



Laporan Kasus : Upaya Pendekatan Kedokteran Keluarga Melalui Kunjungan Rumah pada Wanita 60 Tahun dengan Hipertensi dan Hiperkolesterolemia di Kabupaten Pamekasan

Ramona Frisca Ariansyah¹, Dzulfira Arifah², Anang Triadi³, Nur Khamidah^{4*}

¹⁻⁴ Fakultas Kedokteran, Universitas Wijaya Kusuma Surabaya, Indonesia

*Penulis Korespondensi: nurkhamidah@uwks.ac.id

Abstract. Hypertension and hypercholesterolemia are closely related non-communicable diseases and major risk factors for cardiovascular disease, particularly in older adults. These conditions are influenced by medical, behavioral, family, and environmental factors, requiring a holistic family medicine approach through home visits. This study aimed to describe the clinical condition, family function, and environmental factors of a 60-year-old female patient with hypertension and hypercholesterolemia using the APGAR and SCREEM approaches. This study employed a qualitative descriptive design in the form of a case report involving Mrs. S (60 years old) in Lebbek Village, Pamekasan Regency. Data were collected through anamnesis, physical examination, total cholesterol measurement using a GCU meter, environmental observation, and assessment of family function and environmental factors. The results showed blood pressure values of 161/96 mmHg and 160/96 mmHg on repeated measurement, with a total cholesterol level of 154 mg/dL. The patient had a high-salt and high-fat diet with low physical activity. APGAR assessment indicated poor family function with a total score of 4, particularly in the partnership and resolve domains, while the growth domain was categorized as accepting. SCREEM analysis identified education as the main barrier. In conclusion, management of this condition requires family-based interventions focusing on improving family cooperation and health education tailored to the patient's literacy level.

Keywords: Cholesterolemia; Health Check-up; Health Education; Home Visit; Hypertension.

Abstrak. Hipertensi dan hiperkolesterolemia merupakan penyakit tidak menular yang saling berkaitan dan menjadi faktor risiko utama penyakit kardiovaskular, terutama pada usia lanjut. Kondisi ini dipengaruhi oleh faktor medis, perilaku, keluarga, dan lingkungan, sehingga memerlukan pendekatan kedokteran keluarga yang holistik melalui kunjungan rumah. Studi ini bertujuan untuk menggambarkan kondisi klinis, fungsi keluarga, serta faktor lingkungan pada pasien perempuan usia 60 tahun dengan hipertensi dan hiperkolesterolemia menggunakan pendekatan APGAR dan SCREEM. Penelitian ini merupakan studi deskriptif kualitatif dengan desain laporan kasus pada Ny. S (60 tahun) di Desa Lebbek, Kabupaten Pamekasan. Data dikumpulkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan kadar kolesterol menggunakan GCU meter, observasi lingkungan, serta penilaian fungsi keluarga dan faktor lingkungan. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 161/96 mmHg dan 160/96 mmHg pada pengukuran ulang, dengan kadar kolesterol total 154 mg/dL. Pasien memiliki pola makan tinggi garam dan lemak serta aktivitas fisik yang rendah. Penilaian APGAR menunjukkan fungsi keluarga kurang baik dengan skor total 4, terutama pada aspek partnership dan resolve, sedangkan aspek growth berada pada kategori menerima. Analisis SCREEM menunjukkan hambatan utama pada faktor edukasi. Kesimpulannya, pengelolaan kondisi ini memerlukan intervensi berbasis keluarga dengan penekanan pada peningkatan kerja sama keluarga dan edukasi kesehatan sesuai tingkat literasi pasien.

Kata kunci: Hiperkolesterolemia; Hipertensi; Pemeriksaan Kesehatan; Penyuluhan Kesehatan; Kunjungan Rumah.

1. LATAR BELAKANG

Hipertensi dan hiperkolesterolemia merupakan dua kondisi penyakit tidak menular (PTM) yang saling berhubungan dan menjadi faktor risiko utama penyakit kardiovaskular, penyebab kematian terbesar di dunia. Hipertensi adalah kondisi meningkatnya tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg secara persisten, akibat gangguan regulasi hemodinamik dan perubahan struktural pembuluh darah (WHO, 2025). Sementara itu,

hiperkolesterolemia adalah kondisi meningkatnya kadar kolesterol, khususnya low-density lipoprotein (LDL), yang dapat mempercepat proses aterosklerosis melalui penumpukan plak pada dinding arteri (Mach et al, 2019).

