Case Report

LAPORAN KASUS PENATALAKSANAAN DAN PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA PADA LANSIA DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II TIDAK TERKONTROL DENGAN HIPERTRIGLISERIDEMIA

Faiz Maulana[1], Dwi Nonita Nugraheni[1], Indra Nuroso[1], Hafid Adi Nugroho[1], Isnan Aldisa[1], Setyaningsih[2], Yusuf Alam Romadhon[3]

[1]Program Pendidikan Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta
[2]Departemen Jejaring Puskesmas Gatak, Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo
[3] Departemen Kedokteran Keluarga dan Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

Abstract

A 62-year-old man was diagnosed with uncontrolled type II diabetes mellitus with hypertriglyceridemia. The diagnosis was made in 2014 when the patient examined himself with classic symptoms (polyuria, polydipsia, and polyphagia). There is no family history with that experienced by the patient at this time. The patient admitted that he often consumes sweet drinks such as sweet tea which is consumed every morning and often eats fatty foods such as lontong satay. The type of family is extended family and enters stage six according to Duval. The relationship between family members is harmonious, the APGAR Family shows a healthy functional. SCREEM function is not prominent and does not affect the patient's disease. Biomedical diagnosis: uncontrolled type II diabetes mellitus with hypertriglyceridemia, overweight. Holistic diagnosis: psychoemotionally not worried about what will happen to the disease in the future. The behavior of caring for family members is good, but the diet is not balanced. The intervention provided was pharmacological therapy from the Puskesmas, and from the author's team, providing education on the importance of regularly taking medication, and making a balanced diet program. The results of the examination of GDP, uric acid and triglycerides decreased on the third visit in a row GDP 269 mg/dL, Uric Acid: 6.8 mg/dL, Triglycerides 874 mg/dL and GDP 193 mg/dL, Uric Acid: 6.3 mg/dL dL, Triglycerides 612 mg/dL.
Keywords : *Diabetes, APGAR Family, SCREEM, Family Medicine*

Abstrak:

Seorang laki-laki lanjut usia berusia 62 tahun terdiagnosis diabetes melitus tipe II tidak terkontrol dengan hipertrigliseridemia. Diagnosis tersebut diketahui pada tahun 2014 ketika pasien memeriksakan dirinya dengan gejala klasik (poliuri, polidipsi, dan polifagi). Tidak terdapat riwayat keluarga dengan yang dialami pasien saat ini. Pasien mengaku sering mengonsumsi minuman manis seperti teh manis yang dikonsumsi setiap pagi dan sering mengonsumsi makanan berlemak seperti lontong sate. Tipe keluarga *extended family* dan memasuki stadium enam menurut Duval. Hubungan antar anggota keluarga harmonis, APGAR *Family* menunjukkan fungsional sehat. Fungsi SCREEM tidak ada yang menonjol dan tidak mempengaruhi penyakit pasien. Diagnosis biomedik: diabetes melitus tipe II tidak terkontrol dengan hipertrigliseridemia, berat badan lebih. Diagnosis holistik: secara psikoemosional tidak merasa khawatir berkaitan dengan apa yang akan terjadi pada penyakitnya dimasa yang akan datang. Perilaku rawat anggota keluarhga baik, namun diet tidak berimbang. Intervensi yang diberikan yakni terapi farmakologi dari Puskesmas, dan dari tim penulis, memberikan edukasi pentingnya teratur minum obat, dan dibuatkan program diet berimbang. Hasil pemeriksaan GDP, asam urat dan trigliserida turun pada kunjungan ketiga secara berurutan GDP 269 mg/dL, Asam Urat: 6,8 mg/dL, Trigliserid 874 mg/dL dan GDP 193 mg/dL, Asam Urat: 6,3 mg/dL, Trigliserid 612 mg/dL.
Kata Kunci : Diabetes, APGAR Family, SCREEM, pendekatan dokter keluarga

PENDAHULUAN

Gambaran penyakit penyebab kematian di Indonesia telah menunjukkan perubahan

ISSN : 2721-2882

infeksi menjadi penyakit degeneratif (Djaja, 2012). Diabetes Melitus merupakan penyakit yang ditandai dengan kadar glukosa di dalam darah tinggi karena tubuh tidak dapat meleoaskan atau menggunakan insulin secara adekuat (Irianto, 2015).

