

EDUKASI KESEHATAN MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA PADA PASIEN DENGAN KECURIGAAN RADIKULOPATI LUMBOSAKRAL
Health Education Through a Family Medicine Approach in a Patient with Suspected Lumbosacral Radiculopathy

Diterima
21 Juli 2026
Revisi
27 Juli 2016
Disetujui
28 Juli 2026
Terbit Online
29 Juli 2026

Chintya Eka Arusyah Putri¹, Brenda Kumambow¹, Musfirah Kamil¹, Raihan Raharjo¹, Rafi Achsan Ismail¹, Andira Larasari^{2*}, Daniella Satyasari³

*Penulis Koresponden:
andira.larasari@trisakti.ac.id

¹Program Studi Sarjana Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Trisakti, Jakarta, Indonesia

²Departemen Neurologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Trisakti, Jakarta, Indonesia

³Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Trisakti, Jakarta, Indonesia



Abstract
Low back pain with radiculopathy often limits activity and reduces quality of life, and Herniated Nucleus Pulposus (HNP) is one of its most frequent causes. A family medicine approach enables comprehensive identification of the biological, psychological, social, behavioral, environmental, spiritual, and family factors affecting a patient. This home-visit-based case report analyzed a 55-year-old woman with low back pain radiating to the right lower limb for eight months with suspected radiculopathy, through history taking, physical examination, home-environment observation, and family interviews, followed by health education for the patient and family. Identified risk factors included class II obesity, uncontrolled grade I hypertension, activities loading the lumbar spine, and a non-ergonomic home environment, whereas family function was very good with an APGAR score of 10. Education covered radicular symptoms, red flags requiring medical evaluation, ergonomics, activity modification, graded physical activity, weight control, antihypertensive medication adherence, home-environment modification, and family support. Immediately after education, the patient’s knowledge score increased from 70% to 90%, while the family member’s score increased from 80% to 100%. The family medicine approach enabled comprehensive risk-factor identification, while education improved patient and family knowledge as a basis that may support long-term disease management.

Keywords: low back pain, lumbosacral radiculopathy, home visit, family medicine, health education

Abstrak
Nyeri punggung bawah dengan radikulopati sering membatasi aktivitas dan menurunkan kualitas hidup, dan Hernia Nukleus Pulposus (HNP) merupakan salah satu penyebab tersering. Pendekatan kedokteran keluarga memungkinkan identifikasi menyeluruh terhadap faktor biologis, psikologis, sosial, perilaku, lingkungan, spiritual, dan keluarga yang memengaruhi pasien. Laporan kasus berbasis kunjungan rumah ini menganalisis seorang perempuan berusia 55 tahun dengan nyeri punggung bawah yang menjalar ke tungkai kanan sejak delapan bulan dan dicurigai radikulopati, melalui hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, observasi lingkungan rumah, dan wawancara keluarga, yang dilanjutkan dengan kegiatan edukasi kesehatan bagi pasien dan keluarga. Faktor risiko yang ditemukan meliputi obesitas derajat II, hipertensi derajat I yang belum terkontrol, aktivitas yang membebani lumbal, serta lingkungan rumah yang kurang ergonomis, sedangkan fungsi keluarga sangat baik dengan skor APGAR 10. Edukasi mencakup informasi gejala radikular, tanda bahaya yang memerlukan evaluasi medis, ergonomi, modifikasi aktivitas, aktivitas fisik bertahap, pengendalian berat badan, kepatuhan obat antihipertensi, modifikasi lingkungan rumah, dan dukungan keluarga. Segera setelah edukasi, skor pengetahuan pasien meningkat dari 70% menjadi 90%, sedangkan skor anggota keluarga meningkat dari 80% menjadi 100%. Pendekatan kedokteran keluarga memungkinkan identifikasi faktor risiko yang komprehensif, sedangkan edukasi meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga sebagai modal yang berpotensi mendukung pengelolaan penyakit jangka panjang.

Kata kunci: nyeri punggung bawah, radikulopati lumbosakral, kunjungan rumah, kedokteran keluarga, edukasi kesehatan

PENDAHULUAN

Radikulopati lumbosakral merupakan sindrom klinis akibat iritasi atau gangguan fungsi akar saraf (radiks) lumbosakral. Manifestasi klinisnya dapat berupa nyeri punggung bawah yang menjalar mengikuti distribusi dermatom tungkai, parestesia, gangguan sensorik, kelemahan ekstremitas, dan penurunan refleks fisiologis. Pada praktik klinis, tidak seluruh manifestasi tersebut selalu ditemukan secara bersamaan sehingga penilaian awal didasarkan pada analisis pola nyeri, perjalanan penyakit, dan hasil pemeriksaan neurologis. Herniasi diskus lumbal merupakan salah satu penyebab radikulopati, tetapi kedua istilah tersebut tidak sepenuhnya sama karena radikulopati juga dapat disebabkan oleh stenosis, perubahan degeneratif, atau kondisi lain yang memengaruhi akar saraf.^(1,2)