Kedua kondisi ini memiliki hubungan patofisiologis yang erat. Hiperglikemia, stres oksidatif, aktivasi sistem renin–angiotensin–aldosteron (RAAS), serta disfungsi endotel merupakan mekanisme kunci yang mempercepat progresivitas hipertensi dan kerusakan pembuluh darah. Ketika disertai hiperkolesterolemia, risiko terjadinya penyakit jantung koroner, stroke, gagal jantung, dan penyakit arteri perifer meningkat secara signifikan (Charey et al, 2017).

Beban penyakit hipertensi dan hiperkolesterolemia meningkat setiap tahun, khususnya di negara berkembang termasuk Indonesia. Data Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi hipertensi mencapai 34,1%, melonjak dari 25,8% pada tahun 2013. Sementara itu, prevalensi kadar kolesterol total ≥ 200 mg/dL mencapai 28,8% pada usia ≥ 15 tahun, meningkatkan risiko komplikasi aterosklerotik dan kematian dini (Kemenkes, 2018).

Menurut Unger et al (2020), lebih dari 1,28 miliar orang di dunia hidup dengan hipertensi, dan 46% di antaranya tidak menyadari bahwa mereka memiliki penyakit tersebut. Hiperkolesterolemia juga menunjukkan tren serupa. Menurut WHO (2025), mencatat lebih dari 39% orang dewasa memiliki kadar kolesterol tinggi. Jika tidak ditangani, kedua kondisi ini menjadi predisposisi kuat penyakit kardiovaskular yang menyebabkan 17,9 juta kematian setiap tahun.

Sebagai bagian dari Sustainable Development Goals (SDGs), Indonesia berkomitmen menurunkan angka kematian dini akibat PTM sebesar sepertiga pada tahun 2030 melalui pencegahan dan pengendalian hipertensi, diabetes, dan hiperlipidemia. Melalui kunjungan rumah (home visite), informasi mengenai kondisi medis, kepatuhan terapi, kondisi lingkungan, faktor sosial, dan dukungan keluarga dapat dievaluasi secara holistik. Pada laporan ini dilakukan penilaian terhadap pasien Ny. S (60 tahun) dengan hipertensi dan hiperkolesterolemia untuk mengetahui status klinis, faktor keluarga, serta lingkungan yang mempengaruhi kesehatan pasien secara komprehensif.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi deskriptif kualitatif dengan desain laporan kasus (*case report*) yang menggunakan pendekatan kedokteran keluarga melalui kunjungan rumah (*home visite*). Subjek penelitian adalah seorang perempuan berusia 60 tahun (Ny. S) dengan diagnosis hipertensi dan hiperkolesterolemia yang dipilih secara purposive karena memiliki penyakit

kronis yang memerlukan penilaian komprehensif berbasis keluarga. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 15 November 2025 di rumah pasien yang berlokasi di Desa Lebbek, Kecamatan Pakong, Kabupaten Pamekasan, Jawa Timur.

Pengumpulan data dilakukan secara menyeluruh melalui anamnesis langsung kepada pasien dan anggota keluarga untuk menggali keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat pengobatan, kebiasaan hidup, pola makan, aktivitas fisik, serta kondisi sosial ekonomi. Pemeriksaan fisik meliputi pengukuran tanda vital, yaitu tekanan darah, denyut nadi, frekuensi napas, dan suhu tubuh. Pemeriksaan penunjang dilakukan dengan mengukur kadar kolesterol total menggunakan alat *glucose-cholesterol-uric acid* (GCU) meter device merek *Easy Touch*. Selain itu, dilakukan observasi langsung terhadap kondisi lingkungan rumah pasien, mencakup aspek sanitasi, ventilasi, pencahayaan, serta lingkungan sosial dan budaya.

Instrumen penelitian yang digunakan meliputi lembar anamnesis, alat pemeriksaan tanda vital (sfigmomanometer, stetoskop, dan termometer), GCU meter device, serta instrumen penilaian fungsi keluarga berupa kuesioner Family APGAR dan instrumen SCREEM untuk mengidentifikasi faktor sosial, budaya, agama, ekonomi, pendidikan, dan pelayanan medis. Analisis data dilakukan secara deskriptif kualitatif dengan pendekatan kedokteran keluarga melalui integrasi hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, observasi lingkungan, serta penilaian genogram, pola interaksi keluarga, fungsi keluarga berdasarkan APGAR, dan faktor lingkungan berdasarkan SCREEM. Seluruh hasil analisis digunakan untuk memperoleh gambaran holistik determinan kesehatan pasien serta sebagai dasar perumusan masalah dan rekomendasi intervensi berbasis keluarga.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Pemeriksaan

