



PERAN KEDOKTERAN KELUARGA DALAM MENGATASI TANTANGAN KESEHATAN MODERN : ANALISIS KONSEPTUAL

M Raisya Kesha¹, Noviana Zara²,

¹ Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh

² Departemen Ilmu Kesehatan Keluarga, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh

Corresponding Author: M , Prodi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh.

E-Mail: doli.200610026@mhs.unimal.ac.id

Received 10 Februari 2026; **Accepted** 06 April 2026; **Online Published** 29 April 2026

Abstrak

Pasien Ny. K datang ke poli lansia Puskesmas Muara Batu dengan keluhan sering merasa kesemutan pada kedua kakinya sejak 2 tahun dan memberat dalam 2 bulan ini. Keluhan yang dirasakan tidak menentu terkadang keluhan muncul saat pasien sedang beraktivitas dan terkadang juga muncul saat pasien sedang istirahat. pasien juga mengeluhkan badannya terasa lemas dan juga pusing jika kadar gula darahnya tinggi. Pasien tidak menggunakan insulin dan tidak rutin mengonsumsi obat Glimepiride. Data primer diperoleh melalui autoanamnesa dan pemeriksaan fisik dengan melakukan kunjungan rumah, mengisi family folder, dan mengisi berkas pasien. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik awal, proses, dan akhir kunjungan secara kuantitatif dan kualitatif. Intervensi yang dilakukan diantaranya adalah edukasi tentang penyebab diabetes mellitus kepada keluarganya, edukasi tentang modifikasi gaya hidup dan tatalaksana penyakit tersebut serta menjelaskan komplikasi yang mungkin timbul dari penyakit pasien agar pasien berobat secara teratur dan melakukan upaya pencegahan.

Keywords: *Diabetes Tipe II; Modifikasi Gaya Hidup; family folder*

PENDAHULUAN

Diabetes mellitus tipe II merupakan penyakit metabolik kronis yang ditandai dengan hiperglikemia akibat gangguan sekresi insulin, resistensi insulin, atau keduanya. Penyakit ini menjadi salah satu masalah kesehatan global dengan prevalensi yang terus meningkat setiap tahunnya, terutama di negara berkembang termasuk Indonesia. Perubahan gaya hidup seperti pola makan tinggi kalori dan gula, kurang aktivitas fisik, serta peningkatan angka obesitas berkontribusi besar terhadap meningkatnya kejadian diabetes mellitus tipe II. Kondisi ini tidak hanya berdampak pada kualitas hidup individu, tetapi juga menjadi beban besar bagi sistem pelayanan kesehatan. (1).

Hiperglikemikmikrovaskular meliputi neuropati, nefropati, dan retinopati, sedangkan komplikasi makrovaskular mikrovaskular maupun makrovaskular. Komplikasi mikrovaskular meliputi neuropati, nefropati, dan retinopati, sedangkan komplikasi makrovaskular mencakup penyakit jantung koroner, stroke, dan penyakit pembuluh darah perifer. Salah satu keluhan yang sering ditemukan pada pasien adalah neuropati diabetik, yang ditandai dengan kesemutan, nyeri, atau penurunan sensasi pada ekstremitas. Oleh karena itu, pengendalian kadar glukosa darah secara optimal sangat penting untuk mencegah progresivitas komplikasi. (2).

Pendekatan kedokteran keluarga memiliki peran penting dalam pengelolaan diabetes mellitus tipe

II karena menekankan pelayanan yang komprehensif, holistik, berkesinambungan, serta melibatkan keluarga dalam proses perawatan. Pendekatan ini tidak hanya berfokus pada terapi farmakologis, tetapi juga pada edukasi, modifikasi gaya hidup, serta peningkatan kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Dengan demikian, diharapkan pengelolaan diabetes mellitus dapat dilakukan secara optimal sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan mencegah komplikasi jangka Panjang (3).