Evaluasi klinis pada pasien dengan nyeri radikular mencakup pemetaan distribusi nyeri, pemeriksaan gaya berjalan, kekuatan motorik, fungsi sensorik, refleks, serta uji provokasi seperti *straight-leg-raise* atau tes *Lasègue*. Pemeriksaan pencitraan tidak selalu diperlukan pada penilaian awal tanpa tanda bahaya, tetapi dapat dipertimbangkan pada gejala yang menetap atau progresif serta adanya defisit neurologis untuk mengonfirmasi penyebab struktural.^(1,3)

Keluhan nyeri punggung bawah kronis dengan penjaran ke tungkai dapat membatasi aktivitas dan menurunkan kualitas hidup. Pengelolaannya tidak hanya memerlukan penilaian aspek biologis, tetapi juga faktor psikologis, perilaku, sosial, dan lingkungan yang dapat memengaruhi keluhan, kepatuhan terhadap anjuran, serta kemampuan pasien mempertahankan aktivitas sehari-hari.⁽¹⁾

Pendekatan kedokteran keluarga menempatkan pasien sebagai bagian dari sistem keluarga dan lingkungan. Dalam pendekatan ini, edukasi kesehatan diberikan tidak hanya kepada pasien, tetapi juga kepada keluarga agar mampu mengenali gejala, memahami tanda bahaya, mendukung modifikasi aktivitas, membantu kepatuhan pengobatan, dan berpartisipasi dalam perubahan gaya hidup. Edukasi dan pemeliharaan aktivitas fisik termasuk rekomendasi yang konsisten dalam berbagai pedoman nyeri radikular lumbosakral.⁽¹⁾

Pada kasus ini, seorang perempuan berusia 55 tahun mengalami nyeri punggung bawah yang menjalar ke tungkai kanan dengan kecurigaan radikulopati lumbosakral, dengan HNP sebagai etiologi struktural yang paling mungkin namun belum terkonfirmasi, disertai faktor risiko obesitas derajat II, aktivitas fisik yang membebani regio lumbal, serta lingkungan rumah yang kurang ergonomis. Pasien juga memiliki hipertensi yang memerlukan pengelolaan jangka panjang. Kunjungan rumah memungkinkan identifikasi faktor-faktor tersebut secara langsung sekaligus melibatkan keluarga dalam penyusunan intervensi yang realistis.

Kegiatan ini bertujuan mendeskripsikan edukasi kesehatan melalui pendekatan kedokteran keluarga pada pasien dengan kecurigaan radikulopati lumbosakral, mengidentifikasi masalah biopsikososial dan lingkungan yang relevan, serta menilai perubahan segera pengetahuan pasien dan keluarga setelah edukasi. Manfaat kegiatan ini untuk pasien dan keluarga adalah untuk meningkatkan pemahaman mengenai gejala radikular, tanda bahaya yang menuntut evaluasi medis, serta modifikasi aktivitas dan lingkungan rumah yang dapat diterapkan secara mandiri. Bagi tenaga kesehatan di layanan primer, laporan kasus ini menyediakan contoh penerapan kunjungan rumah sebagai sarana identifikasi faktor risiko perilaku dan lingkungan yang sulit dilakukan saat konsultasi di fasilitas kesehatan. Bagi institusi pendidikan kedokteran, kegiatan ini menjadi sarana pembelajaran mahasiswa dalam menerapkan prinsip kedokteran keluarga secara langsung di komunitas (Gambar 1).



Gambar 1. Pelaksanaan kegiatan

METODE

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini disusun sebagai laporan kasus berbasis kunjungan rumah di wilayah Kelurahan Krendang, Kecamatan Tambora, Jakarta Barat. Kunjungan dilaksanakan pada hari Senin, 18 Mei 2026 pada pukul 08.00 hingga 10.00 WIB. Sasaran kegiatan adalah satu pasien beserta anggota keluarga yang tinggal serumah dan berperan sebagai pendamping utama dalam perawatan sehari-hari. Data diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik umum dan neurologis, observasi lingkungan rumah, wawancara dengan pasien dan keluarga, serta penilaian fungsi keluarga

menggunakan instrumen APGAR keluarga (*family APGAR*). Instrumen tersebut menilai lima dimensi fungsi keluarga, yaitu *adaptation* (kemampuan keluarga beradaptasi terhadap masalah), *partnership* (kemitraan dan komunikasi dalam pengambilan keputusan), *growth* (dukungan terhadap pertumbuhan dan kematangan anggota keluarga), *affection* (hubungan kasih sayang antar anggota keluarga), dan *resolve* (kesediaan berbagi waktu, ruang, serta sumber daya). Setiap dimensi diberi skor 0 sampai 2 sehingga rentang skor total 0 sampai 10, dengan skor 7 sampai 10 menunjukkan fungsi keluarga baik, skor 4 sampai 6 menunjukkan disfungsi ringan hingga sedang, dan skor 0 sampai 3 menunjukkan disfungsi berat.⁽⁴⁾