Ny. S, perempuan berusia 60 tahun dengan pendidikan sekolah dasar dan bekerja sebagai petani, menjalani pemeriksaan melalui kunjungan rumah pada 15 November 2025 di Dusun Laok Lorong, Desa Lebbek, Kecamatan Pakong, Kabupaten Pamekasan, Jawa Timur. Keluhan utama pasien adalah nyeri kepala disertai badan pegal-pegal. Pasien telah mengetahui menderita hipertensi sejak sekitar lima tahun lalu dan hingga saat ini masih sesekali mengalami sakit kepala, mudah lelah, dan nyeri saat beraktivitas, meskipun belum membatasi aktivitas sehari-hari secara signifikan.

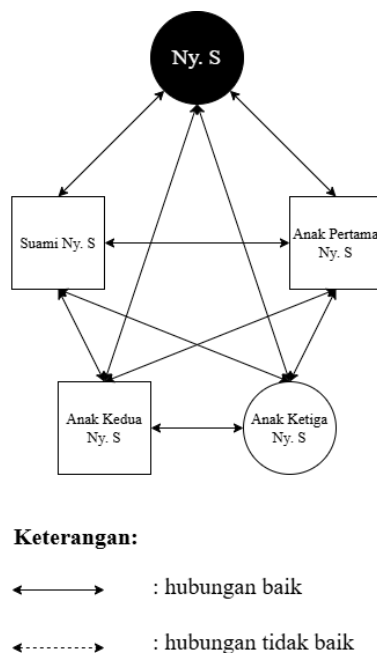
Riwayat penyakit dahulu tidak menunjukkan adanya penyakit penyerta maupun alergi obat dan makanan. Riwayat keluarga menunjukkan kedua orang tua pasien menderita

hipertensi. Pasien tidak merokok, jarang melakukan olahraga teratur, dan hanya melakukan aktivitas fisik ringan seperti berjalan dan berkebun. Pasien rutin mengonsumsi amlodipine, meskipun terkadang lupa, dan tidak pernah mengalami efek samping atau rawat inap terkait penyakitnya.

Pasien tinggal bersama suami dan anak bungsu dengan sumber penghasilan dari berkebun dan dukungan anak. Pola makan sehari-hari terdiri atas tiga kali makan dengan porsi sekitar satu centong nasi, disertai kebiasaan mengonsumsi makanan asin, gorengan, dan bersantan. Pemeriksaan fisik menunjukkan suhu tubuh 36,8°C, tekanan darah 161/96 mmHg dan 160/96 mmHg pada pengukuran ulang, denyut nadi 70 kali per menit, serta frekuensi napas 21 kali per menit. Pemeriksaan penunjang menggunakan GCU meter device menunjukkan kadar kolesterol total sebesar 154 mg/dL.

Faktor Keluarga

Keluarga Ny. S memiliki struktur patriarkal dengan suami sebagai pengambil keputusan utama. Bentuk keluarga termasuk non-resident nuclear family, di mana pasien tinggal bersama suami dan anak perempuan bungsu, sementara anak lainnya telah menikah dan hidup mandiri. Interaksi keluarga secara umum berjalan cukup baik meskipun komunikasi tidak dilakukan setiap hari karena kesibukan masing-masing anggota keluarga.



Gambar 1. Diagram Pola Hubungan Interaksi antara Ny. S dan Anggota Keluarga.

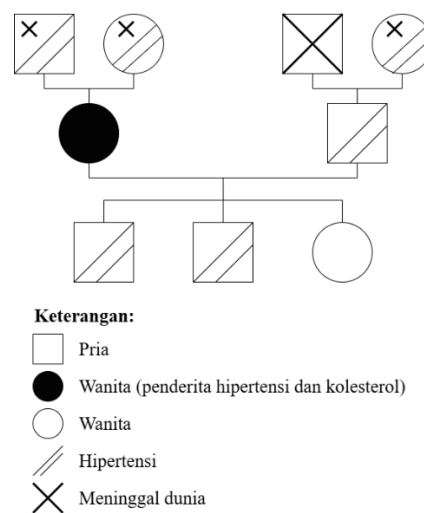
(Sumber: Keterangan langsung dari Ny. S, 2025)

Pola interaksi keluarga menunjukkan adanya perhatian terhadap kondisi kesehatan pasien, seperti membelikan obat dan menanyakan kondisi saat sakit. Keputusan penting terkait kesehatan umumnya melibatkan persetujuan suami. Kedekatan emosional paling kuat terdapat

pada hubungan dengan suami, diikuti anak perempuan bungsu, sementara hubungan dengan anak kedua relatif lebih jauh. Tidak ditemukan konflik bermakna, dan interaksi keluarga berlangsung kooperatif.