Diabetes tidak hanya menyebabkan kematian prematur di seluruh dunia. Penyakit ini juga menjadi penyebab utama kebutaan, penyakit jantung, dan gagal ginjal. Organisasi Internasional Diabetes Federation (IDF) memperkirakan sedikitnya terdapat 463 juta orang pada usia 20-79 tahun di dunia menderita diabetes pada tahun 2019 atau setara dengan angka prevalensi sebesar 9,3% dari tptal penduduk pada usia yang sama. Berdasarkan jenis kelamin, IDF memperkirakan prevalensi diabetes di tahun 2019 yaitu 9% pada perempuan dan 9,65% pada laki-laki. Prevalensi diabetes diperkirakan meningkat seiring penambahan umur penduduk menjadi 19,9% atau 111,2 juta orang pada umur 65-79 tahun. Angka diprediksi terus meningkat hingga mencapai 578 juta di tahun 2030 dan 700 juta di tahun 2045 (INFODATIN, 2020).

Riset Kesehatan Dasar yang dilaksanakan pada tahun 2018 melakukan pengumpulan data penderita diabetes melitus pada penduduk berumur ≤ 15 tahun. Kriteria diabetes melitus pada riskesdas 2018 mengacu pada konsensus Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) yang mengadopsi kriteria *American Diabetes Association* (ADA). Menurut kriteria tersebut, diabetes melitus ditegakkan bila kadar glukosa darah puasa ≥126 mg/dl, atau glukosa darah 2 jam pasca pembebanan ≥200 mg/dl, atau glukosa darah sewaktu ≥200 mg/dl dengan gejala klasik dan berat badan turun (KEMENKES, 2020).

Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi diabetes melitus di Indonesia berdasarkan diagnosis pada umur ≥15 tahun sebesar 2%. Angka ini menunjukkan peningkatan dibandingkan prevalensi diabetes penduduk ≥15 tahun pada hasil riskesdas 2013 sebesar 1,5%. Namun prevalensi diabetes melitus menurut hasil pemeriksaan gula darah meningkat dari 6,9% pada 2013 menjadi 8,5% pada tahun 2018. Angka ini menunjukkan bahwa baru sekitar 25% penderita diabetes yang mengetahui bahwa dirinya menderita diabetes (RISKESDAS, 2020).

Selain itu, umumnya diabetes memiliki faktor risiko kardiovaskular lain seperti obesitas, dan dislipidemia (Chiasson & Bernard, 2011). Keadaan dislipidemia adalah suatu kelainan dimana terjadi peningkatan kadar satu atau lebih lipid atau lipoprotein plasma Penyakit diabetes sering berhubungan dengan keadaan hipertrigliseridemia dimana hipertrigliseridemia merupakan keadaan yang ditandai dengan peningkatan kadar trigliserida plasma puasa dengan atau tanpa gangguan kadar lipoprotein lain (Yuan G, 2017). Berdasarkan *The National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III* (NCEP, ATP III), rujukan kadar trigliserida

ISSN : 2721-2882

dibagi atas empat tingkatan yaitu normal (<150 mg/dL), borderline high(150-199 mg/dL), high (200-499 mg/dL) dan very high (>500 mg/dL) (ADA, 2012). Hipertrigliseridemia juga dibagi menjadi primer dan sekunder (Rader & Hobbs, 2014).

Hipertrigliseridemia primer disebabkan oleh kelainan genetik metabolisme lipid yang diwariskan antara lain *familial chylomicronemia* (hiperlipoproteinemia tipe 1 berdasarkan sistem Fredrickson), familial combined hyperlipoproteinemia (tipe 2B), *familial dysbetalipoproteinemia* (tipe 3), *familial hypertriglyceridemia* (tipe 4), maupun *primary mixed hyperlipidemia* (tipe 5), sedangkan hipertrigliseridemia sekunder disebabkan oleh berbagai kondisi, seperti sindrom metabolik, obesitas, diabetes melitus (DM), konsumsi alkohol, dan berbagai keadaan lainnya (See & Lee, 2013).

LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki, Tn. P berusia 62 tahun melaksanakan kontrol pengobatan penyakit yang sudah dialaminya sejak 2014 dengan diagnosis diabets melitus dengan hipertrigliseridemia. Tn. P saat ini mengeluhkan mata kiri buram dirasakan sudah 3 tahun dan belum dilakukan pengobatan. Pasien mengatakan bahwa keluhan yang dirasakan yaitu sering haus sampai menghabiskan satu galon air, sering buang air kecil saat awal gejala muncul pada tahun 2014, dan mata kiri buram dirasakan 3 tahun terakhir. Pasien juga mengeluhkan rasa sesak di dada kanan hilang timbul dan sudah dirasakan dua minggu terakhir. Sesak memberat saat aktivitas dan dapat diperingan dengan istirahat. Saat ini pasien mengonsumsi obat berupa acarbose 100mg sesaat sebelum makan, simvastatin 20mg dan gemfibrozil 100mg di malam hari. Pasien mengaku rutin minum obat, dan kondisi pasien cukup baik untuk diajak komunikasi, berpenampilan sesuai usianya, dengan perawatan diri yang baik.

Pasien pernah menjalani operasi pemasangan pen pada fraktur tulang tibia proksimal anterior karena kecelakaan lalulintas yang dialaminya pada tahun 2005. Pasien mengakui tidak ada riwayat penyakit diabetes melitus, hipertrigliseridemia, dan mata buram pada orangtua maupun saudaranya. Tidak ada riwayat penyakit lain di keluarga Tn. P baik istrinya maupun anak-anaknya.

Pasien gemar mengonsumsi minuman manis seperti teh manis yang dikonsumsi setiap pagi dan sering mengonsumsi makanan berlemak seperti lontong sate. Aktivitas harian pasien adalah bekerja sebagai buruh bangunan, bersepeda, dan berjalan-jalan santai di sekitar rumah. Namun dalam satu tahun terakhir pasien tidak melakukan pekerjaannya karena pandemi covid-

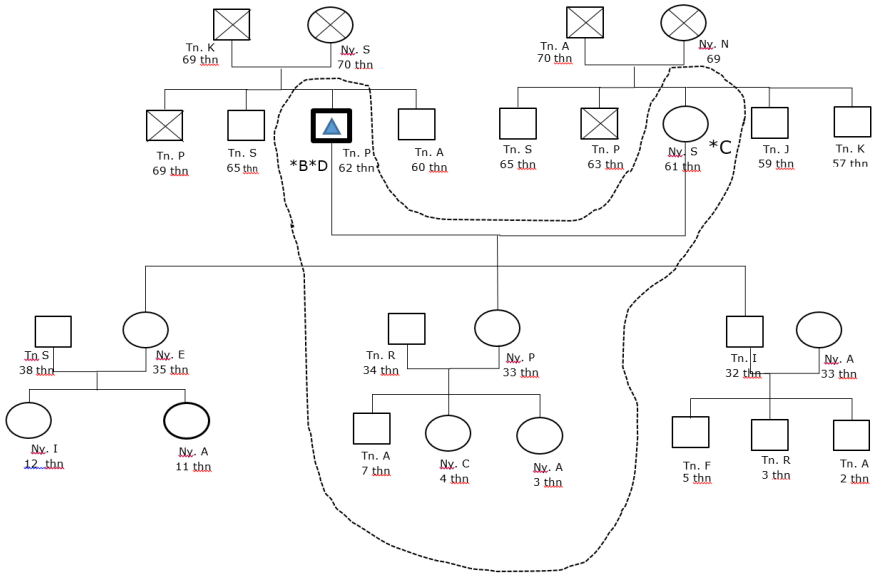
ISSN : 2721-2882

19.

