

PENATALAKSANAAN PADA WANITA USIA 76 TAHUN DENGAN OSTEOARTHRITIS DAN DISPEPSIA MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA

Dhea Oksalia Edi¹

¹*Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung*

Email : dheaoksalia@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Osteoarthritis (OA) merupakan penyakit degeneratif pada persendian yang ditandai dengan kerusakan tulang rawan sendi dan tulang subkondral yang menyebabkan nyeri pada sendi. Di Indonesia, OA merupakan penyakit reumatik yang paling banyak ditemui di masyarakat. Dispepsia merupakan gangguan pencernaan yang mengacu pada kumpulan gejala seperti sensasi nyeri atau tak nyaman di perut, mual muntah, penuh dan kembung. Tujuan: Menerapkan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* (EBM) pada pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *family approached* dan *patient centered*. Metode: Data primer didapatkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah dilakukan untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Hasil: Pasien Ny. S, usia 76 tahun datang dengan keluhan nyeri pada kedua lutut dan rasa perih pada perut bagian. Pasien di diagnosis sebagai osteoarthritis dan dispepsia fungsional. Pada kasus ini telah dilakukan diagnosis dan tatalaksana sesuai dengan teori dan jurnal terkait. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan penurunan gejala klinis dan peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga. Kesimpulan: Penatalaksanaan secara holistik dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku pada pasien. Selain itu, peran keluarga amat penting dalam perawatan dan pengobatan pasien serta dukungan juga diperlukan.

Kata Kunci: dispepsia, osteoarthritis, penatalaksanaan holistik, pelayanan kedokteran keluarga

ABSTRACT

Background: Osteoarthritis (OA) is a degenerative disease of the joints characterized by damage to joint cartilage and subchondral bone that causes joint pain. In Indonesia, OA is the most common rheumatic disease in the community. Dyspepsia is a digestive disorder that refers to a collection of symptoms such as a painful or uncomfortable sensation in the stomach, nausea, vomiting, fullness and bloating. Purpose: Applying evidence-based medicine (EBM)-based family doctor services based on a patient problem solving framework with a family approached and patient centered approach. Method: Primary data were obtained through history taking, physical examination and home visits to complete family data, psychosocial and environmental data. Assessment is carried out based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study quantitatively and qualitatively. Results: Patient Mrs. S, 76 years old, complained of pain in both knees and a burning feeling in the stomach. The patient was diagnosed as osteoarthritis and functional dyspepsia. In this case, the diagnosis and treatment have been carried out according to the theory and related journals. After the intervention, there was a decrease in clinical symptoms and an increase in patient and family knowledge. Conclusion: Holistic management can improve knowledge, attitudes, and behavior in patients. In addition, the role of the family is very important in the care and treatment of patients and support is also needed

Keywords: dyspepsia, holistic management, osteoarthritis, family medicine services.

PENDAHULUAN

Osteoarthritis (OA) merupakan suatu penyakit degeneratif pada persendian dengan progresifitas yang lambat yang dipengaruhi oleh beberapa faktor resiko seperti faktor usia, jenis kelamin, ras, genetik, merokok, trauma, pekerjaan (aktivitas) yang berlebihan dan obesitas.¹ Penyakit osteoarthritis mempunyai karakteristik berupa keluhan nyeri sendi dan gangguan pergerakan yang terkait terjadinya kerusakan pada kartilago (tulang rawan sendi).² Pada OA, terjadi kerusakan pada susunan kolagen, konten air kartilago meningkat dan proteoglikan kartilago menurun.³

Prevalensi penyakit osteoarthritis hampir 70% dialami oleh penderita yang berusia di atas 50 tahun yang ditandai dengan adanya kerusakan struktur dalam persendian. Keluhan yang terjadi paling sering mengenai lutut, pinggul, tulang belakang dan pergelangan kaki dikarenakan proses penekanan yang terus menerus selama bertahun-tahun.²

Diagnosis OA biasanya didasarkan pada temuan klinis dan radiografis. Pemeriksaan diagnostik secara radiografis dapat digunakan alat seperti roentgen, *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), *Optical Coherence Tomography* (OCT), dan *Ultrasound* (US). Pemeriksaan roentgen berguna untuk penilaian dari struktur tulang, sementara OCT digunakan untuk mengevaluasi tulang rawan artikular dan US digunakan untuk evaluasi ligamen dan sinovium. Pemeriksaan MRI memungkinkan visualisasi dari semua struktur intra artikular, meskipun US atau OCT mungkin preferensial dalam beberapa keadaan. Untuk menegakan diagnosis OA, kombinasi semua teknik visualisasi mungkin diperlukan untuk mendapatkan gambaran paling komprehensif dari penyakit⁴

Gambaran radiografi sendi yang mendukung diagnosis osteoarthritis antara lain: ditemukan adanya penyempitan celah sendi yang seringkali asimetris (lebih berat pada bagian yang menanggung beban). Selain itu ditemukan peningkatan densitas tulang subkondrial, dapat juga ditemukan kista tulang dan osteofit pada pinggir sendi, sampai perubahan struktur anatomi sendi. Berdasarkan perubahan radiografi tersebut, secara radiografi dapat digolongkan menjadi OA ringan sampai berat.⁵

