



STUDI KASUS: DIAGNOSTIK HOLISTIK DAN PENATALAKSANAAN LAYANAN PRIMER PADA PENYAKIT *FROZEN SHOULDER* DAN HIPERTENSI DENGAN OBESITAS

Hady Maulanza¹, Farhan Mubarak², Zuher³

^{1,2,3}Program Studi Kedokteran Umum, Fakultas Kedokteran, Universitas Abulyatama.

Jl. Blangbintang Lama, Aceh Besar, Indonesia

* Email korespondensi: hdymaulanza_fk@abulyatama.ac.id

Diterima 8 Januari 2024; Disetujui 16 April 2024; Dipublikasi 29 April 2024

Abstract: Frozen shoulder is a shoulder pain disorder that It is caused by thickening and tightening of the connective tissue capsule around the shoulder joint. The most common risk factors are age > 40 years, women > men as much as 70%, recent trauma such as surgery or fracture of the arm can cause immobility during recovery. Typical in frozen shoulder; there is progressive shoulder stiffness, severe pain (especially at night) and almost complete loss of passive and active external rotation of the shoulder. In the general population in Indonesia, the prevalence of frozen shoulder reaches around 2%. Frozen shoulder can occur in both shoulders at the same time or alternately in as many as 16%. A total of 14% of sufferers experience frozen shoulder on the contralateral shoulder while the shoulder on the other side still experiences the same thing. The aim of this research is to implement family doctor services holistically and comprehensively by identifying risk factors, clinical problems, and patient management based on Evidence Based Medicine with a patient centered and family focused approach. This study is a case report. Primary data was obtained through autoanamnesis, physical examination and home visits. Secondary data was obtained from patient medical records. Mrs. A is 55 years old with complaints of stiff shoulders and also pain in the right shoulder, especially when moved, which occurs when working and feels lighter when resting, the complaint has been felt for approximately 2 months, the patient still feels pain in the shoulder and is followed by stiffness in the shoulder, limited movement in the shoulder, and finally difficulty in carrying out daily activities. Internal risk factors in patients are: The patient's age, the patient's excess weight, there is concern that other complications will arise and can aggravate the patient's complaints, excessive activity that burdens the patient's shoulders and right hand, excessive and uncontrolled consumption of salt, fat, sugar, and irregular re-control your blood pressure. External risk factors in patients are: Family who lives in the same house as the patient is an active smoker, the patient's mother, father and older brother have hypertension. Diagnosis and management of patients has been carried out holistically, patient centered, family focused and community oriented. Changes in clinical, knowledge, and behavior of patients and their families occur after being given the intervention.

Keywords: Frozen Shoulder, Shoulder Stiffness, Family Medicine Service

Abstrak: Frozen shoulder merupakan gangguan nyeri bahu yang disebabkan oleh penebalan dan pengencangan kapsul jaringan ikat disekitar sendi bahu. Faktor resiko paling sering adalah usia > 40 tahun, wanita > pria sebanyak 70%, trauma yang belum lama terjadi seperti pembedahan atau fraktur lengan dapat menyebabkan imobilitas selama pemulihan. Khas dalam frozen shoulder, yaitu kekakuan bahu progresif, nyeri hebat (terutama pada malam hari) dan hampir hilangnya rotasi pasif dan aktif eksternal bahu. Pada populasi umum di Indonesia prevalensi frozen shoulder mencapai sekitar 2%. Frozen shoulder dapat terjadi pada kedua bahu pada saat yang bersamaan atau bergantian sebanyak 16%. Sejumlah 14% penderita mengalami frozen shoulder bahu kontralateral pada saat bahu di sisi lainnya masih mengalami hal yang sama. Tujuan penelitian ini untuk menerapkan pelayanan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, dan penatalaksanaan pasien berbasis Evidence Based Medicine dengan pendekatan patient centered dan family focused. Studi ini merupakan sebuah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui autoanamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Ny. A berusia 55 tahun dengan keluhan keluhan bahu terasa kaku dan juga nyeri pada bahu kanan terutama saat digerakkan yang timbul saat bekerja dan terasa lebih ringan saat beristirahat, keluhan dirasakan lebih kurang sejak 2 bulan ini, pasien masih merasakan bahunya nyeri dan diikuti dengan kekakuan pada bahu, keterbatasan gerak pada bahu, dan akhirnya kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari hari. Faktor risiko internal pada pasien adalah: Usia pasien, berat badan pasien yang berlebih dikhawatirkan akan timbul komplikasi lain dan dapat memperberat keluhan pasien, aktivitas berlebih yang membebani bahu dan tangan kanan, konsumsi garam, lemak, gula berlebih dan tidak terkontrol, dan tidak teratur kontrol ulang tekanan darahnya. Faktor risiko eksternal pada pasien adalah: Keluarga yang tinggal serumah dengan pasien perokok aktif, Ibu, ayah dan abang pasien yang mengalami hipertensi. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien telah dilakukan secara holistik, patient centered, family focused, dan community oriented. Perubahan pada klinis, pengetahuan, serta perilaku pasien dan keluarganya terjadi setelah diberikan intervensi.