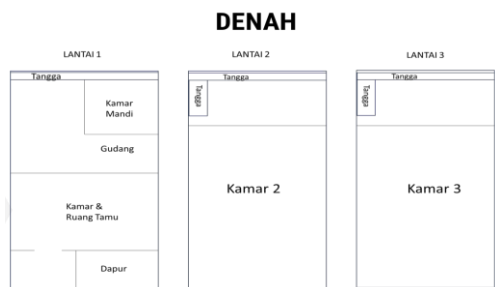
Pendekatan yang digunakan mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi kondisi kesehatan pasien, kemudian pengetahuan tersebut dijadikan dasar penyusunan materi edukasi. Edukasi diberikan secara langsung melalui penjelasan lisan, diskusi, dan demonstrasi gerakan, dengan bahasa sederhana yang disesuaikan dengan latar belakang pasien dan keluarga. Pengetahuan pasien dan anggota keluarga dinilai menggunakan kuesioner yang sama sebelum (*pre-test*) dan segera setelah edukasi (*post-test*). Kuesioner terdiri dari 10 butir pertanyaan benar-salah. Setiap jawaban benar bernilai satu poin dan skor dihitung sebagai persentase jawaban benar terhadap seluruh butir.

Indikator keberhasilan kegiatan adalah apabila pasien dan anggota keluarga mampu menjawab sekurang-kurangnya 75% pertanyaan dengan benar pada *post-test* dan nilai *pre-test* mengalami peningkatan minimal 20 persen dari nilai *post-test*. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan nilai *pre-test* dan *post-test*. Hasil disajikan secara deskriptif karena hanya melibatkan satu pasien dan satu anggota keluarga. Seluruh kegiatan dilakukan setelah memperoleh persetujuan pasien, dengan tetap menjaga kerahasiaan identitasnya.

HASIL

Pasien merupakan perempuan berusia 55 tahun dengan keluhan nyeri pinggang yang menjalar ke tungkai kanan hingga betis sejak delapan bulan sebelum kunjungan rumah. Keluhan memberat saat mengangkat beban, berjalan jauh, naik tangga, berubah posisi dari duduk ke berdiri, dan batuk. Pasien telah berobat dan memperoleh Natrium Diklofenak, keluhan mereda 2–3 hari setelah konsumsi obat namun kemudian timbul kembali. Pasien juga menjalani terapi lain yang dirasa mengurangi nyeri, yaitu terapi renang satu kali per minggu dan terapi listrik satu kali per bulan. Pasien memiliki komorbiditas hipertensi disertai riwayat hipertensi pada orang tua, serta rutin mengonsumsi Amlodipin 10 mg.