Penatalaksanaan non farmakologi dalam pengelolaan osteoarthritis sangatlah penting. Menurut *The American College of Rheumatology* (ACR) 2019, terapi non farmakologi terdiri dari edukasi pada pasien, program modifikasi gaya hidup pasien, program penurunan berat badan jika pasien memiliki BMI > 25, program latihan aerobik, terapi fisik meliputi latihan perbaikan lingkup gerak sendi, penguatan otot-otot (quadrisep/pangkal paha) dan alat bantu gerak sendi seperti memakai tongkat pada sisi yang sehat, serta terapi okupasi meliputi proteksi sendi dan konservasi energi, menggunakan splint dan alat bantu gerak sendi untuk aktivitas fisik sehari-hari.⁶

Terapi farmakologi pada OA difokuskan pada pengurangan rasa sakit pada pasien. Karena sering terjadi pada individu lanjut usia yang memiliki kondisi medis lainnya, diperlukan suatu pendekatan konservatif terhadap pengobatan.² Golongan analgetik seperti asetaminofen (analgesik oral) dan kapsaisin (analgesik topikal) lalu golongan NSAID serta dapat juga diberikan kortikosteroid.⁵

Dispepsia merupakan keluhan yang umum ditemui dalam praktik sehari-hari.⁸ Dispepsia merupakan keluhan berupa rasa tidak nyaman yang berasal dari daerah perut, rasa tidak nyaman ini dapat berupa nyeri epigastrium, rasa terbakar di epigastrium, rasa penuh setelah makan, cepat kenyang, mual muntah dan rasa kembung. Untuk dispepsia fungsional, keluhan tersebut harus berlangsung setidaknya selama tiga bulan terakhir dengan awitan gejala enam bulan sebelum ditegakkan.⁹

Menurut data dari Badan Pusat Statistik Provinsi Lampung tentang sepuluh kasus penyakit terbanyak di Provinsi Lampung pada tahun 2015, penyakit dispepsia masuk ke dalam kategori nya dengan jumlah kasus sebesar 62.613 kasus.¹⁰

Dispepsia diklasifikasikan menjadi dua, yakni dispepsia organik yaitu terdapat penyakit yang mendasari seperti penyakit ulkus peptikum, GERD, kanker, penggunaan minuman beralkohol atau obat kronis dan dispepsia fungsional (non organik) ditandai dengan rasa tidak nyaman atau nyeri pada perut bagian atas yang kronis atau berulang, tanpa abnormalitas pada pemeriksaan fisik

dan endoskopi.⁹ Berdasarkan survei epidemiologi kasus sindroma dispepsia akibat kelainan organik sebanyak 40 % dan fungsional sebanyak 60%. Hal tersebut menandakan bahwa angka kejadian sindroma dispepsia fungsional lebih banyak dibandingkan angka kejadian dispepsia akibat kelainan organik.¹¹ Meskipun demikian, sebagian besar kasus merupakan dispepsia fungsional tersebut jarang berakibat fatal.¹²

Banyak faktor yang memicu timbulnya keluhan sindroma dispepsia, diantaranya sekresi asam lambung, kebiasaan makan, infeksi bakteri *Helicobacter pylori*, tukak peptikum dan psikologis. Konsumsi kebiasaan makanan beresiko seperti makanan pedas, asam, bergaram tinggi dan minuman seperti kopi, alkohol merupakan faktor pemicu timbulnya gejala dispepsia.¹³

Penatalaksanaan dispepsia fungsional merupakan penyakit yang dapat dikontrol dengan pola hidup yang sehat. Penatalaksanaan osteoarthritis sampai saat ini belum ada terapi yang dapat menyembuhkan dan hanya ditujukan pada pengendalian / menghilangkan nyeri, memperbaiki gerak dan fungsi sendi serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Dalam mengubah perilaku hidup sehat yang juga berguna dalam meningkatkan kualitas hidup pasien, dibutuhkan faktor pendorong salah satunya dukungan keluarga dan komunitas. Tatalaksana holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga meliputi *patient centered* dan *family focused*, maka dari itu pada pasien ini perlu dilakukan pendekatan kedokteran keluarga untuk mendorong perubahan perilaku hidup pasien.

METODE PENELITIAN

Studi ini merupakan laporan kasus dengan data primer didapatkan melalui anamnesis (autoanamnesis) dan pemeriksaan fisik pasien. Kunjungan rumah dilakukan untuk melengkapi data keluarga, data okupasi dan psikososial serta lingkungan. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif.

Ilustrasi kasus

Pasien Ny. S, usia 76 tahun datang diantar oleh keluarga ke puskesmas pada tanggal 4 November 2021 dengan keluhan nyeri pada bagian lutut kaki kanan dan kiri. Keluhan nyeri dirasakan hilang timbul. Nyeri biasanya muncul ketika pasien melakukan aktivitas seperti berjalan, saat melakukan gerakan sholat menekuk lutut ketika sujud ataupun saat melakukan perubahan posisi dari posisi duduk kemudian berdiri. Keluhan nyeri dirasakan sedikit membaik ketika sedang beristirahat. Pasien menjelaskan terkadang merasakan kekakuan pada kakinya terutama saat bangun tidur, namun tidak terlalu lama. Keluhan nyeri lutut seperti ini sebenarnya sudah dirasakan sejak ± 3 tahun tetapi belum terasa sampai mengganggu aktivitas. Namun sejak 2 bulan terakhir ini keluhan dirasakan semakin memberat sampai mengganggu aktivitas dan membuat pasien meminta keluarganya untuk mengantarkan dirinya memeriksakan kondisi kesehatan.