Penyakit karena Faktor Genetik

Berdasarkan analisis genogram, Ny. S merupakan anak pertama dari lima bersaudara dengan riwayat keluarga hipertensi pada kedua orang tuanya. Temuan ini menunjukkan adanya kontribusi faktor genetik terhadap terjadinya hipertensi pada pasien. Namun, faktor tersebut kemungkinan berinteraksi dengan faktor perilaku dan lingkungan, seperti pola makan tinggi garam dan lemak serta rendahnya aktivitas fisik, yang memperberat kondisi hipertensi dan hiperkolesterolemia.



Gambar 2. Genogram Keluarga Ny. S (60)

(Sumber: Keterangan langsung dari Ny. S, 2025)

Fungsi Keluarga berdasarkan APGAR

Penilaian fungsi keluarga Ny. S dilakukan menggunakan instrumen Family APGAR yang mencakup lima aspek, yaitu *adaptation*, *partnership*, *growth*, *affection*, dan *resolve*. Instrumen ini digunakan untuk menilai kemampuan keluarga dalam beradaptasi, bekerja sama, memberikan dukungan emosional, serta menyelesaikan masalah terkait pengelolaan penyakit kronis pasien.

Tabel 1. Ringkasan Hasil Penilaian Fungsi Keluarga Ny. S berdasarkan APGAR.

Aspek APGAR	Skor	Kategori
Adaptation	13	Kurang menerima
Partnership	4	Tidak menerima
Growth	18	Menerima
Affection	14	Kurang menerima
Resolve	9	Tidak menerima
Total Skor	4	Fungsi keluarga kurang baik

Pada aspek *adaptation*, keluarga memperoleh skor 13 yang termasuk kategori “kurang menerima”. Hal ini menunjukkan bahwa keluarga mampu memberikan sebagian dukungan terhadap kondisi hipertensi dan hiperkolesterolemia yang dialami Ny. S, seperti mengingatkan konsumsi obat dan menemani kontrol kesehatan, namun belum konsisten dalam membantu pasien menyesuaikan diri dengan perubahan gaya hidup, terutama terkait pembatasan diet dan peningkatan aktivitas fisik.

Aspek *partnership* menunjukkan skor terendah, yaitu 4, dengan kategori “tidak menerima”. Temuan ini menggambarkan rendahnya kerja sama keluarga dalam pengelolaan penyakit pasien. Keluarga belum memiliki kesepakatan yang kuat terkait pengaturan pola makan, kepatuhan minum obat, maupun kontrol rutin ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pengambilan keputusan terkait kesehatan pasien cenderung tidak dilakukan secara bersama, sehingga peran keluarga sebagai mitra aktif dalam perawatan masih sangat terbatas.

Sebaliknya, pada aspek *growth*, keluarga memperoleh skor 18 dengan kategori “menerima”. Hal ini menunjukkan bahwa keluarga memiliki tingkat penerimaan emosional yang baik terhadap kondisi penyakit kronis Ny. S. Keluarga dapat memahami keterbatasan pasien dalam menjalani perubahan gaya hidup, menunjukkan kesabaran, serta memberikan ruang bagi pasien untuk beradaptasi secara bertahap tanpa tekanan yang berlebihan.

Pada aspek *affection*, skor yang diperoleh adalah 14 dengan kategori “kurang menerima”. Keluarga, khususnya pasangan, telah menunjukkan perhatian dan kasih sayang terhadap pasien, namun dukungan emosional tersebut belum diberikan secara konsisten. Motivasi dan empati cenderung berkurang ketika pasien merasa jenuh terhadap pengobatan jangka panjang atau pembatasan pola makan, sehingga dukungan emosional belum sepenuhnya optimal dalam membantu pasien menghadapi penyakitnya.

Aspek *resolve* memperoleh skor 9 dan termasuk kategori “tidak menerima”. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan keluarga dalam menyelesaikan masalah dan mengambil keputusan bersama terkait pengelolaan hipertensi dan hiperkolesterolemia masih lemah. Keluarga belum secara konsisten bekerja sama dalam menghadapi kendala seperti ketidakpatuhan obat, kesulitan diet, maupun keteraturan kontrol kesehatan, sehingga fungsi pemecahan masalah keluarga belum berjalan efektif.