Pada pemeriksaan fisik, ditemukan tekanan darah pasien adalah 130/80 mmHg. Frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 16x/menit, dan suhu tubuh 36,8^{o}C. Tinggi pasien adalah 168 cm, berat badan 69,2 kg, dan memiliki indeks masa tubuh 25,7kg/m2 yang menurut WHO termasuk kategori berat badan lebih. Pada pemeriksaan fisik umum semua masih dalam batas normal. Pemeriksaan fisik neurologis masih dalam batas normal, namun pada sistem penglihatan terlihat ada perbedaan warna dibandingkan mata kiri yang dianggap normal.

Pemeriksaan penunjang darah rutin dilakukan dalam dua hari berturut-turut didapatkan hasil GDP 269 mg/dL; Asam Urat 6,8 mg/dL; dan Trigliserid 874 mg/dL yang dilaksanakan pada 12 Oktober 2021, GDP 193 mg/dL; Asam Urat 6,3 mg/dL; dan Trigliserid 612 mg/dL yang dilaksanakan pada 13 Oktober 2021.

Pasien tinggal bersama istri, anak kedua, menantu, satu cucu laki-laki dan dua cucu perempuan. Tn. P adalah seorang buruh bangunan yang kesehariannya bertanggung jawab menenuhi kebutuhan keluarga dan cukup sering berkumpul di tetangga sekitar. Dapat disimpulkan bahwa keluarga Tn. P berbentuk *Extended Family*. Tahapan siklus keluarga berada dalam tahap ke-6 menurut Duval.



Gambar 1. Genogram Keluarga (*Family Genogram*)

Keterangan:

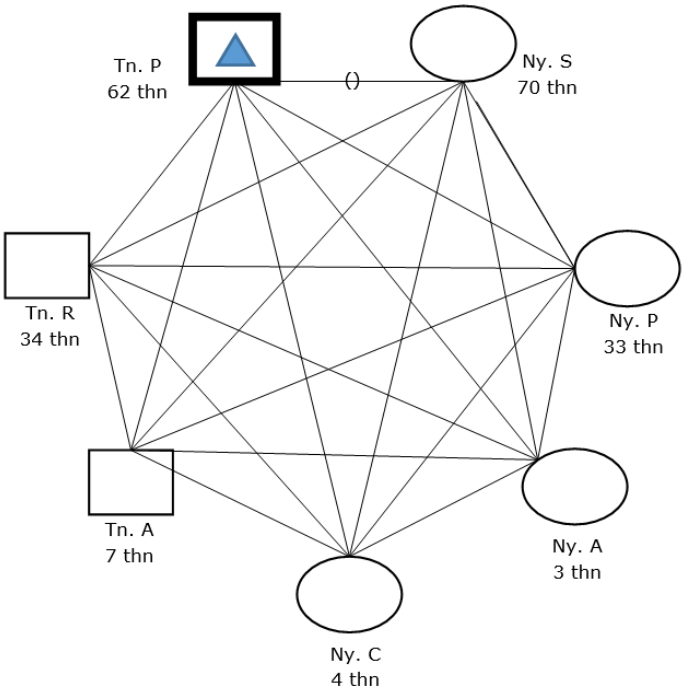
= Anggota keluarga pria hidup
= Anggota keluarga wanita hidup
= Anggota keluarga pria wafat
= Anggota keluarga wanita wafat
= tinggal satu rumah

ISSN : 2721-2882

= Anggota keluarga yang diperiksa

Legenda:
*B= Breadwinner (62 th)
*C= Caregiver (61 th)
*D= Decision Maker (62 th)

Hubungan Tn. P dengan keluarga yang tinggal serumah sangat dekat dan tidak terdapat masalah. Anak-anak Tn. P yang tidak serumah, sebagian tinggal di luar kota dan beberapa tinggal di dalam satu kecamatan namun jarang mengunjungi Tn.P.



