



PENDEKATAN HOLISTIK KEDOKTERAN KELUARGA PADA LANSIA DENGAN PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM)

HOLISTIC FAMILY MEDICINE APPROACH IN ELDERLY PATIENTS WITH NONCOMMUNICABLE DISEASES (NCD)

Aisyah Nabilah¹, Windy Cahya Cantika², Ajeng Sayidah Wardani³, Flora Ramona Sigit Prakoeswa⁴

¹²³Faculty of Medicine, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Indonesia

⁴Departement of Dermatology and Venerology, Faculty of Medicine Universitas Muhammadiyah Surakarta, Indonesia.

Email: aisyahnabilahsasya@gmail.com

Abstrak

Pendekatan kedokteran keluarga berperan penting dalam pengelolaan pasien lansia dengan penyakit tidak menular yang kompleks dan berkelanjutan. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan penerapan pendekatan kedokteran keluarga secara holistik pada pasien lansia dengan hipertensi dan kondisi pasca operasi katarak dalam konteks keluarga dan komunitas. Metode yang digunakan adalah studi deskriptif berbasis pelayanan primer melalui kunjungan rumah, meliputi wawancara komprehensif menggunakan rekam medis holistik, penilaian pengalaman sakit, asesmen keluarga dengan *family assessment tools* (genogram, *family structure*, *family life cycle*, *family map*, Family APGAR, dan SCREEM), pemeriksaan fisik lengkap, pemeriksaan penunjang terbatas, serta evaluasi lingkungan rumah dan perilaku hidup bersih dan sehat. Intervensi dilakukan berdasarkan prinsip *patient-centered care*, *family-focused care*, dan *community-oriented primary care* melalui edukasi, pemantauan, dan perencanaan tindak lanjut. Hasil menunjukkan bahwa pasien memiliki hipertensi ringan dengan risiko metabolik dan gangguan penglihatan pasca operasi katarak, disertai *illness experience* yang membaik seiring dukungan keluarga. Fungsi keluarga tergolong sangat baik berdasarkan skor Family APGAR, yang berperan penting dalam kepatuhan pengobatan dan adaptasi psikologis pasien. Lingkungan rumah relatif mendukung, meskipun masih ditemukan keterbatasan pada beberapa indikator perilaku hidup bersih dan sehat. Kesimpulannya, pendekatan kedokteran keluarga yang holistik dan berkesinambungan mampu memberikan gambaran menyeluruh kondisi pasien lansia serta menjadi dasar perencanaan intervensi yang kontekstual, efektif, dan berorientasi pada peningkatan kualitas hidup.

Kata Kunci: Kedokteran keluarga, penyakit tidak menular, pelayanan primer, pendekatan holistik, kesehatan masyarakat

Abstract

Family medicine plays a crucial role in managing elderly patients with complex and long-term non-communicable diseases. This study aimed to describe the implementation of a holistic family medicine approach in an elderly patient with hypertension and post-cataract surgery within the family and community context. A descriptive primary care-based study was conducted through home visits, including comprehensive interviews using holistic medical records, assessment of illness experience, family assessment tools (genogram, family structure, family life cycle, family map, Family APGAR, and SCREEM), complete physical examination, limited supporting examinations, and evaluation of home environment and clean and healthy living behaviors. Interventions were implemented based on patient-centered care, family-focused care, and community-oriented primary care principles through education, monitoring, and follow-up planning. The results showed that the patient had mild hypertension with metabolic risk and visual impairment after cataract surgery, accompanied by improved illness experience due to strong family support. Family function was classified as highly functional based on the Family APGAR score, which played a significant role in treatment adherence and psychological adaptation. The home environment was relatively supportive, although several clean and healthy living behavior indicators were not optimally met. In conclusion, a holistic and continuous family medicine approach provides a comprehensive understanding of elderly patient health conditions and serves as a foundation for contextual, effective, and quality-of-life-oriented interventions.