Secara keseluruhan, hasil penilaian Family APGAR menunjukkan skor total sebesar 4 yang menempatkan fungsi keluarga Ny. S dalam kategori kurang baik. Meskipun terdapat penerimaan emosional yang cukup baik pada aspek *growth*, lemahnya kerja sama, adaptasi, dan kemampuan pemecahan masalah keluarga berpotensi menghambat keberhasilan pengelolaan hipertensi dan hiperkolesterolemia. Temuan ini menegaskan perlunya intervensi

berbasis keluarga yang berfokus pada peningkatan kerja sama, pengambilan keputusan bersama, serta penguatan dukungan berkelanjutan dalam perawatan pasien.

Patologi Lingkungan dengan Metode SCREEM

Tabel 2. Temuan dan Tekanan Patologi Sosial Keluarga Ny. S menurut Faktor SCREEM di Desa Lebbek.

Faktor	Temuan Patologi Sosial	TPS*
<i>Sosial</i>	Interaksi sosial yang baik antar anggota keluarga juga dengan saudara partisipasi mereka dalam Masyarakat baik. Selain itu keluarga maupun tetangga sekitar mendukung proses pengobatan hipertensi dan kolestrol.	-
<i>Culture</i>	Kepuasan atau kebanggaan terhadap budaya baik. Tidak ada tradisi atau kebiasaan yang sedang dijalani pasien maupun keluarganya. Tidak ada kebiasaan budaya yang berkaitan dengan pengobatan atau makanan khusus dan tidak mempengaruhi kejadian hipertensi ataupun kolestrol.	-
<i>Religious</i>	Pemahaman agama Ny. S sangat baik. Tidak pernah terjadi konflik dengan pemeluk agama lain. Penyakit hipertensi dan kolestrol tidak pernah mengganggu untuk melaksanakan ibadah.	-
<i>Economy</i>	Ekonomi keluarga saat ini tidak berdampak, dengan adanya BPJS dan bantuan keuangan dari anak anaknya. Ny. S masih bisa menghasilkan penghasilan dari hasil berkebun.	-
<i>Education</i>	Pendidikan Ny. S hanya sampai SD, sehingga informasi mengenai penyakit Ny. S tidak diketahui secara baik oleh pasien.	+
<i>Medicine</i>	Pasien sebelumnya jarang dan tidak rutin kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam mencari pelayanan kesehatan keluarganya biasanya menggunakan puskesmas. Tidak ada kesulitan biaya baik akomodasi maupun transportasi.	-

Identifikasi patologi lingkungan keluarga menggunakan metode SCREEM menunjukkan bahwa sebagian besar aspek, yaitu sosial, budaya, agama, ekonomi, dan pelayanan medis, tidak menimbulkan tekanan yang bermakna terhadap kondisi kesehatan Ny. S. Keluarga memiliki hubungan sosial yang baik dengan lingkungan sekitar, tidak terdapat kebiasaan budaya yang memengaruhi pengobatan, serta tidak mengalami kendala ekonomi yang signifikan karena adanya dukungan keluarga dan penghasilan dari berkebun. Namun, pada aspek edukasi, ditemukan hambatan yang ditandai dengan tingkat pendidikan Ny. S yang hanya sampai sekolah dasar, sehingga pemahaman pasien terhadap penyakit, pencegahan, dan

pengelolaannya masih terbatas. Temuan ini menunjukkan bahwa faktor edukasi merupakan tekanan utama dalam lingkungan keluarga dan menegaskan perlunya intervensi edukatif yang sederhana, berulang, dan sesuai dengan tingkat literasi kesehatan pasien.

Pembahasan

Kasus Ny. S, seorang wanita usia 60 tahun dengan hipertensi derajat 2 yang tidak terkontrol dan hiperkolesterolemia, mencerminkan kompleksitas penyakit tidak menular yang sering ditemukan di layanan primer, terutama di kelompok usia lanjut. Hipertensi merupakan masalah kesehatan global dengan prevalensi yang selalu meningkat seiring bertambahnya usia dan merupakan faktor risiko utama penyakit kardiovaskular (misal stroke, penyakit jantung) apabila tidak dikendalikan secara adekuat (Nurhadita & Utama, 2025)

