasus ini sudah sesuai dengan beberapa teori dan sudah melalui pemeriksaan fisik juga pemeriksaan penunjang.
- b. Telah dilakukan penatalaksanaan pada pasien secara holistik dengan memperhatikan aspek *patient center, family focus* dan *community oriented*.
- c. Pada proses perubahan perilaku, Tn. MS sudah mencapai tahap *trial*.
- d. Peran keluarga amat penting dalam perawatan dan pengobatan anggota keluarga.

12. SARAN

Bagi Pasien

- a. Tetap melanjutkan pengobatan dan kontrol di Puskesmas Satelit.
- b. Menjaga gaya hidup sehat seperti yang telah dijelaskan sebelumnya.

Bagi Keluarga

- a. Memberikan dukungan kepada pasien dalam menjalankan pengobatan.
- b. Memberikan dukungan kepada pasien dalam upaya memodifikasi gaya hidup.
- c. Keluarga perlu mengoptimalkan kerjasama antar anggota keluarga untuk meningkatkan kesehatan keluarga.

Bagi Puskesmas

Melanjutkan pembinaan keluarga untuk kasus yang serupa.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Cardiovascular disease. Geneva: World Health Organization Press; 2015.
2. Kementerian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar. Indonesia: Kemenkes RI; 2018.
3. Waty M, Hasan H. Prevalensi penyakit jantung hipertensi pada pasien gagal jantung kongestif di RSUP H. Adam Malik. E-Journal FK USU. 2013; 1(1): 1-5.
4. Panggabean M. Penyakit jantung hipertensi. Dalam: Sudoyo AW, Setyohadi B, Alwi I, et al, editor. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi VI. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2015.
5. Morton GP. Keperawatan kritis: pendekatan asuhan holistik. Volume 2. Edisi 8. Jakarta: EGC; 2012.
6. Miller. Hypertensive heart disease-treatment [online]. Diakses pada 9 Juni 2019. Tersedia di: <http://www.umm.edu/ency/article/000153.htm>.
7. Price SA, Wilson LM. Fisiologi sistem kardiovaskular. Dalam: patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit. Edisi VI. Jakarta: EGC; 2012.
8. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. Focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in



- adults. Journal of the American College of Cardiology. 2009; 53(15).
9. Pramudianto A. Evaria. MIMS Indonesia petunjuk konsultasi. Jakarta: PT Buana Ilmu Populer; 2009.
 10. Katzung B. Farmakologi dasar dan klinik. Edisi XII. Jakarta : EGC. 2010.
 11. Notoatmodjo S. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Jakarta: Rinela Cipta; 2012. Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. Panduan Tatalaksana Dislipidemia 2017. Jakarta; 2017