Gambar 2. Peta Keluarga (*Family Map*)

Legenda:
() = saling mencintai
= harmonis
= sangat dekat

Pada penilaian fungsi fisiologis dengan menggunakan Family APGAR Score didapatkan didapatkan bahwa nilai fisiologis keluarga Tn. P adalah 10, Ny. S adalah 9, dan Tn.Y adalah 10. Maka dapat disimpulkan nilai fisiologis Tn. P adalah keluarga sehat.

Fungsi patologis dapat dilihat dari SCREEM yang terdiri dari Social, Culture, Religious, Economic, Educational, Medical. Fungsi Patologis Tn. P pada tabel berikut ini.

ISSN : 2721-2882

Aspek SCREEM	Kekuatan	Kelemahan
Social	Pasien dapat bersosialiasi dan memelihara hubungan baik dengan keluarga dan tetangga. Keluhan yang dirasakan pasien tidak mengganggu fungsi sosialisasi	-
Cultural	Pasien dan keluarga bersuku Jawa (tidak memengaruhi status kesehatan pasien saat ini)	-
Religious	Pasien dan keluarga beragama Islam. Pasien dan keluarga cukup taat dalam beribadah. Saat ini, tidak ada keluhan saat pasien menjalankan ibadah shalat	-
Educational	Pasein mengaku pendapatannya cukup untuk kebutuhan sehari-hari	-
Economic	Pendidikan terakhir pasien adalah SMP. Pasien paham akan penyakit kronis yang dialami oleh pasien dan taat dalam menjalani pengobatan dan kontrol rutin	-
Medical	Pasien memiliki BPJS dan akses ke Puskesmas dekat rumahnya kira- kira 3 menit menggunakan sepeda motor	-

Pengetahuan keluarga akan penyakit yang diderita Tn. P cukup baik. Pasien mengonsumsi obat secara rutin. Pasien patuh dalam minum obat dan pasien melakukan kontrol rutin di Puskesmas setiap bulannya.

Tempat tinggal atau rumah yang dihuni keluarga Tn. P sudah memenuhi standar kesehatan, dikarenakan dengan luas bangunan yang cukup untuk dihuni 8 anggota keluarga. Ketersediaan ventilasi yang cukup memadai disertai pencahayaan yang baik dan cukup. MCK (Mandi, Cuci, Kakus) sudah memenuhi syarat karena memiliki kamar mandi sendiri dan *septictank.* Untuk kebutuhan air untuk mencuci dan mandi diperoleh dari air sumur gali, begitupun air yang untuk dikonsumsi sehari-hari. Namun keadaan air tersebut bersih, jernih, dan tidak berbau.

Keluarga Tn. P tinggal di sebuah rumah yang sederhana dengan pekarangan yang luas, di sebuah perkampungan lumayan padat dengan rumah yang tidak terlalu berdempetan dengan tetangga sekitar. Pembuangan sampah di rumah dilakukan dengan cara mandiri dan biasanya dibakar sendiri oleh setiap pemilik rumah.

Dinding rumah berupa tembok permanen, lantai rumah berupa keramik. Rumah ini terdiri dari beberapa ruangan yaitu 1 ruang tamu dan ruang keluarga, 4 kamar tidur,1 dapur, 1 mushola, 1 ruangan serba guna dan 1 kamar mandi. Rumah ini mempunyai pintu utama untuk keluar masuk serta beberapa jendela sehingga penerangan dan ventilasi tergolong baik.

ISSN : 2721-2882

DIAGNOSIS KLINIS & DIAGNOSIS HOLISTIK

Pasien didiagnosis dengan Diabetes Melitus tipe II tidak terkontrol dengan hipertrigliseridemia dan curiga katarak ocular sinistra. Pada diagnosis holistik pasien juga mengeluhkan rasa sesak di dada kanan kambuh-kambuhan dan sudah dirasakan dua minggu terakhir, sehingga pasien merasa khawatir akan penyakit pasien akan berefek pada jantungnya yang membuat pasien ingin memeriksakan kondisi kesehatan jantungnya. Pasien berusia 62 tahun dan termasuk kategori berat badan lebih, tidak memiliki riwayat penyakit serupa pada keluarga, serta gemar menonsumsi minuman manis dipagi hari dan sering mengonsumsi makanan berlemak seperti lontong sate. Pasien mengaku tidak terlalu memikirkan apa yang akan terjadi kedepan, dan sudah merasa bahagia dengan keadaannya sekarang yang masih bisa melakukan aktivitas shari-hari dengan normal.