Pasien menjelaskan keluhan ini bermula dari pasien yang biasa membereskan rumah seperti kegiatan menyapu dan mencuci pakaian secara manual tanpa bantuan mesin cuci dengan posisi tubuh berjongkok. Pasien juga memiliki kebiasaan berjalan terlalu jauh mengelilingi daerah sekitar rumah. Pasien mengaku ada waktu-waktu tertentu dimana keluhan tidak sampai mengganggu aktivitas namun seringkali pula keluhan yang timbul sangat nyeri sampai pasien sulit bangun dari tempat tidur. Pasien akan berobat bila keluhan mengganggu aktivitas sehari-hari. Pasien juga mengaku khawatir bila keluhan yang dirasakan makin parah sehingga akan sering mengganggu aktivitas ibadah atau bahkan dapat menyebabkan kelumpuhan pada kakinya.

Selain nyeri lutut, pasien juga mengeluhkan adanya perih pada bagian atas perut sejak 2 hari sebelum datang ke puskesmas. Keluhan perih ini disertai perasaan begah atau kembung. Pasien menjelaskan keluhan ini terjadi hilang timbul, namun biasanya akan timbul memberat ketika pasien telat makan. Keluhan serupa sudah dirasakan pasien sejak ±1 tahun terakhir, hilang timbul dan berulang. Pasien biasanya hanya meminum obat warung dan jarang memeriksakan diri ke puskesmas.

Dalam keluarga, pasien merupakan anak pertama dari lima bersaudara dan hanya pasien yang diketahui menderita keluhan ini. Anak-anak pasien tidak ada yang mengalami keluhan serupa. Namun menurut ingatan pasien, sepertinya ibu pasien dahulu juga pernah mengalami keluhan nyeri-nyeri pada anggota gerak namun belum pernah memeriksakannya ke dokter.

Pasien tidak memiliki riwayat mengkonsumsi alkohol dan juga tidak pernah merokok. Pasien jarang mengkonsumsi kopi dan susu. Pasien jarang berolahraga. Pasien biasanya makan-makanan berat 1-2 kali dalam sehari dengan waktu makan yang tidak teratur dan lebih sering terlambat dikarenakan pasien hanya makan ketika sudah merasakan lapar, pasien juga menjelaskan apalagi di usianya yang sudah lanjut ini untuk nafsu makan sudah mulai menurun. Pasien gemar mengkonsumsi makanan pedas serta asam. Pasien mengaku juga cukup sering mengonsumsi buah. Buah yang sering pasien makan akhir-akhir ini adalah buah jeruk dan mangga.

Aktivitas sehari-hari yang rutin dikerjakan pasien saat ini adalah aktivitas ringan seperti beribadah, sesekali memasak, dan bermain dengan cucu, sedangkan untuk membereskan rumah dan mencuci sudah dilakukan oleh anak perempuannya. Hubungan pasien dengan anak dan cucunya baik serta harmonis. Begitu pula hubungan dengan lingkungan tetangga baik dan harmonis. Dukungan keluarga masih tergolong kurang untuk memotivasi pasien agar selalu memeriksakan kesehatannya ke Puskesmas dan menjaga pola aktivitas dan makan pasien.

HASIL

Data Klinis

Keluhan nyeri pada kedua lutut sejak \pm 3 tahun yang lalu namun semakin memberat pada 2 bulan terakhir, dan rasa perih disertai begah dan kembung pada perut bagian atas sejak 2 hari yang lalu.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum; tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*) 15. Tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 125/80 mmHg, nadi 82x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu 36,7°C. Berat badan 62 kg, tinggi badan 158 cm, IMT 24,8. Berdasarkan kriteria WHO, pasien tergolong ke dalam berat badan normal.

Status Generalis

Mata, normal (konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik). Telinga, normal (sekret (-/-), hiperemis (-/-)). Hidung, normal (sekret (-/-), hiperemis (-/-)). Leher, tidak ada pembesaran KGB, JVP tidak meningkat. Paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, nyeri tekan (-), masa (-), ekspansi dinding dada simetris, sonor kedua lapang paru pada perkusi, dan tidak didapatkan rhonki dan wheezing, kesan dalam batas normal. Jantung, bunyi jantung I dan bunyi jantung II regular, tidak ada bunyi jantung tambahan, kesan dalam batas normal. Abdomen, cembung, supel, bising usus + (8x/menit), nyeri tekan epigastrium (+), tidak didapatkan organomegali.

Status lokal

Inspeksi regio genu dextra dan sinistra, *Look*, bengkak (-/-), hiperemis (-/-), deformitas (-/-). *Feel*, nyeri tekan (+/+), krepitasi (-/-), teraba hangat (-/-). Pada pemeriksaan gerak, adanya keterbatasan gerak dan nyeri pada genu dextra dan sinistra.

Fungsi Motorik

Gerakan : aktif/aktif
aktif/aktif
Kekuatan : 5/5
4/4

Fungsi Sensorik

Normal

Pemeriksaan penunjang

Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang pada pasien ini.