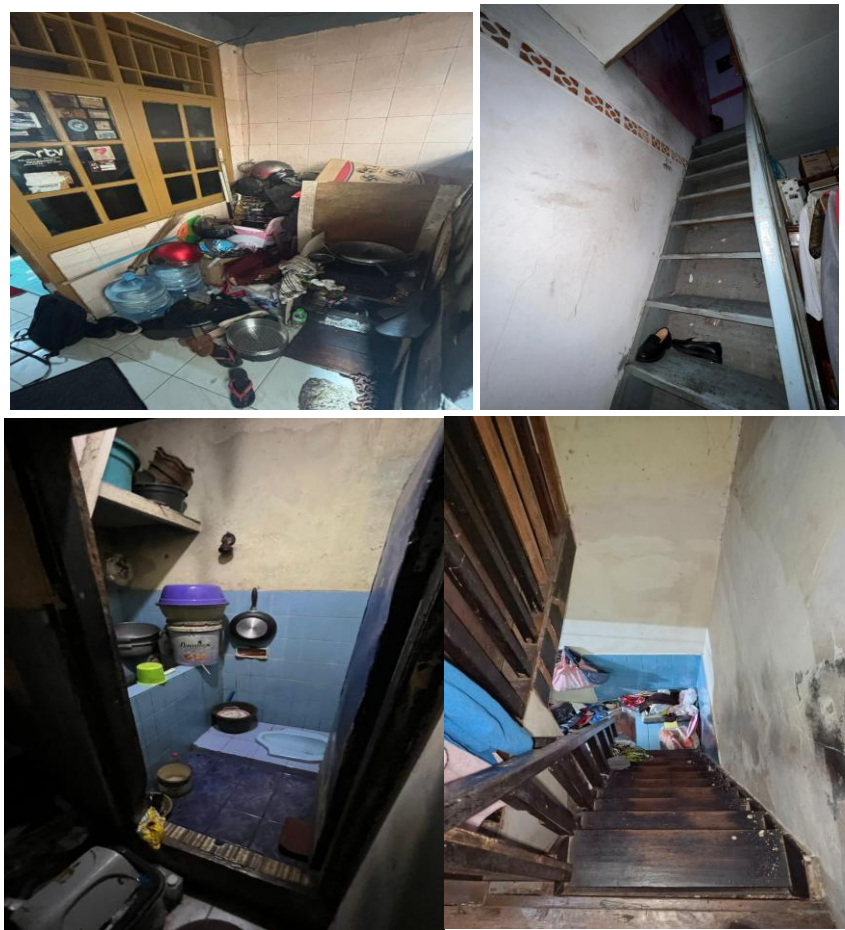
Terdapat riwayat jatuh terduduk sekitar dua tahun sebelum keluhan muncul. Pasien masih melakukan pekerjaan rumah tangga serta aktivitas mengangkat atau menggendong cucu. Pasien tinggal di rumah berukuran sekitar 3×8 m² yang terdiri atas tiga lantai dengan tangga relatif curam dan toilet jongkok (Gambar 1,2 dan 3).



Gambar 1. Denah ruangan



Gambar 2. Genogram



Gambar 3. Rumah pasien

Fasilitas pelayanan kesehatan berjarak sekitar 500 meter dari rumah sehingga relatif mudah dijangkau untuk kontrol. Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum tampak sakit ringan-sedang dengan VAS 4. Tekanan darah 150/92 mmHg pada pasien dengan riwayat hipertensi. Indeks massa tubuh 31,4 kg/m² termasuk obesitas derajat II berdasarkan klasifikasi Asia-Pasifik. Pemeriksaan neurologis menunjukkan nyeri radikular pada tungkai kanan dengan tes *Lasègue* kanan positif, sedangkan tes *Lasègue* kiri negatif. Kekuatan motorik kedua ekstremitas bawah 5/5, fungsi sensorik dalam batas normal, dan tidak ditemukan perubahan refleks fisiologis. Berdasarkan pola nyeri dan pemeriksaan tersebut, ditetapkan kecurigaan radikulopati lumbosakral tanpa defisit neurologis objektif.

Melalui pendekatan kedokteran keluarga dilakukan identifikasi faktor biopsikososial yang memengaruhi kondisi pasien, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, perilaku, lingkungan, spiritual, dan fungsi keluarga. Temuannya disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Hasil analisis kedokteran keluarga berdasarkan pendekatan biopsikososial

Aspek	Temuan
Biologis	Kecurigaan radikulopati lumbosakral tanpa defisit neurologis objektif; nyeri punggung bawah kronis dengan nyeri radikular kanan; obesitas (IMT 31,4 kg/m ²); riwayat hipertensi
Psikologis	Aktivitas sehari-hari terganggu akibat nyeri kronis; tidak ditemukan masalah psikologis spesifik selama kunjungan
Sosial	Hubungan keluarga baik dan dukungan keluarga optimal
Perilaku	Masih melakukan aktivitas yang dapat memperberat keluhan lumbal
Lingkungan	Rumah tiga lantai, tangga curam, dan toilet jongkok
Spiritual	Tidak ditemukan masalah spiritual; pasien tetap dapat menjalankan ibadah
Fungsi Keluarga	APGAR keluarga 10 (fungsi keluarga sangat baik)

Edukasi diberikan melalui penyuluhan langsung kepada pasien dan satu anggota keluarga dengan materi meliputi gejala dan tanda nyeri punggung bawah dengan kecurigaan radikulopati (kemungkinan akibat HNP), faktor risikonya, prinsip ergonomi dalam aktivitas sehari-hari, pentingnya pengendalian berat badan, serta upaya pencegahan kekambuhan. Hasil kuesioner *pre-test* dan *post-test* disajikan pada Tabel 2. Didapatkan peningkatan sebesar 20 poin persentase pada pengetahuan pasien maupun anggota keluarga, sehingga keduanya melampaui ambang indikator keberhasilan 75% jawaban benar saat *post-test*.