Kata Kunci: Frozen Shoulder, Kekakuan Bahu, Pelayanan Kedokteran Keluarga

PENDAHULUAN

Frozen Shoulder atau disebut juga perekatan kapsulitis merupakan gangguan nyeri bahu yang sangat umum terjadi. Dilaporkan bahwa sekitar 2% hingga 5% populasi mengalami keluhan ini, dan merupakan salah satu gangguan nyeri pada muskuloskeletal paling serius. Pasien dengan keluhan ini mengalami penurunan kualitas hidup karena mobilitas bahu mereka menjadi terbatas.¹

Kasus frozen shoulder dilaporkan pertama kali pada tahun 1972 oleh Duplay dengan "*periartrosis scapulohumeral*", kemudian istilah *Frozen Shoulder* digunakan pertama kali oleh Codman pada tahun 1934 dengan mendeskripsikan gejala yang sering muncul yaitu, onset nyeri yang dirasakan di dekat insersi otot deltoid terjadi secara bertahap, ketidakmampuan untuk tidur pada sisi yang sakit/nyeri, dan elevasi aktif dan pasif serta rotasi eksternal yang terbatas, namun dengan gambaran radiologis yang normal.²

Frozen shoulder dapat diklasifikasikan sebagai primer (idiopatik) atau sekunder. Kelompok primer memiliki onset bertahap dan gejala berkembang secara lambat. Kasus sekunder umumnya timbul karena trauma atau imobilisasi berkepanjangan yang dapat disebabkan oleh berbagai patologi, misalnya stroke.³ Gangguan ini merupakan salah satu masalah muskuloskeletal paling umum yang terjadi di bagian ortopedi. Namun, terlepas dari banyaknya temuan kasus frozen shoulder ini dan kemajuan operasi pada bahu selama empat belas dekade terakhir, masih belum dapat dipastikan apa pilihan terbaik untuk pengobatan kondisi ini.²

Hipertensi didefinisikan sebagai kondisi tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg.⁴ Sekitar 80-95% merupakan hipertensi esensial yang berarti

tidak ada penyebab spesifik. Kondisi ini umumnya jarang menimbulkan gejala dan sering tidak disadari, sehingga dapat menimbulkan morbiditas lain, seperti gagal jantung kongestif, hipertrofi ventrikel kiri, stroke, gagal ginjal stadium akhir atau bahkan kematian.⁵

Hipertensi adalah salah satu penyebab terbesar morbiditas di dunia, sering disebut sebagai pembunuh diam-diam.⁴ Data *World Health Organization* (WHO) 2019 menunjukkan prevalensi hipertensi di dunia mencapai sekitar 1,13 miliar individu, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Jumlah penderita hipertensi diperkirakan akan terus meningkat mencapai 1,5 miliar individu pada tahun 2025, dengan kematian mencapai 9,4 juta individu. WHO menyebutkan bahwa salah satu target global penyakit tidak menular adalah menurunkan prevalensi hipertensi hingga 25% pada tahun 2025.⁶

Adanya hipertensi dapat menurunkan produktivitas dan kualitas individu. Pendekatan keluarga dalam penatalaksanaan dapat membantu mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh, baik secara klinis, personal, maupun psikososial keluarga. Dengan pendekatan ini, penatalaksanaan akan lebih komprehensif dan diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.⁷

Berdasarkan uraian di atas, pemeriksa tertarik untuk membahas mengenai penatalaksanaan hipertensi dengan prinsip kedokteran keluarga. Tujuan dari penulisan ini sebagai penerapan pelayanan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, dan penatalaksanaan pasien berbasis *evidence based medicine* dengan pendekatan *patient centered* dan *familyfocused*.

Kasus

Ny. A berusia 55 tahun datang ke Puskesmas lampaseh dengan keluhan keluhan bahu terasa kaku dan juga nyeri pada bahu kanan terutama saat digerakkan yang timbul saat bekerja dan terasa lebih ringan saat beristirahat, keluhan tersebut sudah dirasakan lebih kurang sejak 2 bulan yang lalu, sebelumnya pasien ada minum obat tradisional namun tidak ada perubahan yang signifikan setelah meminum obat tersebut, pasien masih merasakan bahunya nyeri dan diikuti dengan kekakuan pada bahu, keterbatasan gerak pada bahu, dan akhirnya kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari hari terutama aktivitas yang harus mengangkat bahu seperti memakai baju, menyisir rambut, dan sangat kesulitan membawa barang dagangannya, selain itu pasien juga mengeluhkan nyeri kepala yang terasa seperti diikat, nyeri kepala disertai penglihatan kabur disangkal, pasien juga mengeluh nyeri lutut, tumit dan nyeri panggul. Sebelumnya pasien tidak mengeluhkan adanya riwayat jatuh atau tertimpa beban berat pada bahu kanan nya, Keluhan batuk (-), pilek (-), keluhan mual tidak ada, muntah tidak ada, nyeri ulu hati (-), bengkak pada kaki dan tangan (-), BAK dan BAB dalam batas normal.