Tabel 1. Hasil Skrining Instrumen *Mini Mental State Examination* (MMSE)

Skor Maksimal	Skor Manula	Keterangan
10	10	Orientasi
3	3 (percobaan 1)	Registrasi
5	4	Atensi dan Kalkulasi
3	2	Mengingat
9	8	Bahasa
Kesadaran: Kompos Mentis		
Tempat Wawancara: Rumah Pasien		

Berdasarkan hasil yang didapatkan dapat disimpulkan bahwa

pasien memiliki status mental baik dan tidak mengalami gangguan.

Gambar 1. Hasil Skrining Instrumen *Abbreviated Mental Test (AMT)*

INSTRUMEN ABBREVIATED MENTAL TEST (AMT)

Untuk menilai kognitif global orang Lanjut Usia

Umur	Tahun	: 1
Waktu / jam sekarang		: 1
Alamat tempat tinggal		: 1
Tahun ini		: 1
Saat ini berada di mana		: 1
Mengenali orang lain (dokter, perawat, dll)		: 1
Tahun kemerdekaan RI		: 1
Nama presiden RI sekarang		: 1
Tahun kelahiran pasien atau anak terakhir	: 0	: 1
Menghitung terbalik (20 s/d 1)		: 1

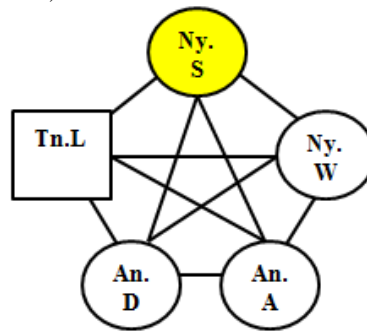
0-3 : Gangguan kognitif berat
 4-7 : Gangguan kognitif sedang
 8-10 : Normal

Pada penilaian status kognitif di dapatkan Hasil sebesar 9 sehingga disimpulkan bahwa pasien normal (tidak terdapat gangguan kognitif).

Data Keluarga

Pasien memiliki 4 orang anak, namun yang tinggal bersama pasien berjumlah 1 orang anak (Ny. W), beserta dengan menantu (Tn. L) dan cucu (An. D dan An. A). Anak pertama (Ny. Y) sudah tinggal bersama suami, anak kedua (Ny. Y1) sudah menikah bersama suami dan anak keempat (Tn.D) sudah menikah bersama istri. Suami pasien (Tn. Sa) sudah meninggal sejak 1 tahun yang lalu, suami pasien meninggal tanpa diketahui penyakit yang mendasari dikarenakan dahulu suami pasien tidak mau dibawa ke pelayanan kesehatan. Pasien seorang perempuan berusia 76 tahun dan tidak bekerja.. Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga dimusyawarahkan bersama.

Hubungan antar anggota keluarga terjalin cukup erat. Keluarga masih menyempatkan untuk berkumpul bersama dalam sehari, yakni biasanya untuk mengobrol saat sore hari menjelang waktu magrib. Dukungan keluarga masih tergolong kurang dalam mengatur pola makan pasien dan untuk memotivasi pasien agar selalu memeriksakan kesehatannya, namun akan bersedia mendampingi saat pergi berobat, kecuali apabila sedang ada keperluan lain. Perilaku berobat keluarga masih mengutamakan kuratif, yakni memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila ada keluhan mengganggu kegiatan sehari-hari. Jarak rumah ke puskesmas ± 2 kilometer.



Gambar 2. Family Mapping Ny. S
Keterangan

— = hubungan antar anggota keluarga dekat

Family Apgar Score

- Adaptation : 1
- Partnership : 1
- Growth : 2
- Affection : 2
- Resolve : 2

Total Family Apgar score 8 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik).

Tabel 2. Family SCREEM

Ketika Seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
S1 Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	√			
S2 Teman teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		√		
C1 Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami	√			
C2 Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kita sangat membantu keluarga kita		√		
R1 Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	√			
R2 Tokoh agama yang kami anut sangat membantu keluarga kami		√		
E1 Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		√		
E2 Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami	√			
E*1 Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit		√		
E*2 Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga			√	
M1 Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami	√			
M2 Dokter, perawat dan/ petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami		√		
TOTAL	28			

Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai dengan menggunakan SCREEM Score, dengan hasil 28. Maka dapat disimpulkan fungsi keluarga Ny. S memiliki sumber daya yang adekuat.

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah permanen milik pribadi bersama anak ketiga, menantu dan 2 orang cucu perempuannya. Menantu pasien merokok, namun menurut keterangan pasien, menantu hanya akan merokok diluar rumah. Pasien tinggal di dalam satu rumah yang berukuran 9 x 10 m, memiliki tiga kamar tidur, satu ruang tamu, satu ruang keluarga, satu dapur dan satu toilet yang sudah disertai jamban jongkok. Lantai keramik, dinding tembok, dengan atap genteng. Penerangan dan ventilasi cukup yakni ± 20% dari luas bangunan rumah. Rumah sudah menggunakan listrik. Sumber air dari

sumur, sedangkan sumber air minum dimasak sendiri, limbah dialirkan ke parit belakang rumah. Tempat sampah berada di luar rumah maupun dapur. Lingkungan tempat tinggal pasien cukup padat. Pada saat kunjungan, kebersihan di dalam rumah cukup bersih dan terawat di bagian ruang tamu dan ruang makan, namun pada dapur lantai tampak lembab.