Hipertensi pada lansia menuntut pendekatan komprehensif yang melibatkan konteks keluarga dan lingkungan sosial pasien. Studi kasus lain yang mengaplikasikan pendekatan dokter keluarga melaporkan bahwa pendekatan komprehensif yang mencakup kunjungan rumah, anamnesis menyeluruh, dan penilaian faktor risiko internal serta eksternal memperbaiki pemahaman hormon darah dan perubahan perilaku pasien (Saftarina & Baresti, 2018). Pada Ny.S, penggunaan pendekatan ini membantu mengidentifikasi perilaku kesehatan seperti konsumsi garam tinggi dan kurangnya aktivitas fisik yang tidak terdeteksi hanya melalui kunjungan klinik biasa. Hal ini sejalan dengan prinsip kedokteran keluarga yang *patient-centered, family-focused, dan community-oriented* (Nurhadita & Utama, 2025).

Edukasi keluarga terbukti menjadi strategi penting dalam pengelolaan hipertensi lansia. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa intervensi edukasi dengan keterlibatan keluarga mampu meningkatkan persepsi risiko, efikasi diri, serta perilaku kesehatan pasien hipertensi. Model ini merupakan inti dari kedokteran keluarga, di mana keluarga diposisikan sebagai mitra aktif dalam pengelolaan penyakit kronis (Isnaini et al, 2025) Pada kasus Ny. S, rendahnya literasi kesehatan pasien dan keluarganya terhadap pengelolaan tekanan darah dapat menjelaskan kurangnya perubahan perilaku. Temuan ini penting, karena edukasi keluarga terbukti memperkuat self-management pasien dalam jangka panjang.

Studi kuantitatif pada sebuah komunitas menunjukkan hubungan signifikan antara dukungan keluarga dan *self-care management* pasien hipertensi. Hubungan dukungan keluarga dengan kemampuan pasien mengelola kondisi (*self-care*) memiliki korelasi positif secara statistik, yakni keluarga memberikan dukungan dalam memfasilitasi pengelolaan tekanan darah yang lebih baik (Nurfitasari et al, 2023). Pada Ny. S, skor fungsi keluarga seperti *Family APGAR* yang rendah pada aspek *partnership* dan *resolve* mengindikasikan keterbatasan dukungan keluarga dalam aspek pengambilan keputusan kesehatan dan keterlibatan aktif.

Sehingga menjelaskan mengapa tekanan darah pasien masih belum terkontrol meskipun sudah mendapatkan terapi farmakologis.

Kunjungan rumah merupakan komponen penting dalam layanan dokter keluarga karena memungkinkan penilaian kondisi pasien secara holistik, termasuk faktor psikososial, fungsi keluarga, genogram, dan lingkungan rumah. Pendekatan ini telah ditunjukkan dalam laporan kasus hipertensi dan diabetes bahwa kunjungan rumah memungkinkan identifikasi hambatan yang tidak tampak dalam *setting* klinik (Kristijanto et al, 2026). Kunjungan rumah yang dilakukan terhadap Ny. S membantu melihat pola diet keluarga, peran suami dalam pengambilan keputusan kesehatan, dan faktor lingkungan yang mendukung maupun menghambat pengendalian tekanan darah.

Pendekatan dokter keluarga harus mencakup penilaian perilaku gaya hidup yang dipengaruhi oleh budaya dan sumber daya keluarga. Studi lain yang menggunakan *family folder* dan pendekatan holistik dalam kunjungan rumah menunjukkan penurunan tekanan darah setelah edukasi diet dan gaya hidup dilakukan (Savitri et al, 2024). Resistensi terhadap modifikasi diet dalam kasus Ny. S menunjukkan hambatan perubahan perilaku yang harus diatasi dengan strategi edukasi yang lebih kontekstual dan melibatkan seluruh anggota keluarga.

Penelitian menunjukkan bahwa hipertensi grade tinggi berhubungan dengan penurunan kemampuan lansia dalam aktivitas sehari-hari (ADLs), memengaruhi kemandirian dan kualitas hidup (Alloubani et al, 2021). Temuan ini relevan pada Ny. S karena tekanan darah yang tidak terkontrol dapat mempercepat penurunan fungsi fisik, sehingga pendekatan kedokteran keluarga juga harus mencakup penilaian fungsi dan rehabilitasi sederhana untuk mempertahankan kemandirian pasien.

Hiperkolesterolemia merupakan kondisi metabolik dengan kadar kolesterol total yang melebihi batas normal dan menjadi determinan utama risiko penyakit kardiovaskular. Studi kasus pada lansia dengan hiperkolesterolemia menunjukkan bahwa peningkatan kadar kolesterol berkaitan erat dengan pola makan tinggi lemak, obesitas, dan hipertensi (Irawan et al, 2024), yang merupakan faktor risiko yang teridentifikasi pada Ny. S.