Pasien mengaku saat ini mengidap penyakit Hipertensi sejak lebih kurang 1 tahun yang lalu dan saat ini tidak rutin mengkonsumsi obat hipertensi. Pasien sudah mengkonsumsi amlodipine 1x 10mg dan tidak memiliki riwayat alergi. Pasien merupakan seorang penjual mie keliling dengan penghasilan tidak menentu, pasien harus bekerja demi membantu kecukupan dalam rumah tangga dan tetap memaksakan diri untuk bekerja dengan kondisi sakit pasien saat ini. Pasien beristirahat kurang lebih 5-6 jam setiap malam, pasien tidak pernah tidur siang. Saat ini pasien tinggal bersama anak, menantu dan

cucunya. Pasien menikah satu kali saat pasien berusia 18 tahun dan memiliki 4 orang anak, pasien ditinggal mati suami sejak tahun 2003. Pasien merasa nyaman dan tidak memiliki masalah saat bersosialisasi dan berhubungan dengan lingkungan sekitar.

Hubungan antar keluarga pasien cukup harmonis yang di tandai dengan mereka sering bercengkrama dan saling menceritakan apa yang dilalui sehari sehari diluar rumah, dan saling peduli satu sama lain dalam hal apapun .

Data Klinis

Pemeriksaan Fisik :

Keadaan umum: tampak sakit sedang;
kesadaran : compos mentis ; tekanan darah: 167/89mmHg; frekuensi nadi: 72 x/menit; frekuensi napas: 20 x/menit; suhu: 36,7 ⁰C; SpO₂ : 99%; berat badan: 80 kg; tinggi badan: 156 cm; IMT: 32,87 (Obesitas).

Status generalis :

Kepala, mata, telinga, hidung, kesan dalam batas normal. Paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan rhonki dan wheezing, kesan dalam batas normal. Batas jantung tidak terdapat pelebaran, kesan batas jantung normal. Abdomen, datar dan supel, tidak didapatkan organomegali ataupun ascites, kesan dalam batas normal.

Ekstermitas :

	Ekstremitas superior		Ekstremitas inferior	
	dextra	sinistra	dextra	sinistra
Kekuatan	4/4/4	5/5/5/5	5/5/5/5	5/5/5/5
Tonus	Normal	Normal	Normal	Normal
Refleks fisiologis	Normal	Normal	Normal	Normal
Refleks patologis
Sensibilitas	Normal	Normal	Normal	Normal

Tabel 1. Pemeriksaan Ekstremitas

Pemeriksaan Neuromuskular:

	Shoulder joint dekstra	Shoulder joint sinistra
Look	Edema (-), deformitas (-)	Edema (-), deformitas (-)
Feel	Nyeri tekan (+), spasme (+)	Nyeri tekan (-), spasme (-)
Moovement	Fleksi 0-90° Ekstensi 0-30° Abduksi 0-70° Endorotasi 0-30° Eksorotasi 0-30° Apley test (+), drop arm test (-)	Normal

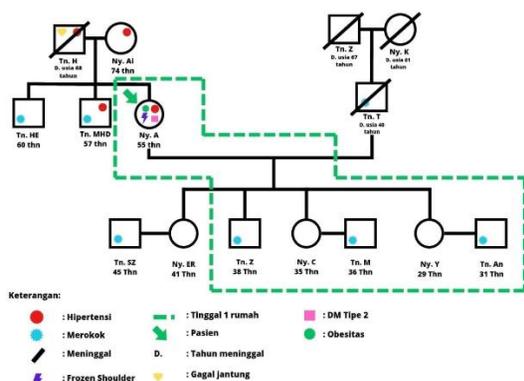
Tabel 2. Pemeriksaan Neuromuskular

Data Keluarga

Pasien adalah seorang janda yang ditinggal mati oleh suaminya dan memiliki 4 orang anak. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti yaitu terdiri pasien, 3 anaknya dan 2 menantunya.

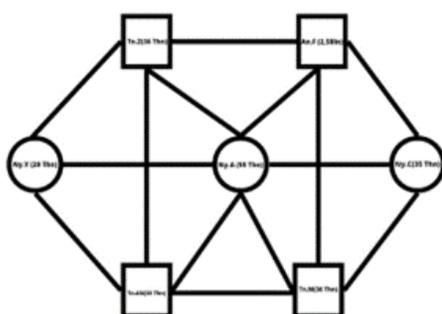
Keluarga mendukung untuk segera berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila keluhan sudah terasa mengganggu kegiatan sehari-hari. Keluarga pasien berobat ke puskesmas. Jarak rumah ke puskesmas ± 4 km ditempuh dengan sepeda motor.