Diagnostik holistik awal

Aspek 1. Aspek personal :

- Alasan kedatangan: Keluhan nyeri pada lutut kaki kanan dan kiri sehingga sulit untuk sujud dan berjalan jauh. Dan keluhan perih pada perut bagian atas.
- Kekhawatiran: Pasien khawatir keluhan semakin parah sehingga akan sering mengganggu aktivitas ibadah atau bahkan menyebabkan kelumpuhan pada kakinya.
- Harapan: Keluhan berkurang dan tidak semakin memburuk sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa.
- Persepsi: Pasien menganggap pengobatan hanya perlu dilakukan jika terdapat keluhan.

Aspek 2. Diagnosis klinis awal:

- Osteoarthritis (ICD X: M19.90; ICPC: L90)
- Dispepsia fungsional (ICD X : K30; ICPC: D07)

Aspek 3. Risiko Internal

- Usia 76 tahun (lansia).
- Wanita
- Pola pengobatan hanya dilakukan ketika terdapat keluhan.
- Pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita pasien mulai dari definisi, faktor risiko, gejala, upaya pengobatan, dan pencegahan dari penyakit Osteoarthritis dan Dispepsia.
- Pengetahuan yang kurang tentang aktifitas fisik atau olahraga yang dianjurkan untuk penderita osteoarthritis.
- Pola makan yang tidak teratur, lebih sering terlambat, pasien makan 1-2x sehari tergantung rasa lapar. Gemar mengonsumsi makanan pedas dan asam.
- Faktor Psikologis: Rasa takut pasien apabila keluhan nyeri lutut dan perutnya semakin memburuk.

Aspek 4 Risiko Eksternal

- Pengetahuan keluarga yang kurang mengenai aktivitas fisik yang dianjurkan pada osteoarthritis.
- Dukungan keluarga dalam mempersiapkan pola makan yang sesuai bagi pasien masih kurang.
- Pola berobat keluarga kuratif.

Aspek 5 Derajat Fungsional:

Berdasarkan Indeks Barthel Modifikasi, pasien memiliki status fungsional dengan ketergantungan ringan dalam melakukan aktivitasnya dengan skor total 90, sehingga membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitasnya. Untuk derajat fungsional pasien yakni derajat dua yaitu masih mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam maupun di luar rumah.

Rencana intervensi

Intervensi yang diberikan berupa intervensi medikamentosa dan non medikamentosa terkait penyakit osteoarthritis dan dispepsia fungsional yang diderita pasien. Intervensi medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan dan mencegah komplikasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi non medikamentosa berupa edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai osteoarthritis dan dispepsia dimulai dari definisi, penyebab penyakit, faktor risiko penyakit, terapi dan pencegahannya. Serta edukasi mengenai pola makan yang sesuai yang dapat mengurangi kekambuhan dispepsia dan menunjang kesehatan pasien.

Patient Center

Non Farmakologi

1. Edukasi mengenai osteoarthritis dan dispepsia meliputi definisi, faktor risiko, gejala, upaya pengobatan, dan pencegahan penyakit.
2. Edukasi mengenai pola aktivitas dan olahraga yang dapat dilakukan oleh pasien.
3. Edukasi mengenai pola makan yang sesuai yang dapat menunjang kesehatan pasien.
4. Edukasi mengenai rutin kontrol ke puskesmas.

Farmakologis

Terapi farmakologis terdiri dari obat oral.

1. Meloxicam 2 x 7,5 mg
2. Omeprazole 2 x 20 mg

Family Focus

1. Edukasi keluarga mengenai penyakit osteoarthritis dan dispepsia meliputi definisi, faktor risiko, gejala, upaya pengobatan, perubahan gaya hidup dengan aktivitas fisik, serta pola makan dari penyakit osteoarthritis dan dispepsia.
2. Menjelaskan kepada anggota keluarga, untuk melakukan pengawasan terhadap pola makan dan aktivitas fisik pasien.
3. Memberikan edukasi dan informasi kepada keluarga pasien pentingnya peran keluarga dalam mendorong pasien untuk rutin kontrol ke puskesmas.

Diagnostik holistik akhir

1. Aspek Personal

- Kekhawatiran: Rasa khawatir pasien berkurang terkait penyakit yang dideritanya akan semakin parah dikarenakan meningkatnya pengetahuan pasien mengenai penyakit yang dideritanya.
- Harapan: Keluhan yang diderita pasien berkurang dan pasien dapat beraktifitas seperti biasa.
- Persepsi: Pasien telah mengetahui tentang perlunya mengontrol teratur penyakitnya ke puskesmas. Selain itu pasien juga mengetahui penyakit yang ia derita yaitu penyakit penyakit pada lutut pasien (osteoarthritis) dan keluhan pada perutnya (dispepsia) dimana pengobatannya harus dengan teratur dan perubahan gaya hidup yang benar.

2. Aspek Klinis

- Osteoarthritis (ICD X: M19.90; ICPC: L90)
- Dispepsia fungsional (ICD X : K30; ICPC: D07).