Literatur menunjukkan bahwa intervensi penurunan kadar kolesterol yang komprehensif tak hanya mencakup terapi obat (seperti statin), tetapi juga penyesuaian gaya hidup, edukasi gizi, dan perubahan perilaku kesehatan yang melibatkan keluarga secara aktif. Pedoman klinis serta studi observasional menggarisbawahi bahwa penggunaan statin sebagai terapi lini pertama memerlukan monitoring berkelanjutan, pemeriksaan laboratorium reguler, dan dukungan terhadap kepatuhan pasien agar efektif menurunkan level kolesterol total dan LDL.

Ketidakpatuhan terhadap terapi merupakan salah satu faktor yang paling sering menghambat keberhasilan pengobatan hiperkolesterolemia (Cahyaningtyas et al, 2021).

Laporan kasus lain menunjukkan bahwa penatalaksanaan hiperkolesterolemia melalui kunjungan rumah, edukasi keluarga, dan penilaian lingkungan mampu meningkatkan pemahaman pasien terhadap penyakitnya, memperbaiki perilaku diet, serta mendorong keterlibatan anggota keluarga dalam mendukung perubahan gaya hidup. Intervensi semacam ini terbukti meningkatkan pengetahuan pasien dan membawa perubahan perilaku yang menunjukkan fase coba-coba (*trial*) untuk memperbaiki kadar kolesterol (Nuranjumi & Wijaya, 2022).

Pada kasus Ny. S, pola diet keluarga yang masih tinggi lemak dan garam serta kurangnya aktivitas fisik berkontribusi pada hiperkolesterolemia yang teridentifikasi. Kondisi ini memperlihatkan bahwa faktor keluarga dan lingkungan memainkan peranan besar dalam pembentukan pola kesehatan pasien, sebagaimana ditunjukkan oleh analisis Family APGAR yang rendah pada aspek *partnership* dan *resolve*. Keluarga sebagai unit sosial utama pasien belum optimal dalam memfasilitasi perubahan gaya hidup yang diperlukan untuk menurunkan kadar kolesterol dan tekanan darah. Perspektif ini didukung pula oleh studi yang menunjukkan hubungan signifikan antara fungsi keluarga dalam menerapkan praktik diet dan aktivitas fisik dengan level kolesterol pasien (Irawati & Yeni, 2013).

Dari sudut pandang kedokteran keluarga, hiperkolesterolemia pada Ny. S bukanlah kondisi yang berdiri sendiri. Hiperkolesterolemia berkaitan erat dengan hipertensi, pola makan, status pengetahuan, dan peran keluarga. Pendekatan yang bersifat holistik, dengan kunjungan rumah sebagai alat utama untuk memahami konteks keseluruhan kehidupan pasien, terbukti lebih efektif untuk mendorong perubahan perilaku jangka panjang dibanding sekadar resep obat. Ini diterjemahkan ke dalam praktik dengan menggabungkan edukasi gizi, motivasi keluarga, dan dukungan sosial komunitas dalam satu paket pengelolaan penyakit (Nurhadita & Utama, 2025).

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Laporan kasus ini bertujuan untuk menilai pengelolaan hipertensi dan hiperkolesterolemia secara komprehensif melalui pendekatan kedokteran keluarga berbasis kunjungan rumah dengan instrumen APGAR dan SCREEM. Hasil menunjukkan bahwa meskipun faktor sosial, ekonomi, budaya, dan akses pelayanan kesehatan tidak menjadi hambatan utama, fungsi keluarga pasien secara keseluruhan masih kurang optimal, terutama pada aspek *partnership* dan *resolve*, yang berdampak pada kepatuhan terapi dan perubahan

gaya hidup. Faktor genetik, pola makan tinggi garam dan lemak, rendahnya aktivitas fisik, serta keterbatasan literasi kesehatan menjadi determinan utama yang memperberat kondisi klinis pasien. Temuan ini menegaskan bahwa pendekatan medis semata tidak cukup dalam pengelolaan penyakit kronis, dan diperlukan intervensi berbasis keluarga yang menitikberatkan pada edukasi kesehatan, peningkatan keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan, serta penguatan dukungan berkelanjutan. Pendekatan kunjungan rumah terbukti efektif dalam mengidentifikasi determinan kesehatan secara holistik dan dapat menjadi strategi penting dalam optimalisasi pengendalian hipertensi dan hiperkolesterolemia serta pencegahan komplikasi kardiovaskular.