PENATALAKSANAAN

Pengelolaan komprehensif yang dilakukan kepada pasien berfokus pada diri pasien sendiri (*Patient Centered*), keluarga (*Family Oriented*), dan komunitas (*Community Oriented*). Pengelolaan secara *Patient Centered* dilakukan secara preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Pada preventif dan promotif bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien guna mengubah pola hidupnya. Pada pengobatan kuratif, pasien diberikan terapi medikamentosa yaitu Acarbose 100 mg sebelum makan untuk mengobati penyakit diabetesnya Simvastatin 20 mg satu kali sehari sesudah makan dan Gemfibrozil 100 mg satu hari sekali sesudah makan untuk mengobati kadar trigliserida yang tinggi pada pasien.

Pada pengobatan rehabilitatif pasien diberikan konseling pola makan sehat dan seimbang, hidrasi cukup dan manajemen stress dikarenakan pasien mengidap penyakit kronis yang tidak bisa disembuhkan dan hanya bisa dikontrol, serta membutuhkan pengobatan seumur hidup sehingga pasien merasakan kekhawatiran dan ketakutan tersendiri apabila penyakitnya semakin parah.

Pada pengelolaan *Family Oriented*, diberikan edukasi ke keluarga untuk lebih memperhatikan Tn. P dalam jadwalnya meminum obat, konsumsi makanan yang baik dan seimbang, memperhatikan aktivitasnya, serta sebagai supporter pasien dalam hal berobat teratur dan memberi dukungan supaya pasien tidak mengalami stress akibat pengobatan yang lama. Pada Community Oriented, dilakukan pembinaan dan mengaktifkan kembali POSBINDU Lansia, membina kegiatan-kegiatan untuk Lansia agar tetap aktif dan produktif, menggiatkan

ISSN : 2721-2882

kegiatan anti merokok dan PHBS.

PEMBAHASAN

Dilakukan pelayanan kesehatan dengan konsep kedokteran keluarga kepada Tn. P usia 62 tahun dengan diagnosis klinis Diabetes Melitus tipe 2, hipertrigliseridemia dan curiga Katarak Ocular Sinistra. Pentingnya manajemen pada pasien ini ditinjau dari berbagai sisi. Pertama, ditinjau dari perkembangan penyakit pasien yang dipengaruhi oleh beberapa keadaan berupa faktor resiko dari keluarga yang menderita penyakit serupa, keadaan pasien yang mengalami obesitas, kepatuhan minum obat pasien yang buruk, asupan gizi pasien yang belum baik dan aktivitas fisik pasien yang masih kurang. Oleh sebab itu penatalaksanaan pada keluarga juga diperlukan pada kasus ini yang bertujuan untuk mengevaluasi, mengintervensi dan melakukan manajemen holistik komprehensif.

Pada kunjungan pertama kami memberikan informed concent pada pasien bahwa akan dilakukan beberapa pemeriksaan secara gratis terkait penyakit yang dialami di rumah pasien dan memeriksa kondisi keadaan rumah yang dihuni oleh pasien.