3. Aspek Risiko Internal

- Usia pasien yang dikategorikan sebagai lansia yang memiliki risiko penyakit degeneratif.
- Pola pengobatan pasien berubah, pasien sudah menyadari bahwa perlu rutin memeriksakan diri ke puskesmas.
- Pasien sudah melakukan penyesuaian aktifitas fisik yakni membatasi kegiatan yang berat dengan berjalan kaki ringan selama maksimal 30 menit, 3 hari per minggu.
- Pengetahuan tentang penyakit yang diderita sudah meningkat dinilai dari peningkatan skor pre-test dan post-test.
- Pola makan pasien telah berubah menjadi sesuai angka kecukupan gizi pasien dan pasien lebih memerhatikan jenis makanan yang baik dikonsumsi oleh pasien.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Meningkatnya pengetahuan keluarga mengenai pola aktivitas yang dianjurkan untuk pasien.
- Meningkatnya pengetahuan keluarga mengenai cara mempersiapkan makanan yang sesuai dengan angka kecukupan gizi pasien.
- Meningkatnya dukungan keluarga dalam proses pengobatan pasien dan keluarga juga sudah paham bahwa ke Puskesmas tidak hanya untuk berobat ketika ada keluhan saja.

5. Derajat Fungsional:

Derajat dua yakni masih mampu melakukan aktifitas ringan sehari-hari di dalam maupun di luar rumah

Diskusi

Studi kasus dilakukan pada pasien dengan keluhan nyeri pada lutut kaki kanan dan kiri. Keluhan nyeri dirasakan hilang timbul. Nyeri biasanya muncul ketika pasien melakukan aktivitas seperti berjalan, saat melakukan gerakan sholat menekuk lutut ketika sujud ataupun saat melakukan perubahan posisi dari posisi duduk kemudian berdiri. Keluhan nyeri dirasakan sedikit membaik ketika sedang beristirahat. Keluhan nyeri lutut seperti ini sudah dirasakan sejak \pm 3 tahun dan memberat sejak 2 bulan terakhir sampai mengganggu aktivitas. Pasien menjelaskan keluhan ini bermula dari pasien yang biasa membereskan rumah seperti kegiatan menyapu dan mencuci pakaian secara manual tanpa bantuan mesin cuci dengan posisi tubuh berjongkok. Pasien juga memiliki kebiasaan berjalan terlalu jauh mengelilingi daerah sekitar rumah. Pasien mengaku ada waktu-waktu tertentu dimana keluhan tidak sampai mengganggu aktivitas namun seringkali pula keluhan yang timbul sangat nyeri sampai pasien sulit bangun dari tempat tidur. Selain nyeri lutut, pasien juga mengeluhkan adanya perih pada perut bagian atas sejak 2 hari sebelum datang ke Puskesmas Satelit. Keluhan perih ini disertai perasaan begah atau kembung. Pasien menjelaskan keluhan ini terjadi hilang timbul, namun biasanya akan timbul memberat ketika pasien telat makan. Keluhan serupa sudah dirasakan pasien sejak \pm 1 tahun terakhir, hilang timbul dan berulang. Pasien biasanya hanya meminum obat warung dan jarang memeriksakan diri ke puskesmas. Pada pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 125/80 mmHg, laju pernafasan 18x/menit, frekuensi nadi 82x/menit, suhu 36,7°C, berat badan 62 kg, tinggi badan 158 cm, IMT 24,8. Berdasarkan kriteria WHO, pasien tergolong ke dalam berat badan normal.

Pada pemeriksaan fisik lokalis regio genu dextra dan sinistra berupa *look, feel* dan *move*, didapatkan hasil *look*, bengkak (-/-), hiperemis (-/-), deformitas (-/-). *Feel*, nyeri tekan (+/+), krepitasi (-/-), teraba hangat (-/-). Pada pemeriksaan gerak, adanya keterbatasan gerak dan nyeri pada genu dextra dan sinistra, dengan fungsi motorik kedua kaki untuk gerakan normal aktif, namun untuk kekuatan motorik didapatkan poin 4, yakni masih dapat melakukan gerakan normal namun penderita tidak bisa melawan tahanan maksimal yang dilakukan pemeriksa. Pada pemeriksaan fisik pasien regio abdomen didapatkan bentuk cembung, bising usus + (8x/menit), nyeri tekan epigastrium (+), tidak didapatkan organomegali.

Dari anamnesis, beberapa faktor risiko didapatkan pada pasien ini, yaitu faktor usia lanjut, usia pasien ini yaitu 76 tahun, dimana semakin meningkat usia maka akan semakin meningkat juga risiko terjadinya OA. Pasien juga merupakan seorang wanita, dimana menurut literatur bahwa angka insidensi OA pada wanita lebih banyak.³ Selain itu riwayat kebiasaan pasien pada kasus ini yakni kegiatan dengan penggunaan sendi yang sering terutama bagian lutut. Hal ini sesuai dengan studi pada literatur, bahwa aktivitas fisik yang berlebihan dan berulang merupakan faktor risiko terjadinya penyakit OA.²