Tabel 2. Hasil *pre-test* dan *post-test*

Responden	Sebelum penyuluhan		Setelah penyuluhan	
	Jumlah yang benar	Persen (%)	Jumlah yang benar	Persen (%)
Pasien	7	70	9	90
Keluarga	8	80	10	100

DISKUSI

Kasus ini menggambarkan penerapan pendekatan kedokteran keluarga secara holistik pada seorang perempuan berusia 55 tahun dengan nyeri punggung bawah disertai kecurigaan radikulopati lumbosakral, hipertensi derajat I, dan obesitas derajat II.

Kecurigaan radikulopati didasarkan pada anamnesis nyeri punggung bawah yang menjalar ke tungkai kanan sejak delapan bulan, memberat saat aktivitas fisik, perubahan posisi dari duduk ke berdiri, naik tangga, dan saat batuk. Peningkatan nyeri saat batuk dapat terjadi akibat meningkatnya tekanan intratekal dan intradiskal yang memperberat penekanan pada akar saraf yang teriritasi. Pola tersebut sesuai dengan karakteristik nyeri radikular akibat kompresi akar saraf spinal, yang paling sering disebabkan oleh HNP.⁽⁵⁾ Tes *Lasègue* positif pada tungkai kanan mendukung adanya iritasi akar saraf lumbosakral, namun kekuatan motorik, fungsi sensorik, dan refleks yang tetap normal menunjukkan tidak adanya defisit neurologis objektif pada saat pemeriksaan. Istilah kecurigaan radikulopati lumbosakral dengan demikian lebih tepat daripada diagnosis hernia nukleus pulposus, karena penyebab struktural belum diketahui.^(1,2) Herniasi diskus lumbosakral merupakan salah satu kemungkinan etiologi, tetapi tidak dapat disimpulkan hanya dari gejala dan tes *Lasègue*. Uji *Lasègue* perlu ditafsirkan bersama distribusi nyeri dan pemeriksaan neurologis lengkap. Pemeriksaan pencitraan tidak dianjurkan secara rutin pada seluruh pasien, tetapi pada keluhan yang telah menetap selama delapan bulan, evaluasi klinis lanjutan dan pertimbangan MRI lumbosakral menjadi relevan apabila gejala menetap atau progresif, muncul defisit neurologis atau tanda bahaya, atau pasien dipertimbangkan untuk tindakan intervensi.^(1,3)

Faktor risiko pasien bersifat multifaktorial. Obesitas dengan IMT 31,4 kg/m² merupakan komorbid yang penting dalam rencana pengelolaan. Peningkatan massa tubuh dapat menambah beban mekanik pada struktur lumbal dan berkaitan dengan nyeri punggung bawah serta kelainan diskus.⁽⁶⁾ Usia pasien yang telah memasuki kelompok lanjut turut berkontribusi terhadap degenerasi diskus, meningkatkan kerentanan diskus terhadap protrusi maupun herniasi, sehingga memicu kompresi akar saraf dan nyeri radikular.⁽⁷⁾ Riwayat jatuh terduduk dua tahun sebelumnya tidak dapat langsung dianggap sebagai penyebab keluhan karena terdapat jeda waktu yang panjang dan tidak tersedia pemeriksaan penunjang. Riwayat tersebut tetap dicatat sebagai konteks klinis, tetapi hubungan kausal tidak dapat ditetapkan dari laporan kasus ini.

Kunjungan rumah mengidentifikasi faktor perilaku dan lingkungan yang sulit dinilai hanya melalui konsultasi di fasilitas kesehatan. Aktivitas mengangkat beban, menggendong cucu, naik turun tangga, dan posisi membungkuk berulang dapat memicu atau memperberat keluhan. Tangga yang curam juga meningkatkan risiko jatuh sehingga intervensi diarahkan pada pengaturan aktivitas, teknik gerak yang aman, penggunaan pegangan tangga, pencahayaan yang memadai, serta pengurangan frekuensi aktivitas yang

memprovokasi nyeri. Edukasi ergonomi dan aktivitas fisik terarah merupakan bagian dari pengelolaan konservatif nyeri punggung bawah dengan gejala radikular.^(1,8)

Pendekatan kedokteran keluarga membantu memetakan masalah secara menyeluruh. Aspek biologis meliputi nyeri radikular, obesitas, dan hipertensi; aspek psikologis berupa keterbatasan aktivitas akibat nyeri; aspek perilaku dan lingkungan berupa aktivitas berisiko serta rumah bertingkat; sedangkan aspek sosial menunjukkan dukungan keluarga yang baik. Pemetaan ini membuat edukasi lebih spesifik terhadap kebutuhan pasien dan kondisi rumah.