ILUSTRASI KASUS

Pasien Ny.K datang ke poli lansia puskesmas Muara Batu dengan keluhan sering merasa kesemutan pada kedua kakinya sejak 2 tahun dan memberat dalam 2 bulan ini. Keluhan yang dirasakan tidak menentu. Terkadang keluhan muncul saat pasien sedang beraktivitas dan terkadang juga muncul saat pasien sedang istirahat. Pasien masih bisa merasakan kakinya bila disentuh. Keluhan sedikit berkurang ketika berjalan tetapi tidak berkurang dengan isitirahat. Selain keluhan tersebut, pasien juga mengeluhkan badan yang terasa lemas walaupun pasien tidak melakukan aktivitas yang berat. Keluhan tersebut terutama muncul saat kadar gula darah tinggi, dan membaik ketika pasien mengkonsumsi obat gula.

Pasien juga mengeluhkan sering pusing jika kadar gula darahnya tinggi dan mengeluhkan perut kembung jika makannya sudah tidak teratur. Untuk keluhan demam, batuk, penurunan berat badan disangkal. Pasien memiliki Diabetes Melitus tipe II sejak 5 tahun yang lalu dan Riwayat Hipertensi sejak 5, alergi obat atau makanan disangkal. Pasien mengatakan ayah kandung pasien menderita diabetes mellitus dan ibu kandung pasien menderita hipertensi, Riwayat penyakit lainnya di keluarga disangkal. Pasien mengkonsumsi amlodipine 2 mg/hari namun tidak rutin, pasien mengkonsumsi amlodipin 10 mg/hari namun tidak rutin, terkadang pasien mengkonsumsi omeprazole jika merasa perutnya perih tetapi sangat jarang.

Pasien merupakan seorang guru SD yang tinggal bersama suami dan 1 anak nya. Pasien memiliki kebiasaan makan 3 kali dalam sehari dengan bahan-bahan baku yang dibeli dari pasar dan dimasak sendiri. Makanan yang dikonsumsi sangat beragam terkait. Pasien sering mengonsumsi sayur-sayuran dan lauk pauk, namun juga sering mengonsumsi makanan manis yang dibuat sendiri ataupun dibeli tetapi Pasien sudah sangat jarang mengonsumsi minuman tinggi gula seperti kopi dan teh.

Kebiasaan mandi pasien menggunakan sabun dengan intensitas mandi dua kali sehari. Dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien menggunakan air yang berasal dari sumur. Didalam rumah pasien, terdapat 2 kamar tidur. Pasien membuang sampah rumah tangga pada keranjang sampah yang nantinya akan dibakar di halaman belakang rumahnya.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran compos mentis, dengan tekanan darah 150/100 mmHg, pernapasan 20 kali/menit, denyut nadi 79 kali/menit dan SpO2 99%. Pemeriksaan head to toe menunjukkan tidak terdapat kelainan. Data antropometri menunjukkan tinggi badan 162 cm, berat badan 65 kg, dan IMT 24,8kg/m² sehingga pasien dikategorikan ke dalam obesitas. Dari hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan kadar gula darah puasa 312 mg/dL.

Berdasarkan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang pasien ditentukan diagnosis holistik pasien:

Aspek Personal :

- Alasan kedatangan : Kesemutan di kedua kaki, lemas.
- Kekhawatiran : mengganggu aktivitas sehari-hari,
- Harapan: keluhan berkurang dan tidak semakin memburuk, tekanan darah dan kolesterol terkontrol sehingga tidak menimbulkan komplikasi.

Aspek Klinis :

- Diagnosis klinis 1 : Diabetes Mellitus tipe II
- Diagnosis klinis 2 : Hipertensi

Aspek Risiko Internal :

- Perilaku konsumsi makanan tinggi gula.
- Gaya hidup yang kurang baik seperti jarang berolahraga.
- Usia pasien yang merupakan faktor resiko yang tidak bisa dimodifikasi.
- Pasien hanya ingin datang berobat ke Posbindu/Puskesmas/Rumah Sakit apabila merasa keluhannya memberat dan tidak membaik dengan minum obat sendiri.

Aspek Risiko eksternal :

- Keluarga pasien masih menggemari konsumsi makanan yang manis sehingga pasien sulit untuk menahan keinginannya untuk tidak memakan makanan asin.
- Keluarga sering memasak makanan dengan santan sehingga pasien sulit untuk menahan keinginannya untuk tidak memakan makanan bersantan.
- Aspek derajat fungsional :
- Derajat 2 (mandiri dalam perawatan diri, mulai mengurangi aktivitas luar).