Diagnosis osteoarthritis pada pasien ini ditegakkan atas dasar anamnesis dan pemeriksaan fisik yaitu adanya nyeri pada sendi yang paling sering terkena, yaitu sendi lutut. Nyeri merupakan salah satu gejala yang umumnya terjadi pada pasien osteoarthritis. Nyeri pada pasien dirasakan hilang timbul dan terutama muncul ketika pasien berganti posisi dari duduk dengan menekuk lutut. Berdasarkan studi pada jurnal, pasien osteoarthritis dapat mengeluhkan 2 jenis nyeri, yaitu nyeri yang dirasakan terus-menerus dan nyeri yang hilang timbul. Salah satu karakteristik nyeri yang membedakan osteoarthritis (OA) dengan arthritis lainnya yaitu pada pasien OA nyeri akan dirasakan memberat jika penderita melakukan aktivitas berat yang bertumpu pada persendian tertentu. Sehingga dari keluhan, lokasi dan karakteristik nyeri yang dirasakan pasien, dapat mengarah ke penyakit OA.^{14,15}

Selain nyeri lutut, pasien juga mengeluhkan adanya perih pada perut bagian atas sejak 2 hari sebelum datang ke Puskesmas Satelit. Keluhan perih ini disertai perasaan begah atau kembung. Pasien menjelaskan keluhan ini terjadi hilang timbul, namun biasanya akan timbul memberat ketika pasien telat makan. Pasien menunjukkan tanda klinis dari dispepsia. Dispepsia menurut kriteria Roma III adalah suatu penyakit dengan satu atau lebih gejala yang berhubungan dengan gangguan di gastroduodenal berupa: nyeri epigastrium, rasa terbakar di epigastrium, rasa tidak nyaman setelah makan, rasa cepat kenyang. Dispepsia yang telah diinvestigasi terdiri dari dispepsia organik dan fungsional. Dispepsia organik terdiri dari ulkus gaster, ulkus duodenum, gastritis erosi, gastritis, duodenitis, dan proses keganasan. Dispepsia fungsional mengacu kepada kriteria Roma III. Diagnosis ditegakkan dengan mengikuti konsep kriteria diagnosis Roma III dengan penambahan gejala berupa kembung pada abdomen bagian atas yang umum ditemui sebagai gejala dispepsia fungsional.⁸

Tatalaksana yang dapat diberikan ialah non medikamentosa dan medikamentosa. Tatalaksana non medikamentosa yang dapat dilakukan adalah edukasi terkait penyakit OA dan dispepsia mulai dari definisi, faktor risiko, gejala, upaya pengobatan, sampai ke pencegahan penyakit. Selain itu edukasi untuk mengurangi faktor risiko yang dapat dimodifikasi, misalnya pasien disarankan untuk melakukan aktivitas fisik yang sesuai karena dapat mengatasi keluhan nyeri, meningkatkan fungsi sendi dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Namun aktivitas yang terlalu berat harus dihindari. Sarankan pasien untuk melakukan aktivitas fisik maksimal 30 menit setiap aktivitas, dilakukan 3 kali dalam seminggu, selama 4 – 12 minggu. Aktivitas yang bisa paling mungkin dilakukan oleh pasien adalah melakukan peregangan otot dan berjalan kaki. Selain itu untuk mengurangi keluhan kambuhan terkait dispepsia yang diderita pasien, dapat diedukasi untuk memperhatikan makanan yang harus dihindari dan juga faktor stres yang dapat memperberat gejala dispepsia. Faktor stress penyebab dispepsia sangat beragam, dalam hal ini ketidakhadiran anggota keluarga menjadi salah satu faktor stres yang harus diatasi. Berdasarkan penelitian sebelumnya juga didapatkan bahwa terdapat hubungan antara olahraga, stres, dan pola makan dengan tingkat hipertensi. Sehingga diharapkan dengan pengaturan olahraga, stres dan pola makan yang baik dapat meningkatkan kualitas kesehatan pasien.¹⁶

Sedangkan tatalaksana medikamentosa lini pertama OA adalah menggunakan NSAID (*Non-Steroid Anti Inflammatory Drugs*) atau acetaminophen (paracetamol). NSAID diketahui lebih efektif dibandingkan acetaminophen. NSAID sangat dianjurkan dan merupakan obat oral pilihan pertama pada pengobatan OA terlepas dari lokasi anatomisnya. Penggunaan NSAID harus dimulai dengan dosis analgesik rendah dan dapat dinaikan hingga dosis maksimal hanya bila dengan dosis rendah respon kurang efektif serta harus diberikan bersama dengan *Proton Pump Inhibitor* (PPI) untuk mencegah terjadinya risiko gastrointestinal. NSAID berupa meloxicam dengan dosis 7,5 mg-15mg/hari.²

Terapi medikamentosa dispepsia fungsional perlu dibedakan antara subtype nyeri atau distress postprandial. Pada tipe nyeri epigastrium, lini pertama terapi bertujuan menekan asam lambung (*Antasida, proton pump inhibitor* dan *H2-blocker*). Pada tipe distress postprandial, lini pertama dengan prokinetik, seperti metoklopramid/ domperidon (antagonis dopamin), acotiamide (*inhibitor asetilkolinerasa*), cisapride (antagonis serotonin tipe 3/5HT₃), tegaserod (agonis 5HT₄), buspiron (agonis 5HT_{1a}). Bila lini pertama gagal, PPI dapat digunakan untuk tipe distress postprandial dan prokinetik untuk tipe nyeri. Pada pasien diberikan omeprazole 2 x 20 mg.⁸