Komorbiditas hipertensi pada pasien perlu digarisbawahi. Tekanan darah pasien masih 150/92 mmHg meskipun ia rutin mengonsumsi Amlodipin 10 mg, yang menandakan hipertensi belum terkontrol walau telah mendapat terapi. Temuan tersebut menyiratkan bahwa persoalan bukan semata kepatuhan, melainkan kemungkinan perlunya evaluasi ulang regimen dan optimalisasi terapi anti-hipertensi, di samping penguatan modifikasi gaya hidup.

Penilaian fungsi keluarga menggunakan APGAR keluarga memperoleh skor 10, mengindikasikan fungsi keluarga sangat baik dalam hal adaptasi, kemitraan, pertumbuhan, kasih sayang, dan pemecahan masalah. Fungsi keluarga yang baik merupakan faktor protektif penting karena berkontribusi terhadap kepatuhan pengobatan, keberhasilan modifikasi gaya hidup, dan dukungan emosional selama pengobatan. Keterlibatan keluarga yang baik berhubungan dengan peningkatan kepatuhan terapi dan keberhasilan rehabilitasi pada penyakit kronis. Skor fungsi keluarga sendiri tidak otomatis membuktikan kepatuhan atau perbaikan klinis, sehingga kedua hal tersebut tetap memerlukan evaluasi lanjutan.⁽⁹⁾

Berdasarkan masalah yang teridentifikasi, disusun *plan of action* yang berfokus pada edukasi gejala dan tanda bahaya, ergonomi, aktivitas fisik bertahap, pengendalian faktor risiko, kepatuhan pengobatan hipertensi, modifikasi lingkungan rumah, dan penguatan peran keluarga. Rencana intervensi disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Plan of action berdasarkan pendekatan kedokteran keluarga

Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Tempat	Penanggung Jawab	Pelaksana	Waktu	Dana	Metode	Tolak Ukur
Edukasi kecurigaan radikulopati lumbosakral, hipertensi, obesitas	Meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga mengenai kondisi, tanda danbahaya, faktor yang dapat dimodifikasi, dan kebutuhan kontrol	Ny. S dan keluarga	rumah pasien	Mahasiswa FK Usakti & puskesmas setempat	Mahasiswa FK Usakti & puskesmas setempat	Saat kunjungan	Swadaya	Edukasi langsung dan diskusi menggunakan bahasa sederhana	Pasien dan keluarga menjawab sekurang-kurangnya 75% pertanyaan dengan benar setelah edukasi
Edukasi cara duduk, berdiri dan mengangkat barang	Mengurangi aktivitas yang memprovokasi nyeri dan meningkatkan keamanan aktivitas harian	Ny. S	rumah pasien	Mahasiswa FK Usakti	Mahasiswa FK Usakti	Saat kunjungan	Swadaya	Demonstrasi cara berpindahmendemonstrasika posisi dann teknik yang mengangkat dianjurkan barang secara aman	Pasien mampu mempraktikkan teknik yang dianjurkan
Edukasi aktivitas fisik bertahapfungsi, dan fisioterapi keterbatasan, dan mencegah inaktivitas berkepanjangan	Mempertahankan fungsi, mengurangi keterbatasan, dan mencegah inaktivitas berkepanjangan	Ny. S	Rumah pasien	Mahasiswa FK Usakti dan tenaga kesehatan setempat	Mahasiswa FK Usakti	Saat kunjungan	Swadaya	Edukasi dan diskusi; latihan prinsip spesifik sesuai toleransi mengikuti dan jadwal evaluasi tenaga kesehatan	Pasien memahami prinsip aktivitas spesifik sesuai toleransi dan jadwal evaluasi tenaga kesehatan

Konseling diet Mendukung dan gaya hidup pengendalian berat sehat untuk badan dan tekanan obesitas dan darah serta kesehatan hipertensi muskuloskeletal secara menyeluruh		Ny. S dan keluarga	Rumah Pasien	Mahasiswa FK Usakti	Mahasiswa FK Usakti	Saat kunjungan	Swadaya	Diskusi pola pasien dan makan, porsi, keluarga asupan garam, menyepakati dan aktivitas perubahan pola fisik bertahap makan yang realistis	
Edukasi kepatuhan minum obat hipertensi	Meningkatkan kepatuhan pengobatan dan mencegah komplikasi hipertensi	Ny. S dan keluarga	rumah pasien	Mahasiswa FK Usakti	Mahasiswa FK Usakti	Saat kunjungan	Swadaya	Edukasi dan Peningkat	Pasien dapat menyebutkan jadwal obat dan rencana kontrol
Edukasi modifikasi lingkungan rumah	Mengurangi risiko jatuh dan aktivitas rumah yang memperberat keluhan	Ny. S dan keluarga	rumah pasien	Mahasiswa FK Usakti	Mahasiswa FK Usakti	Saat kunjungan	Swadaya	Diskusi dan observasi langsung lingkungan rumah	Keluarga mengidentifikasi perubahan prioritas, seperti pegangan tangga, pencahayaan, dan pengaturan aktivitas

Pelaksanaan intervensi dilakukan melalui penjelasan langsung, diskusi, dan demonstrasi gerakan. Pasien dan keluarga diberi pemahaman bahwa kecurigaan radikulopati lumbosakral merupakan diagnosis klinis awal. Mereka juga diedukasi untuk segera mencari pertolongan apabila muncul kelemahan tungkai yang progresif, gangguan berkemih atau buang air besar, baal di area perineum, demam, trauma baru, atau nyeri yang memburuk cepat.