Uraian Diagnosis Holistik :

Seorang Perempuan berusia 53 tahun dengan diabetes mellitus tipe II dan hipertensi yang memiliki gaya hidup tidak sehat.

Pengelolaan Komprehensif

Promotif dan Preventif

Edukasi modifikasi gaya hidup dengan menganjurkan pasien untuk mengikuti pola makan sehat, yaitu dengan makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pasien hipertensi perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori.

Kuratif

Pemberian obat Glimepiride 1x3mg, Amlolidin 1x10 mg, Vit B12 1x1tab.

DISKUSI

Pada laporan kasus ini dibahas seorang pasien perempuan usia lanjut, Ny. K, yang datang ke poli lansia Puskesmas Muara Batu dengan keluhan utama kesemutan pada kedua kaki sejak ±2 tahun yang lalu dan memberat dalam 2 bulan terakhir. Keluhan bersifat intermiten, dapat muncul baik saat aktivitas maupun saat istirahat. Pasien masih mampu merasakan rangsangan sentuhan pada kedua ekstremitas bawah. Keluhan kesemutan dilaporkan sedikit berkurang saat berjalan, namun tidak membaik dengan istirahat. Selain itu, pasien juga mengeluhkan badan terasa lemas meskipun tidak melakukan aktivitas berat. (5).

Keluhan tambahan yang dirasakan pasien antara lain pusing terutama saat kadar gula darah meningkat, serta perut kembung apabila pola makan tidak teratur. Pasien tidak mengeluhkan adanya demam, batuk, maupun penurunan berat badan. Keluhan lemas yang dialami pasien cenderung berkaitan dengan fluktuasi kadar gula darah, di mana keluhan membaik setelah pasien mengonsumsi obat antidiabetes. Hal ini menunjukkan adanya hubungan antara gejala klinis dengan kontrol glikemik pasien. (6).

Berdasarkan anamnesis yang diperoleh, keluhan kesemutan kronis yang dirasakan pasien mengarah pada komplikasi neuropati perifer akibat diabetes mellitus tipe 2. Neuropati diabetik merupakan salah satu komplikasi mikrovaskular yang sering terjadi pada pasien dengan riwayat hiperglikemia kronis. Kondisi ini disebabkan oleh kerusakan saraf akibat paparan kadar glukosa yang tinggi dalam jangka panjang, yang mengakibatkan gangguan fungsi saraf sensorik, motorik, maupun otonom (7).

Diabetes mellitus tipe 2 merupakan suatu penyakit metabolik yang ditandai dengan adanya hiperglikemia akibat gangguan sekresi insulin, resistensi insulin, atau kombinasi keduanya. Pada pasien ini, adanya keluhan lemas, pusing saat gula darah tinggi, serta perbaikan gejala setelah konsumsi obat

antidiabetes menguatkan dugaan adanya kontrol glikemik yang belum optimal. Hiperglikemia kronis diketahui berperan dalam terjadinya berbagai komplikasi, baik akut maupun kronis (8).

Neuropati diabetik perifer umumnya ditandai dengan gejala berupa kesemutan, rasa baal, sensasi terbakar, atau nyeri pada ekstremitas, terutama pada bagian distal seperti kaki. Pada kasus ini, keluhan kesemutan yang berlangsung lama dan memberat menunjukkan kemungkinan adanya progresivitas kerusakan saraf. Mekanisme patofisiologi neuropati diabetik melibatkan stres oksidatif, akumulasi sorbitol melalui jalur poliol, serta gangguan mikrosirkulasi yang menyebabkan iskemia saraf (9).

Keluhan kesemutan yang tidak membaik dengan istirahat namun sedikit berkurang saat berjalan dapat dikaitkan dengan peningkatan aliran darah perifer saat aktivitas, yang sementara waktu memperbaiki suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan saraf. Namun demikian, kondisi ini tidak mengatasi penyebab utama kerusakan saraf, sehingga keluhan tetap bersifat kronis dan progresif apabila tidak ditangani dengan baik (10).