Genogram



Gambar 1 . Genogram Keluarga Ny.A

Family Map



Gambar 2. Family Map Ny.A

Family Apgar Score:

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

Total Family Apgar score 9 (nilai 8-10, keluarga sangat fungsional)

Data Lingkungan Rumah

Karakteristik Sanitasi Rumah dan Tempat Tinggal	
Lantai Rumah	Keramik
Atap rumah	Plafon
Dinding rumah	Tembok
Cat dinding rumah	Merah Muda
Luas Tanah	100 m ²
Luas bangunan	15x 15m (1 lantai)
Jumlah kamar	2 kamar tidur 1 kamar mandi
Cerobong asap	Tidak ada
Jendela terbuka	Ada
Jendela sebagai ventilasi	2 jendela
Dapur	Ada
Sumber air bersih	Sumur dan PDAM
Sumber pencemaran dekat (<10m) dari sumber air	Tidak Ada
Kemudahan mendapatkan air bersih	Mudah
Pengolahan air minum sebelum diminum	Air galon
Tempat penampungan air sebelum dimasak	Tidak ada
Tempat penampungan air limbah dari kamar mandi/tempat cuci/dapur	Septic tank
Saluran pembuangan air limbah dari kamar mandi/tempat cuci/dapur	Dialirkan melalui pipa
Tempat pembuangan sampah diluar rumah	Ada
Bahan bakar untuk memasak sehari-hari	Gas
Memelihara ternak dirumah	Tidak Ada

Tabel 3. Karakteristik Sanitasi Rumah dan Tempat Tinggal

Kedaaan Didalam Rumah

- Kepemilikan rumah : Rumah Kontrakan
- Daerah perumahan : Padat Pemukiman
- Ukuran rumah tidak cukup untuk ditempati 7 orang

- Rumah berada di lingkungan padat penduduk
- WC yang digunakan pasien adalah WC jongkok
- Ventilasi udara kurang dan sedikit pengap
- Keadaan di dalam rumah bersih.
- Tempat penampungan limbah dan sampah ada
- Sumber air bersih untuk mandi, minum, memasak, mencuci baik dan mudah diperoleh.

Keadaan Disekitar Rumah

Masyarakat di lingkungan tempat tinggal pasien menggunakan PDAM dan sumur, sarana pembuangan langsung ke *septic tank*. Sampah rumah tangga dibuang ke tong sampah dan akan dilakukan pengambilan oleh petugas pengelola sampah.

Karakteristik Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	
Sarana pelayanan kesehatan yang digunakan	Puskesmas
Jarak dan waktu yang harus ditempuh	Puskesmas berjarak 4 km dari kediaman yang dapat ditempuh dengan naik sepeda motor.
Angkutan umum ke faskes terdekat	Tidak Ada
Tarif pelayanan kesehatan	Terjangkau
Pelayanan kesehatan yang diberikan	Memuaskan

Tabel 4. Karakteristik Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Diagnostik Holistik

1. Aspek Klinis

- Diagnosis klinis : Frozen Shoulder Dextra dan Hipertensi Stage II
- Diagnosis gizi/nutrisi : Obesitas

- Diagnosis psikososial : Cemas terhadap Penyakit yang Dialaminya.

2. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Pasien mengalami nyeri pada daerah bahu kanan, terasa kaku dan sulit digerakkan sehingga mengganggu aktivitas harian pasien, pasien tidak rutin mengkonsumsi obat hipertensi dan tidak menjaga pola makan yang sehat dan seimbang.
- Kekhawatiran: Pasien merasa khawatir penyakitnya bertambah berat sehingga pasien tidak bisa beraktivitas seperti biasa sehingga akan mengganggu perekonomian keluarga pasien. Harapan: pasien berharap penyakit tidak semakin memburuk dan tidak menularkan kepada orang disekitar pasien.
- Harapan: Pasien berharap penyakitnya secepatnya membaik dan dapat beraktivitas Kembali seperti biasa.
- Persepsi: Pasien berkonsultasi dengan tenaga medis mengenai penyakitnya, konsumsi obat secara teratur dan menjaga pola makan yang sehat serta gizi seimbang.

3. Aspek Risiko Internal

- Usia pasien
- Berat badan pasien yang berlebih dikhawatirkan akan timbul komplikasi lain dan dapat memperberat keluhan pasien
- Aktivitas berlebih yang membebani bahu dan tangan kanan pasien
- Konsumsi garam, lemak, gula berlebih dan tidak terkontrol
- Pasien tidak teratur kontrol ulang tekanan darahnya

4. Aspek Eksternal

- Keluarga yang tinggal serumah dengan pasien perokok aktif
- Ibu, ayah dan abang pasien yang mengalami hipertensi

5. Aspek Derajat Fungsional

Derajat 2 : *Started to Have Difficulties* (pasien terkadang terganggu dalam melakukan aktivitas nya)

Uraian Diagnosis Holistik:

Pasien atas nama Ny. A datang ke poli umum puskesmas Lampaseh hari rabu tanggal 22 November 2023 dengan keluhan bahu terasa kaku dan juga nyeri pada bahu kanan terutama saat digerakkan yang timbul saat bekerja dan terasa lebih ringan saat beristirahat, keluhan tersebut sudah dirasakan lebih kurang sejak 2 bulan yang lalu, sebelumnya pasien ada minum obat tradisional namun tidak ada perubahan yang signifikan setelah meminum obat tersebut, pasien masih merasakan bahunya nyeri dan diikuti dengan kekakuan pada bahu, keterbatasan gerak pada bahu, dan akhirnya kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari terutama aktivitas yang harus mengangkat bahu seperti memakai baju, menysisir rambut, dan sangat kesulitan membawa barang dagangannya, selain itu pasien juga mengeluhkan nyeri kepala yang terasa seperti diikat, nyeri kepala disertai penglihatan kabur disangkal, pasien juga mengeluh nyeri lutut, tumit dan nyeri panggul. Pasien juga mengaku tidak rutin konsumsi obat hipertensi dan pasien tidak rutin kontrol ulang terkait penyakit hipertensinya. Pasien juga mengatakan tidak menjaga pola makan yang sehat. Berdasarkan anamnesa dan hasil pemeriksaan pasien didiagnosis frozen shoulder dan hipertensi.

Pengelolaan Komprehensif

1. *Patient-Centered*

a. Promotif-Preventif

- Menghindari aktivitas fisik berlebihan pada tangan yang sakit
- Melakukan peregangan setelah aktivitas berat yang berlebihan pada bahu dan tangan
- Edukasi pengendalian hipertensi dengan

PATUH

- Periksa Kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter
- Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur
- Tetap diet dengan gizi seimbang (mengurangi konsumsi garam berlebih, MSG, makan dengan porsi kecil namun sering)
- Upayakan aktivitas fisik rutin (Jalan cepat, jogging, bersepeda, berenang 3-5x/ minggu durasi 30-45 menit)
- Hindari asap rokok, alkohol, dan zat karsinogenik lainnya.

b. Kuratif

Farmakologi

- Natrium diklofenak 50 mg 2x1
- Amlodipine 10 mg 1x1
- Omeprazole 20 mg 2x1
- Vitamin B1 2x1
- Kalsium laktat 2x1

Edukasi

- Menghindari membawa beban berat barang berat pada bahu
- Melakukan aktivitas fisik peregangan agar tidak terjadi kekakuan pada bahu
- Mengatur sikap tubuh saat beraktivitas harian seperti tidak mengangkat beban berat dengan sebelah tangan
- Upayakan untuk tidak mengangkat

- beban berat dan meletakkannya diatas punggung atau bahu
- e. Mengurangi konsumsi garam tidak melebihi satu sendok teh perhari. Tidak merokok dan menghindari dari asap rokok.
 - f. Mengonsumsi sayuran dan buahan, menurunkan berat badan dan menjaga berat badan ideal (IMT normal 18,5 – 22,9 kg/m²). Berat badan ideal pada pasien yaitu 46-56 kg berdasarkan tinggi badan, dan harus menurunkan berat badan minimal 20 kg dan maksimal 32 kg.
 - g. Aktivitas fisik teratur ringan sampai sedang (minimal 30 menit sehari seperti: jalan kaki 3 Km/hari, berenang dan senam), serta menghindari rokok.
 - h. Pola makan gizi seimbang sesuai dengan isi piringku untuk pasien obesitas.
 - i. Menghindari mengangkat beban yang terlalu berat serta aktivitas fisik yang melibatkan tangan dan bahu kanan yang berlebihan
 - j. Memberitahu kepada pasien pentingnya peregangan dan istirahat yang cukup untuk mengurangi keluhan dan mencegah komplikasi lebih lanjut terkait dengan penyakitnya
 - k. Mengonsumsi obat antihipertensi rutin dan sesuai anjuran dokter
 - l. Mengedukasi pasien tentang pentingnya mengonsumsi obat antihipertensi secara teratur dan rutin agar tekanan darah tetap terkontrol dan mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat

m. Kontrol ulang rutin ke puskesmas.

c. **Disability limitation** : Tidak ada

d. **Intervensi gizi** : Mengikuti panduan pola makan untuk BB obesitas dengan pola “Piringku T “

e. **Rehabilitatif** : Tidak ada

Pengelolaan gizi dan nutrisi

1.	Kebutuhan Kalori BMR Perempuan	$= 665 + (9,6 \times BB) + (1,8 \times TB) - (4,7 \times U)$ $= 665 + (9,6 \times 80) + (1,8 \times 156) - (4,5 \times 55)$ = 1.466 kkal/hari
2.	Kebutuhan Karbohidrat	$= 55\% \times 1.466 \text{ kkal/hari} : 4 \text{ gram}$ $= \text{gram/hari} : 4 \text{ gram}$ = 665 gram/hari
3.	Kebutuhan Protein	$= 20\% \times \text{Kebutuhan total kalori harian} : 4 \text{ gram}$ $= 20\% \times 1.466 \text{ kkal/hari} : 4 \text{ gram}$ = 1.830 gram/hari
4.	Kebutuhan Lemak	$= 20\% \times \text{Kebutuhan total kalori harian} : 9$ $= 20\% \times 1.466 \text{ kkal/hari} : 9$ = 814 gram/ hari
5.	Komposisi	1 gram karbohidrat : 4 kkal 1 gram protein : 4 kkal 1 gram lemak : 9 kkal