Setelah intervensi dilakukan, kemudian dilakukan evaluasi pada 1 Desember 2021. Kondisi pasien semakin baik, menurut pasien dan keluarga keluhan nyeri pada kedua lutut nya sudah berkurang dan kadang ada waktu-waktu dimana keluhan nyeri lutut tersebut sudah tidak dirasakan. Untuk keluhan rasa perih pada perut bagian atas pasien pun dirasakan sudah tidak kambuh. Dan dampak kepada pasien setelah dilakukannya intervensi adalah gaya hidup pasien sudah mulai berubah terutama pola makan dan aktivitas. Pola makan pasien sudah diatur, pola aktivitas pasien juga sudah disesuaikan. Evaluasi mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap penyakit pada

pasien dan keluarga dilakukan dengan meminta untuk menjawab 10 pertanyaan yang sama dengan kunjungan kedua. Hasil menjawab pertanyaan yang kedua kali, terlihat pengetahuan pasien serta keluarganya mengenai penyakit tersebut meningkat. Pada evaluasi pengetahuan pola makan, hasilnya keluarga pasien sudah mulai mengerti dan mulai menerapkannya yakni menyiapkan makanan untuk pasien dan memberikan dukungan untuk dapat makan secara teratur dengan gizi seimbang dan mengetahui makanan yang sebaiknya dikurangi dan memberikan dukungan agar pasien tidak stres untuk mencegah kambuhnya keluhan dispepsia. Kekhawatiran pasien juga telah berkurang dengan meningkatnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang diderita.

KESIMPULAN

1. Wanita usia 76 tahun, dengan keluhan nyeri pada kedua lutut dan rasa perih pada perut bagian atas. Diagnosis osteoarthritis dan dispepsia fungsional pada kasus ini sudah sesuai dengan beberapa teori dan telaah kritis dari penelitian terkini.
2. Telah dilakukan intervensi berupa edukasi menggunakan media cetak dengan materi penyakit osteoarthritis dan dispepsia, pola makan sesuai angka kecukupan gizi dan pentingnya pengobatan serta pemeriksaan rutin.
3. Setelah dilakukan penatalaksanaan holistik dan komprehensif pada pasien dan keluarga pasien, terdapat peningkatan pengetahuan mengenai penyakit yang diderita pasien. Terdapat juga perubahan pada aktifitas fisik, pola makan dan pola berobat.

REFERENSI

1. Winangun. Diagnosis dan Tatalaksana Komprehensif Osteoarthritis. Mataram : Jurnal Kedokteran Universitas Islam Al-Azhar. 2019.
2. Perhimpunan Reumatologi Indonesia. Rekomendasi IRA untuk Diagnosis dan Penatalaksanaan Osteoarthritis. Divisi Reumatologi Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSCM; Jakarta. 2014
3. Achmad Z. Buku Saku Osteoarthritis Lutut. Bandung: Caltics Press. 2013.
4. Braun, Hillary J., Gold, Garry E., 2011. Diagnosis of osteoarthritis : Imaging., Bone. Vol 4C. P. 1-11
5. Soeroso, Juwono., Isbagio, Harry., Kalim, Handono., Broto, Rawan., Pramudyo, Riyadi. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi Ke-6. Jakarta: Internal Publishing.2014
6. Sharon K, dkk. 2020. 2019 American College of Rheumatology (ACR) and the Arthritis Foundation guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. American College of Rheumatology. Vol 72, Issue 2. P. 220-233.
7. Mutmainah S dan Armanto M. 2019. Manajemen pasien osteoarthritis secara holistik, komprehensif dengan menggunakan pendekatan kedokteran keluarga di puskesmas sudiang raya makassar. UMJ. 4(1): 141-153.
8. Lina P. Faktor risiko, klasifikasi dan terapi sindrom dispepsia. 2017. Semarang : CDK. Vol 44 (12). P.870-73.
9. Marcellus S, dkk. 2014. Konsensus Nasional: Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi Helobacter pylori. Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia, Kelompok Studi Helicobacter pylori Indonesia.
10. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. 2015. Jumlah Kasus 10 Penyakit Terbanyak di Provinsi Lampung. Badan Pusat Statistik Provinsi Lampung.
11. Rizky NP, dkk. 2015. Gambaran Sindroma Dispepsia Fungsional Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Riau Angkatan 2014. JOM FK. Vol 2 (2)
12. Robby P, Yusran M. Upaya Pengelolaan Dispepsia dengan Pendekatan Pelayanan Dokter Keluarga. J Medula Unila. Vol 5 (14): 86-90.
13. Bisset F, Aspiroz F. Dietary and lifestyle factors in functional dyspepsia. Nat rev gastroenterol hepatol. 2013. p. 150–7.

14. Abramoff, B dan Caldera, FE. 2019. Osteoarthritis: Pathology, Diagnosis, and Treatment Options. *Med Clin N Am*: 1-19.
15. Zhang, Z., Huang C., Jiang, Q., *et al.* 2020. Guidelines for The Diagnosis and Treatment of Osteoarthritis in China. *Ann Transl Med*;8(19): 1213
16. Kurniawan I, Sulaiman. 2019. Hubungan Olahraga, Stress dan Pola Makan dengan Tingkat Hipertensi di Posyandu Lansia di Kelurahan Sudirejo I Kecamatan Medan Kota. *Journal of Health Science and Physiotherapy*. Vol 1 (1): 10-17.