Pada kunjungan kedua dilakukan penegakan diagnosis dan pengisian status kedokteran keluarga. Penegakan diagnosis pada kasus Diabetes Melitus tipe 2 dan curiga Katarak Ocular Sinistra ini dilakukan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Tn. P memiliki mengeluhkan dada terasa sesak sudah sejak 2 minggu yang lalu, bersifat kambuh-kambuhan. Keluhan pasien juga disertai penurunan penglihatan pada mata kiri dirasakan sejak 3 tahun yang lalu,. Adapun hal yang memperberat keluhan jika merasa stress, sedangkan hal yang dapat memperingan keluhan ketika istirahat. Pada pemeriksaan fisik, ditemukan tekanan darah pasien adalah 130/80 mmHg. Frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 16x/menit, dan suhu tubuh 36,8oC. Tinggi pasien adalah 168 cm, berat badan 69,2 kg, dan memiliki indeks masa tubuh 25,7kg/m2 yang menurut WHO termasuk kategori berat badan lebih. Pada pemeriksaan fisik umum semua masih dalam batas normal. Pemeriksaan fisik neurologis masih dalam batas normal, namun pada sistem penglihatan ada kelainan pada mata sebelah kiri. Pemeriksaan penunjang antara lain laboratorium didapatkan GDP 269 mg/dL, Asam Urat: 6,8 mg/dL, Trigliserid 874 mg/dL (dilakukan pada 12 Oktober 2021), GDP 193 mg/dL, Asam Urat: 6,3 mg/dL, Trigliserid 612 mg/dL (dilakukan pada 13 Oktober 2021).

Pada kunjungan ketiga, pasien mengaku sudah mengubah pola hidupnya. Kami tetap melakukan intervensi berupa pemberian materi menggunakan leaflet mengenai Diabetes melitus

ISSN : 2721-2882

hipertrigliseridemia, edukasi mengenai keluhan pada mata kiri, anjuran gizi lansia, dan anjuran aktivitas fisik yang sesuai lansia kepada pasien dan keluarga pasien. Intervensi ini bertujuan untuk menjelaskan kembali kepada pasien dan keluarganya tentang penyakit hipertensi dan obesitas. Serta kepatuhan minum obat dan komplikasi yang dapat terjadi. Pasien juga diberikan intervensi gizi untuk memenuhi kebutuhan gizi harian dan anjuran menu yang bisa dikonsumsi, dengan hasil sebagai berikut :

✔ Berat Badan Ideal (BBI) =

- (TB–100)–(10% x (TB–100)) = (165–100)-(10% x (165 – 100)) = **58,5 kg**
- BB pasien 69,2 Kg maka termasuk berat badan obesitas stage I. Maka pasien perlu mengurangi berat badan 10,7 kg

✔ Kebutuhain Kalori

- Kebutuhan kalori basal :
  - KKB = 25 x BBI = 25 x 58,5 = 1.462 kkal
- Kebutuhan energi total untuk aktivitas sedang
  - KKT = KKB+2(20%KKB)–20% KKB 292,4
  - 1.754,4 kkal
- Komposisi : Karbohidrat (55%), Protein (20%), Lemak (15%)
  - Karbohidrat : 55% x 1296 = 712,8 kkal = 178,3 gr
  - Protein : 20% x 1.296 = 259,2 kkal = 64,8 gr
  - Lemak : 25% x 1.296 = 324 kkal = 36 gr

Pasien juga dibuatkan daftar contoh menu makan harian yang dapat dihidangkan agar memenuhi kebutuhan kalori pasien. Untuk meningkatkan aktivitas fisik pasien juga dibuatkan daftar aktivitas fisik yang dapat dilakukan berdasarkan rekomendasi GERMAS. Penjelasan kepada keluarga pasien agar selalu memotivasi dan memantau pasien untuk selalu meminum obat secara kontinu juga dilakukan. Pada kunjungan ketiga juga dilakukan evaluasi. Dari hasil anamnesis lanjut, pasien sudah minum obat secara teratur. Keluarga pasien juga lebih memperhatikan waktu minum obat pasien. Menurut anak pasien, menu makanan juga mulai mengikuti apa yang telah disarankan. Pasien juga mulai melakukan aktivitas fisik ringan sampai sedang sesuai usianya seperti menyapu rumah dan halaman, memasak, berjalan-jalan disekitar rumah selama 15-30 menit, dan sebagainya.