Pola makan untuk berat badan obesitas:

a. Pola Makan

- Hindari Mengonsumsi makanan beranekaragam, idealnya setiap kali makan terdiri dari 4 kelompok hidangan (makanan pokok, lauk, sayur dan buah)
- Mengutamakan mengonsumsi makanan sumber karbohidrat kompleks, seperti (kelompok padi-padian dan umbi-umbian, yaitu 3-8 porsi perhari tergantung kepada kebutuhan)
- Mengonsumsi makanan sumber protein hewani dan nabati masing-masing 2-3 porsi perhari, seperti ikan,

tahu, tempe dan lainnya

- Mengonsumsi sayur 3-5 porsi perhari dan buah 2-3 porsi perhari
- Membatasi konsumsi lemak, minyak, dan gula dan tidak minum alcohol
- Membiasakan pola makan teratur terdiri dari 3 kali makan utama (pagi, siang, malam) dan 1-2 kali makan selingan
- Porsi makan malam lebih sedikit dibandingkan makan pagi dan siang.

b. Pengaturan makan berdasarkan piring T untuk obesitas

- Mengurangi mengonsumsi bahan sumber karbohidrat kompleks seperti nasi, roti, jagung, kentang dan sereal.
- Menghindari konsumsi bahan makanan sumber karbohidrat sederhana seperti gula pasir, gula merah, sirup, kue yang manis dan gurih, madu, selai, dodol, coklat, peremen, minuman ringan dll.

Mengutamakan konsumsi protein rendah lemak seperti ikan, putih telur, ayam tanpa kulit, susu dan keju rendah lemak, tempe, tahu, dan kacang-kacangan yang diolah.

PEMBAHASAN

Pembinaan dilakukan sebagai bentuk pelayanan kedokteran keluarga terhadap Ny.A berusia 55 Tahun dengan *Frozen Shoulder* dan Hipertensi dengan obesitas. Pembinaan ini dilakukan dengan alasan penyakit tersebut merupakan penyakit menahun yang dipengaruhi oleh berbagai faktor resiko dan dapat menimbulkan berbagai komplikasi bila tidak dikontrol dan ditangani dengan benar. Alasan lain adalah karena dengan keluhan ini sangat mengganggu kegiatan sehari-hari pasien. Selain itu, pembinaan ini tidak hanya berfokus pada pasien, namun juga terkait dengan keluarga. Hal tersebut karena penatalaksanaan penyakit ini

tidak hanya dipengaruhi oleh pasien dan tenaga kesehatan saja, akan tetapi dukungan dan pengetahuan keluarga juga sangat berpengaruh agar penyakit pada pasien dapat terkontrol dengan baik.

Pembinaan kedokteran keluarga pada pasien ini dilakukan dalam beberapa kunjungan. Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 23 Oktober 2023. Pada kunjungan pertama dilakukan kegiatan berupa pengenalan dengan pasien dan keluarganya yang tinggal serumah. Kegiatan selanjutnya adalah menjelaskan terkait maksud dan tujuan kedatangan, anamnesis tentang pasien terkait keadaan keluarga, serta pemeriksaan fisik untuk menentukan diagnosis. Berdasarkan hasil anamnesis, pasien mengeluhkan nyeri dan kaku pada bahu kiri sejak 2 bulan ini karena sering mengangkat beban berat dan mengenai hipertensinya pasien sudah mengetahui bahwa dirinya memiliki tekanan darah tinggi, namun pasien mengonsumsi obat antihipertensi hanya jika ada keluhan saja. Pada anamnesis diperoleh beberapa faktor risiko.

Berdasarkan dari faktor risiko internal bahwa rata-rata usia pasien yang mengalami *frozen shoulder* adalah 52 tahun.⁸ Hal ini disebabkan oleh proses degenerasi dan terjadinya perubahan hormon pada masa menopause. Salah satu hormon yang mengalami perubahan adalah kalsitonin yang disekresi oleh tiroid. Hormon ini diketahui dapat menghambat aktivitas osteoklas, menurunkan produksi kolagen dan adhesi fibroblas yang dapat menyebabkan meningkatnya peradangan dalam sinovial dan kekakuan sendi bahu. Sehingga wanita pada masa pre dan post menopause lebih sering mengalami frozen shoulder.⁹

Apabila ditinjau dari aktivitas sehari-hari, maka aktivitas yang sering dilakukan pasien adalah kegiatan yang monoton, statis dengan

menggunakan gerakan lengan yang berulang-ulang seperti mengangkat pada satu sisi tangan, mencuci, memasak atau menyetrika baju. Ditambah dengan lingkungan aktivitas yang belum tentu ergonomis seperti tempat menjemur pakaian menyebabkan *microtrauma* sehingga terjadi inflamasi sendi dan mengakibatkan *frozen shoulder*.¹⁰ Demikian juga dengan aktivitas berulang dengan beban berlebihan pada lengan.¹¹