Edukasi aktivitas menekankan aktivitas dilakukan sesuai toleransi, hindari tirah baring berkepanjangan, hentikan atau modifikasi gerakan yang jelas memprovokasi nyeri, serta peningkatan aktivitas secara bertahap. Latihan spesifik dan fisioterapi sebaiknya disesuaikan dengan evaluasi tenaga kesehatan. Pendekatan ini lebih aman dibanding memberikan satu jenis latihan yang sama kepada semua pasien, terutama karena penyebab struktural keluhan belum diketahui.^(1,8,10)

Pengendalian berat badan dan tekanan darah ditempatkan sebagai bagian dari pengelolaan kesehatan menyeluruh, bukan sebagai bukti penyebab langsung radikulopati. Keluarga dilibatkan dalam perencanaan menu, pengurangan makanan tinggi garam dan energi, pengingat obat anti-hipertensi, serta pendampingan aktivitas fisik yang aman.

Evaluasi segera menunjukkan peningkatan skor pengetahuan pasien dari 70% menjadi 90% dan anggota keluarga dari 80% menjadi 100%, sehingga indikator keberhasilan pengetahuan terpenuhi. Peningkatan skor menunjukkan bahwa materi dapat dipahami dengan lebih baik segera setelah edukasi. Peningkatan skor tersebut tidak dapat ditafsirkan sebagai bukti efektivitas pada populasi yang lebih luas atau sebagai perubahan perilaku jangka panjang, mengingat hanya terdapat dua responden, tidak tersedia kelompok pembandingan, dan *post-test* dilakukan segera setelah intervensi.

Literasi kesehatan membantu individu dan keluarga mengakses, memahami, menilai, dan menggunakan informasi untuk mengambil keputusan kesehatan. Peningkatan pengetahuan awal dapat menjadi dasar bagi perawatan mandiri dan keterlibatan keluarga, tetapi keberhasilan edukasi tetap perlu dinilai melalui retensi pengetahuan, kepatuhan, perubahan perilaku, dan luaran klinis pada tindak lanjut.^(11,12)

Evaluasi jangka panjang belum dilakukan, sehingga belum dapat disimpulkan apakah peningkatan pengetahuan ini berpengaruh langsung terhadap penurunan intensitas nyeri, perbaikan fungsi fisik, penurunan berat badan, atau pengendalian tekanan darah. Tindak lanjut yang direncanakan meliputi pemantauan kepatuhan terhadap modifikasi aktivitas, pelaksanaan latihan fisik, penurunan IMT, kontrol tekanan

darah, serta perubahan derajat nyeri dan keterbatasan aktivitas. Evaluasi berkala terhadap indikator-indikator tersebut diperlukan untuk menilai efektivitas intervensi dan keberlanjutan perubahan perilaku pasien. Keluhan telah berlangsung delapan bulan, sehingga pasien perlu memperoleh evaluasi klinis lanjutan untuk menentukan kebutuhan pemeriksaan penunjang dan rujukan.

Implikasi klinis yang dapat ditarik dari kasus ini antara lain bahwa kunjungan rumah memberi informasi perilaku dan lingkungan yang tidak muncul pada anamnesis di fasilitas kesehatan, contohnya adalah keberadaan tangga curam dan toilet jongkok sehingga anjuran ergonomi dapat disusun dengan lebih akurat. Keterlibatan anggota keluarga sejak tahap identifikasi masalah memungkinkan penyusunan rencana yang realistis terhadap kemampuan rumah tangga, bukan sekadar pemberian anjuran standar.

Laporan kasus ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, radikulopati maupun penyebab strukturalnya (dugaan HNP) belum dapat dikonfirmasi karena tidak didukung pemeriksaan MRI, sehingga kasus dikategorikan sebagai nyeri punggung bawah dengan kecurigaan radikulopati berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis. Kedua, laporan hanya melibatkan satu pasien sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisasi. Ketiga, periode observasi yang singkat menyebabkan efektivitas jangka panjang intervensi belum dapat dinilai. Keempat, evaluasi pengetahuan menggunakan instrumen sederhana yang belum tervalidasi dan diberikan segera setelah edukasi, sehingga belum menggambarkan perubahan perilaku kesehatan pasien dan keluarga dalam jangka panjang.