ISSN : 2721-2882

Kunjungan	Tanggal	Catatan, Kesimpulan dan Rencana Tindak Lanjut
Pertama	08 Oktober 2021	Pasien merupakan penderita Diabetes Melitus tipe II tidak terkontrol dengan hipertrigliseridemia dan curiga katarak ocular sinistra, memiliki keluhan mata kiri buram dan rasa sesak di dada kanan hilang timbul dan sudah dirasakan dua minggu terakhir, memiliki kebiasaan konsumsi minuman manis dipagi hari dan sering mengonsumsi makanan berlemak seperti lontong sate. TD: 130/80 mmHg.
Kedua	12 Oktober 2021	Pasien menderita Diabetes Melitus tipe II tidak terkontrol dengan hipertrigliseridemia dan curiga katarak ocular sinistra, perlahan pasien mencoba merubah gaya hidup dengan melakukan puasa, menjaga pola hidup sehat dengan berolahraga. TD: 130/80 mmHg, GDP 269 mg/dL, Asam Urat: 6,8 mg/dL, Trigliserid 874 mg/dL.
Ketiga	13 Oktober 2021	Pasien menderita Diabetes melitus tipe II tidak terkontrol, sudah melaksanakan puasa (tetap minum air putih) TD: 130/80 mmHg; GDP 193 mg/dL, Asam Urat: 6,3 mg/dL, Trigliserid 612 mg/dL.

Pada tabel diatas menunjukkan hasil intervensi yang baik ditinjau dari beberapa aspek seperti perubahan kebiasaan minum obat yang mulai teratur, konsumsi makanan dengan gizi sesuai kebutuhan harian, dan mulai melakukan aktivitas fisik ringan-sedang sesuai yang disarankan GERMAS.

SIMPULAN

Dari pembahasan diatas dapat disipulkan bahwa Diabetes Melitus merupakan penyakit yang ditandai dengan terjadinya hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang dihubungkan dengan kekurangan secara absolut atau relatif dari kerja dan atau sekresi insulin. Gejala yang dikeluhkan pada penderita Diabetes Melitus yaitu polidipsia, poliuria, polifagia, penurunan berat badan, kesemutan.

Pada pasien Tn. P dengan diagnosis Diabetes Melitus tipe II tidak terkontrol dengan hipertrigliseridemia dan curiga katarak ocular sinistra memiliki faktor risiko berupa pola hidup

ISSN : 2721-2882

yang kurang sehat yaitu gemar mengonsumsi minuman manis seperti teh manis yang dikonsumsi setiap pagi dan sering mengonsumsi makanan berlemak seperti lontong sate. Tn. P memiliki keluarga berbentuk *extended family*, kehidupan sosial yang baik, dari aspek penilaian SCREEM dapat dikatakan keluarga pasien harmonis.

DAFTAR PUSTAKA

ADA, (. (2012). Diagnosis and classifi cation of diabetes. Diabetes Care. 2012;35:S64-71. *Diabetes Care, 35*, 64-71.

Chiasson, J. L., & Bernard, S. (2011). Reducing cardiovascular risk factors in patients with prediabetes. Diabetes Management. *1*(4), 423–438.

Djaja, S. (2012). *Penyakit Penyebab Kematian dan*. Retrieved from LITBANG DEPKES: http://www.litbang.depkes.go.id.

INFODATIN. (2020). Tetap Produktif, Cegah, dan Atasi Diabetes Mellitus. (W. WIdiantini, Ed.) 1-10.

Irianto. (2015). Memahami Berbagai Penyakit.

KEMENKES. (2020). Langkah-Langkah Pencegahan bagi Penyandang Diabetes Mellitus. 1.

Rader, D. J., & Hobbs, H. H. (2014). *Disorders of lipoprotein metabolism. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th ed.* New York: McGraw-Hill.

RISKESDAS. (2020). Cegah Penyakit Tidak Menular. 1.

See, T. T., & Lee, S. P. (2013). Treatment of very severe hypertriglyceridemia: A case report. *J Intern Med Taiwan, 19*, 164-9.

Yuan G, A.-S. K. (2017). Hypertriglyceridemia: Its Etiology, Effects and Treatment. *The Canadian Medical Association Journal*(176), 1113-20.

ISSN : 2721-2882