DAFTAR REFERENSI

- Alloubani, A., Nimer, R., & Samara, R. (2021). Relationship between hyperlipidemia, cardiovascular disease and stroke: A systematic review. *Current Cardiology Reviews*, 17(6), 52–66. <https://doi.org/10.2174/1573403X16999201210200342>
- Cahyaningtyas, W. A., Nainggolan, S., & Simanjuntak, T. P. (2020). Hubungan antara pengetahuan, sikap, dan praktik personal hygiene organ genitalia eksterna terhadap kejadian keputihan patologis. *Majalah Kedokteran*, 36(2), 44–48. <https://doi.org/10.33541/mk.v36i2.3091>
- Carey, R. M., Whelton, P. K., & 2017 ACC/AHA Hypertension Guideline Writing Committee. (2018). Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: Synopsis of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension Guideline. *Annals of Internal Medicine*, 168(5), 351–358. <https://doi.org/10.7326/M17-3203>
- Falerio Kristijanto, J. A., Herawaty, W., Noviana, A. C., Soetedjo, F. A., & Khamidah, N. (2026). Pendekatan kedokteran keluarga melalui kunjungan rumah pada pasien diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi di Kota Surabaya: Sebuah laporan kasus. *Jurnal Sehat Indonesia (JUSINDO)*, 8(1), 1–19. <https://jusindo.publikasiindonesia.id/index.php/jsi/article/view/437>
- Irawan, A., & Larasati, T. (2024). Penatalaksanaan holistik pada Ny. K usia 52 tahun dengan dislipidemia melalui pendekatan kedokteran keluarga. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(5), 1999–2008. <https://doi.org/10.37287/jppp.v6i5.3152>
- Irawati, I., & Yeni, F. (2013). Hubungan fungsi perawatan kesehatan keluarga dengan kadar kolesterol pasien hiperkolesterolemia di wilayah kerja Puskesmas Andalas Padang Tahun 2013. *NERS Jurnal Keperawatan*, 9(1), 33–41. <https://doi.org/10.25077/njk.v9i1.92>
- Isnaini, N., Dewi, F. T., Madyaningrum, E., & Noviana, U. (2025). Family-centered education for older adults with hypertension: A scoping review. *Iranian Journal of Public Health*, 54(1), 36. <https://doi.org/10.18502/ijph.v54i1.17573>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Laporan nasional riset kesehatan dasar 2018*. Jakarta.

- Mach, F., Baigent, C., Catapano, A. L., Koskinas, K. C., Casula, M., Badimon, L., ... & Wiklund, O. (2020). 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal*, 41(1), 111–188.
- Nuranjumi, N., & Wijaya, J. (2022). Penatalaksanaan Ny. M usia 58 tahun dengan hiperkolesterolemia melalui pendekatan dokter keluarga. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(1), 257–270. <https://doi.org/10.37287/jppp.v4i1.765>
- Nurfitasari, S., Handayani, L. T., & Asih, S. W. (2023). Hubungan dukungan keluarga dengan self-care management pada lansia hipertensi. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 5(2), 115–122. <https://doi.org/10.31539/jka.v5i2.7915>
- Nurhardita, F., & Utama, W. T. (2025). Penatalaksanaan hiperkolesterolemia, hiperurecemia dan hipertensi pada lansia usia 69 tahun dengan pendekatan kedokteran keluarga. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 7(2), 505–518. <https://doi.org/10.37287/jppp.v7i2.6200>
- Saftarina, F., & Baresti, S. W. (2018). Studi kasus: Diagnostik holistik dan penatalaksanaan berbasis layanan kedokteran keluarga pada lansia hipertensi grade II dan gout arthritis. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*, 2(2), 188–197. <https://doi.org/10.23960/jkunila.v2i2.pp188-197>
- Savitri, D. I., Zara, N., Fardian, N., Mardiaty, M., Fitriani, J., Siregar, S. R., ... & Dewi, R. (2024). Upaya manajemen hipertensi pada pasien perempuan 46 tahun dengan pendekatan pelayanan kedokteran keluarga. *GALENICAL: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh*, 3(1), 89–101. <https://doi.org/10.29103/jkkmm.v3i1.13688>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *J Family Pract*, 6(6), 1231–1239.
- Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., ... & Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334–1357. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
- World Health Organization. (2025). *Cardiovascular disease (CVDs): Key facts*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Health Organization. (2025). *Hypertension: Fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>