Pelaksanaan kegiatan serupa pada masa mendatang perlu mengatasi keterbatasan yang ditemukan pada laporan ini. Perluasan sasaran pada sejumlah keluarga dengan keluhan serupa di wilayah yang sama, disertai penilaian ulang pada interval waktu tertentu dapat memberikan gambaran yang lebih representatif dibandingkan laporan kasus tunggal. Integrasi kegiatan dengan program puskesmas setempat, khususnya untuk pemantauan tekanan darah, rujukan ke spesialis saraf dan fisioterapi, juga berpotensi menjaga keberlanjutan intervensi setelah kegiatan mahasiswa berakhir.

KESIMPULAN

Edukasi kesehatan melalui pendekatan kedokteran keluarga pada pasien dengan kecurigaan radikulopati lumbosakral memungkinkan identifikasi masalah biologis, psikologis, sosial, perilaku, lingkungan, spiritual, dan fungsi keluarga secara komprehensif. Edukasi yang melibatkan pasien dan keluarga diikuti peningkatan segera skor pengetahuan pasien dari 70% menjadi 90% dan anggota keluarga dari 80% menjadi 100%, sehingga indikator keberhasilan yang ditetapkan tercapai. Hasil tersebut menunjukkan peningkatan pemahaman jangka pendek, tetapi belum membuktikan perubahan perilaku

atau perbaikan klinis. Tindak lanjut diperlukan untuk mengevaluasi nyeri, fungsi, pemeriksaan neurologis, kepatuhan, faktor risiko kardiometabolik, dan penerapan modifikasi lingkungan rumah. Kegiatan serupa disarankan dilanjutkan dengan pendampingan berkala dan koordinasi bersama puskesmas setempat agar perubahan yang dianjurkan dapat dipertahankan.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti, Kelurahan Krendang, pasien dan keluarga, serta pengurus PKK yang telah mendukung pelaksanaan kunjungan rumah dan edukasi kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Khorami K, Oliveira C, Maher C, *et al.* Recommendations for diagnosis and treatment of lumbosacral radicular pain: a systematic review of clinical practice guidelines. *J Clin Med.* 2021;10:2482. doi:10.3390/jcm10112482.
2. Pojskic M, Bisson E, Oertel J, Takami T, Zygourakis C, Costa F. Lumbar disc herniation: Epidemiology, clinical and radiologic diagnosis WFNS spine committee recommendations. *World Neurosurg.* 2024;22:100279. doi:10.1016/j.wnsx.2024.100279.
3. Hutchins TA, Peckham M, Shah LM, *et al.* ACR appropriateness criteria® low back pain: 2021 update. *J Am Coll Radiol.* 2021;18:S361–79. doi:10.1016/j.jacr.
4. Ridwan ES, Sarwadhamana RJ, Rofiyati W. Measuring family functioning: validation and adaptation of the family APGAR into Indonesian. *J Ners Kebidanan Indones.* 2023;10:348–55. doi:10.21927/jnki.2022.10(4).348-355.
5. Zhang AS, Xu A, Ansari K, *et al.* Lumbar disc herniation: diagnosis and management. *Am J Med.* 2023;136:645–51. doi:10.1016/j.amjmed.2023.03.024.
6. Khan MA. Impact of obesity on lumbar disc herniation. *J Islam Med Dent Coll.* 2023;12:111–121. doi:10.35787/jimdc.v12i2.934.
7. Zhou M, Theologis AA, O’Connell GD. Understanding the etiopathogenesis of lumbar intervertebral disc herniation: from clinical evidence to basic scientific research. *JOR SPINE.* 2024;7:e1289. doi:10.1002/jsp2.1289.

8. García-Jaén M, Barrio-Ventura A, Sanchis-Soler G, Sebastiá Amat S. Exercise-based therapeutic interventions for lumbar disc herniation: a narrative review. *J Phys Educ Sport*. 2025;25:672–81. doi:10.7752/jpes.2025.03072.
9. Xu X, Qu Q, Chen T, Shao X. Digital health engagement regarding lumbar disc herniation in terms of exercise adherence: integrating variable-centered and person-centered perspectives. *Patient Prefer Adherence*. 2026;20:603051. doi:10.2147/PPA.S603051.
10. Du S, Cui Z, Peng S, *et al*. Clinical efficacy of exercise therapy for lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Med*. 2025;12:1531637. doi:10.3389/fmed.2025.1531637.
11. Health promotion glossary of terms 2021. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021.
12. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2021;42:159–73. doi:10.1146/annurev-publhealth-090419-102529.