Penatalaksanaan *frozen shoulder* dilakukan pada pasien ini adalah dengan pemberian NSAID yaitu natrium diklofenak 2x 50 mg. Berdasarkan literatur salah satu tatalaksana secara non-operatif meliputi pemberian obat NSAID, kortikosteroid, fisioterapi, elektroterapi dan krioterapi atau terapi kombinasi. Pemberian NSAID atau analgesik lain jangka pendek selama 2-3 minggu untuk meminimalisir rasa sakit yang hebat pada fase pembekuan. Terapi ini dilakukan dengan tujuan agar pasien dapat melakukan aktivitas harian dan latihan peregangan lebih mudah.¹²

Fisioterapi lengan terdiri dari fisioterapi pereda nyeri, fisioterapi mobilisasi, dan fisioterapi penguat. Fisioterapi lebih baik dilakukan pada fase pembekuan untuk meredakan nyeri dan menghindari teknik mobilisasi agresif karena dapat memperburuk rasa sakit. Modalitas fisioterapi pereda rasa sakit seperti laser, diatermi gelombang pendek, USG dan gelombang panas. Fisioterapi dilakukan bersama pemberian NSAID atau injeksi lokal steroid dapat memberikan efek yang lebih baik dalam meredakan gejala daripada hanya Fisioterapi.¹²

Keadaan lain pada Ny.A yaitu adanya hipertensi yang dilihat dari aspek risiko internal yaitu usia >40 tahun dan obesitas pada pasien. Kasus hipertensi pada perempuan dihubungkan dengan faktor hormonal yang mengakibatkan hipertensi yang diderita oleh perempuan lebih

besar jika dibandingkan dengan laki-laki faktor lain muncul, seperti obesitas, pola makan tidak sehat.¹³

Proporsi hipertensi meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Secara fisiologis, semakin tua usia, semakin tinggi risiko berkembangnya hipertensi. Pada usia antara 35-65 tahun, tekanan darah sistolik secara normal meningkat 20 mmHg dan terus meningkat setelah usia 70 tahun. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa semakin tua, semakin tinggi risiko terjadinya hipertensi karena mulai menurunnya fungsi organ.¹⁴

Obesitas juga menjadi salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi. Pasien memiliki BB 80 kg, TB 156 cm dengan IMT 32,87 kg/m² hal ini sudah termasuk kedalam kategori obesitas. Hipertensi dapat disebabkan oleh kegemukan karena jantung harus bekerja lebih keras untuk memenuhi aliran darah dampak dari timbunan lemak yang mempersempit pembuluh darah. Hipertensi tidak disebabkan oleh kegemukan, namun penderita obesitas memiliki prevalensi hipertensi tinggi.¹⁵

Intervensi secara medikamentosa adalah dengan pemberian obat antihipertensi. Pasien diberikan intervensi medikamentosa berupa Amlodipine 1x 10mg. Amlodipin merupakan salah satu agen terapi yang andal untuk menurunkan tekanan darah dengan cepat.¹⁶

Pengobatan awal hipertensi pada pasien dengan amlodipin 10 mg/hari dan dikonsumsi pada malam hari, salah satu obat antihipertensi golongan *calcium channel blockers* (CCB). *calcium channel blockers* (CCB) pertama kali diperkenalkan sejak 35 tahun sebagai pengobatan awal penyakit jantung koroner (PJK), kemudian diteliti efikasinya terhadap hipertensi. Amlodipin

bersifat *long-acting*, lipofilik, dan merupakan CCB dihidropiridin generasi ketiga yang bekerja dengan cara menghambat masuknya kalsium ke dalam sel otot polos pembuluh darah dan sel miokardium, yang mengakibatkan penurunan resistensi pembuluh darah perifer. Amlodipin biasanya diberikan sekali sehari karena waktu paruhnya yang panjang, yang menguntungkan bagi kepatuhan pasien. Dosis awal 5 mg, biasanya direkomendasikan dengan dosis harian maksimum 10 mg.¹⁷

Tekanan darah secara normal meningkat di malam hari dalam 24 jam, dengan puncak sejak pukul 06.00-09.00 dan 16.00-18.00, dan kemudian menurun pada tekanan darah terendah sejak pukul 02.00-03.00. Tujuan dari obat antihipertensi adalah menurunkan tekanan darah dan mencegah fluktuasi berlebih untuk mengurangi kejadian kardiovaskuler dan serebrovaskuler. Pemberian amlodipin pada malam hari lebih efektif menurunkan *nighttime blood pressure*, memulihkan ritme tekanan darah pada malam, dan memiliki efikasi yang lebih baik sebagai antihipertensi, terutama untuk tekanan darah sistolik malam dan rerata tekanan darah sistolik dalam 24 jam.¹⁸

Intervensi secara non-medikamentosa adalah dengan memberikan edukasi dengan media poster kepada pasien dan keluarganya tentang hipertensi yang berisi faktor risiko, komplikasi, serta pencegahan dan pengendaliannya. Selain itu dilakukan edukasi untuk mengonsumsi obat yang telah diberikan setiap hari, melakukan aktivitas fisik, dan mengelola stres, dengan media kalender hipertensi serta mengurangi mengangkat beban berat. Keluarga juga diminta untuk ikut serta membantu pasien untuk mengingatkan mengonsumsi obat dan rutin mengecek tekanan darah ke puskesmas sekaligus pengambilan obat

antihipertensi bulanan

Faktor pendukung dalam penyelesaian masalah pasien dan keluarga adalah pelaku rawat yang serumah dengan pasien sehingga pasien mendapatkan dukungan dan bantuan yang cukup baik dalam melakukan pola hidup sehat. Sedangkan faktor penghambatnya adalah belum terbiasanya pasien dalam menerapkan pola hidup yang sehat seperti masih malas berolahraga dan pasien masih berjualan.