Selain neuropati, keluhan lemas yang dirasakan pasien juga dapat disebabkan oleh fluktuasi kadar glukosa darah. Hiperglikemia dapat menyebabkan dehidrasi seluler dan gangguan metabolisme energi, sehingga pasien merasa lemah. Sebaliknya, hipoglikemia juga dapat menimbulkan gejala serupa, seperti lemas, pusing, dan bahkan penurunan kesadaran. Oleh karena itu, penting untuk menjaga kadar gula darah dalam rentang target yang dianjurkan (11).

Keluhan perut kembung yang dirasakan pasien kemungkinan berkaitan dengan gangguan motilitas gastrointestinal akibat neuropati otonom diabetik. Kondisi ini dapat menyebabkan gastroparesis, yaitu perlambatan pengosongan lambung yang ditandai dengan gejala seperti kembung, mual, dan rasa penuh setelah makan. Pola makan yang tidak teratur dapat

memperburuk kondisi ini serta memengaruhi kontrol glikemik secara keseluruhan (12).

Dalam penatalaksanaan kasus ini, pendekatan yang komprehensif sangat diperlukan, meliputi pengendalian kadar gula darah, edukasi pasien terkait pola makan, aktivitas fisik, serta kepatuhan dalam konsumsi obat. Selain itu, terapi simtomatik untuk neuropati seperti pemberian vitamin neurotropik atau agen analgesik neuropatik dipertimbangkan untuk mengurangi keluhan kesemutan (13).

Dengan demikian, kasus ini menunjukkan pentingnya pengelolaan diabetes melitus tipe 2 secara optimal untuk mencegah terjadinya komplikasi kronis seperti neuropati diabetik. Deteksi dini dan penatalaksanaan yang tepat sangat diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien serta mencegah progresivitas penyakit. Edukasi berkelanjutan kepada pasien juga menjadi kunci dalam keberhasilan terapi jangka Panjang (14).

SIMPULAN

Diabetes mellitus tipe II merupakan penyakit kronis yang memerlukan penanganan komprehensif. Pendekatan kedokteran keluarga efektif dalam meningkatkan kepatuhan pasien melalui edukasi dan keterlibatan keluarga. Dengan pengelolaan yang tepat, control glukosa darah dapat dicapai dan komplikasi jangka Panjang dapat di cegah.

DAFTAR PUSTAKA

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S1–S350.
2. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia. Jakarta: PERKENI; 2021.
3. Boulton AJM, Vinik AI, Arezzo JC, et al. Diabetic neuropathies: a statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2005;28(4):956–962.

4. Feldman EL, Callaghan BC, Pop-Busui R, et al. Diabetic neuropathy. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):41.
5. Powers AC. Diabetes Mellitus: Complications. In: Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, et al., editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2022.
6. etabk AI, Nevoret ML, Casellini C, Parson H. Diabetic neuropathy. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2013;42(4):747–787.
7. Tesfaye S, Boulton AJM, Dyck PJ, et al. Diabetic neuropathies: update on definitions and diagnostic criteria. *Diabetes Care*. 2010;33(10):2285–2293.
8. Spallone V. Update on diabetic autonomic neuropathy. *Curr Diab Rep*. 2019;19(11):129
9. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 10th ed. Brussels: IDF; 2021.
10. Pop-Busui R, Boulton AJM, Feldman EL, et al. Diabetic neuropathy: a position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2017;40(1):136–154.
11. Callaghan BC, Cheng HT, Stables CL, et al. Diabetic neuropathy: clinical manifestations and current treatments. *Lancet Neurol*. 2012;11(6):521–534.
12. Singleton JR, Smith AG. Diabetic neuropathy. *Continuum (Minneap Minn)*. 2012;18(1):60–84.
13. Said G. Diabetic neuropathy—a review. *Nat Clin Pract Neurol*. 2007;3(6):331–340.
14. Vinik EJ, Hayes RP, Oglesby A, et al. The development and validation of the Norfolk QOL-DN. *Diabetes Technol Ther*. 2005;7(3):497–508.