KESIMPULAN

Pasien Ny. A usia 55 tahun dengan diagnosis *Frozen Shoulder* dan Hipertensi dengan obesitas, memiliki faktor risiko internal, seperti jenis kelamin perempuan, usia 55 tahun, obesitas, mengangkat beban berat, aktifitas fisik yang kurang, riwayat hipertensi, pola pengobatan kuratif, serta kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakitnya; komplikasi yang mungkin terjadi; cara pengendalian penyakitnya. Faktor risiko eksternal pada pasien adalah kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit pasien, faktor risiko, komplikasi, serta pencegahan dan pengendalian penyakit pada keluarga dan stres ekonomi akibat kerugian gagal panen.

Pada pasien telah dilakukan intervensi dengan diberikan beberapa pengobatan penunjang untuk mengontrol dan meringankan gejala pasien. Dukungan keluarga diperlukan untuk membantu pasien dalam mengendalikan penyakitnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Tang H, Wei W, Yu T, Zhao Y. Physical therapy for the treatment of frozen shoulder: A protocol for systematic review of randomized controlled trial. *Medicine Journal*. 2019; 98(32): 1-3.
- Uppal HS, Evans JP, Smith C. Frozen shoulder:

- A systematic review of therapeutic options. *World Journal of Orthopedics*. 2015; 6(2): 263-68
- Nagy MT, MacFarlane RJ, Khan Y, Waseem M. The Frozen Shoulder: Myths and Realities. *The Open Orthopaedics Journal*. 2013;7:352-5
- PERHI. Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi. Jakarta: Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia. 2019.
- Longo DL. Hypertension Treatment. *Harrison's Principle of Internal Medicine*. 19th ed. McGraw-Hill Co, Inc. p. 2015: 1622-7.
- WHO. Hypertension. Geneva: World Health Organization. 2019.
- Messerli FH, Rimoldi SF, Bangalore S. The Transition From Hypertension to Heart Failure: Contemporary Update. *JACC Heart Fail*. 2017;5(8):543- 551.
- Ebrahimzadeh, M. H., & Moradi, A. (2019). The Relationship between Depression or Anxiety Symptoms and Objective and Subjective Symptoms of Patients with Frozen Shoulder. *International Journal of Preventive Medicine*, 10(1), 38. https://doi.org/10.4103/IJPVM.IJPVM_21_2_17.
- V Ryan, H Brown, CJ Minns Lowe, J. L. (2016). The pathophysiology associated with primary (idiopathic) frozen shoulder: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disord*, 17(1), 340. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1190-9>
- Ombregt. (2013). Applied anatomy of the shoulder. *A System of Orthopaedic Medicine*, e39–e51. <https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-3145-8.00063-6>
- Linaker, C. H., & Walker-Bone, K. (2015). Shoulder disorders and occupation. *Best Diagnostik Holistik dan Penatalaksanaan.....* (Maulanza et al, 2024)
- Practice & Research *Clinical Rheumatology*, 29(3), 405–423. <https://doi.org/10.1016/J.BERH.2015.04.00>
- Pandey V, Madi S. Clinical guidelines in the management of frozen shoulder: an update. *Indian Journal of Orthopaedics*. 2021; 55:299-1309.
- Amanda D, Martini S. Hubungan Karakteristik dan Obesitas Sentral dengan Kejadian Hipertensi. *Jurnal Berkala Epidemiologi*.2018;6(1):43.
- Khasanah DN. The Risk Factors of Hypertension in Indonesia (Data Study of Indonesian Family Life Survey 5). *JPH Recode*. 2022;5(2):80-89.
- Imelda, Sjaaf F, Puspita PAF T. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Puskesmas Air Dingin Lubuk Minturun. *Health Medical Journal*. 2020;2(2):72–4.
- Sica DA, Black HR, Izzo JL. Hypertension Primer. America: Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
- Fares H, Dinicolantonio JJ, O’Keefe JH, Dan Lavie CJ. Open Heart. Amlodipine In Hypertension: A First-Line Agent With Efficacy For Improving Blood Pressure And Patient Outcomes. 2016;3(2): 1-7.
- Luo Y, Ren L, Jiang M, Dan Chu Y. *Rev.Cardiovasc.Med*. Anti-Hypertensive Efficacy Of Amlodipine Dosing During Morning Versus Evening: A Meta-Analysis. 2019;20(2):91-98.