Keywords: *Family medicine, noncommunicable diseases, primary care, holistic approach, public health*

PENDAHULUAN

Peningkatan jumlah penduduk lanjut usia merupakan tantangan kesehatan masyarakat yang signifikan seiring dengan transisi demografi dan epidemiologi global. World Health Organization melaporkan bahwa penyakit tidak menular (PTM) menyumbang sekitar 74% dari seluruh kematian global, dengan proporsi tertinggi terjadi pada kelompok usia lanjut [1]. PTM meliputi penyakit kardiovaskular, diabetes mellitus, penyakit paru kronis, dan kanker yang bersama-sama bertanggung jawab terhadap mayoritas morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia [2]. Pada populasi lansia, prevalensi PTM cenderung lebih tinggi dibandingkan kelompok usia lainnya karena terjadinya proses penuaan seluler yang memengaruhi fungsi fisiologis tubuh [3]. Lansia umumnya mengalami multimorbiditas, penurunan fungsi fisik, serta perubahan psikososial yang kompleks, sehingga membutuhkan pelayanan kesehatan jangka panjang yang tidak dapat ditangani secara optimal melalui pendekatan biomedis konvensional.

Indonesia saat ini juga mengalami tren peningkatan jumlah penduduk lanjut usia, dengan sekitar 12% atau ±29 juta orang berusia 60 tahun ke atas, dan diproyeksikan meningkat hingga 20% pada tahun 2045. [4]. Peningkatan populasi lansia ini berdampak terhadap beban PTM yang terus meningkat, termasuk hipertensi, diabetes, dan penyakit kardiovaskular yang menjadi penyakit dominan pada kelompok usia lanjut. Prevalensi hipertensi dan kondisi PTM lainnya pada lansia dilaporkan tinggi, menunjukkan kebutuhan intervensi yang lebih strategis dalam deteksi, pencegahan, dan pengelolaan di tingkat pelayanan kesehatan primer [5].

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pengelolaan PTM pada lansia di pelayanan kesehatan primer masih menghadapi tantangan substansial, terutama terkait kepatuhan terapi, keterbatasan dukungan keluarga, serta

fragmentasi pelayanan kesehatan. Lansia dengan penyakit kronis memerlukan pendekatan pelayanan yang berkesinambungan, terkoordinasi, dan berorientasi pada konteks kehidupan sehari-hari. Tanpa pendekatan tersebut, intervensi medis sering kali tidak menghasilkan luaran kesehatan yang optimal dan berkelanjutan [6].

Pendekatan kedokteran keluarga (*family medicine*) dikembangkan untuk menjawab kompleksitas tersebut dengan menempatkan individu dalam konteks keluarga dan komunitasnya. Pendekatan ini menekankan pelayanan kesehatan primer yang holistik, komprehensif, dan berkesinambungan dengan menggunakan kerangka biopsikososial. (7) Bukti empiris menunjukkan bahwa sistem pelayanan kesehatan dengan pendekatan *family medicine* yang kuat berhubungan dengan peningkatan kualitas perawatan, efisiensi layanan, serta luaran kesehatan yang lebih baik pada pasien dengan penyakit kronis. [7]

Secara lebih spesifik, penerapan pendekatan *family medicine* dalam pengelolaan PTM pada lansia telah dibuktikan melalui berbagai penelitian. Sebuah meta-analisis terhadap lebih dari 4.000 pasien lansia dengan penyakit kronis menunjukkan bahwa layanan dokter keluarga secara signifikan meningkatkan kemampuan *self-management*, kepatuhan pengobatan, kontrol parameter klinis, serta kualitas hidup pasien [8]. Studi lain juga melaporkan bahwa pendekatan dokter keluarga mampu memperkuat kontinuitas perawatan dan koordinasi layanan, terutama pada lansia dengan kondisi multimorbid [9]. Dalam konteks pengabdian masyarakat, pendekatan holistik kedokteran keluarga memiliki relevansi yang sangat tinggi karena memungkinkan pelaksanaan pendampingan kesehatan yang kontekstual dan berorientasi kebutuhan. Pendampingan kesehatan lansia tidak hanya mencakup asesmen klinis, tetapi juga penilaian fungsi keluarga, perilaku kesehatan, serta faktor lingkungan yang memengaruhi keberhasilan

intervensi. Laporan praktik kedokteran keluarga berbasis pendekatan holistik di Indonesia menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga dan pemetaan masalah secara komprehensif berkontribusi terhadap peningkatan kepatuhan terapi dan stabilitas kondisi kesehatan pasien lansia.[10]

Meskipun demikian, penerapan pendekatan holistik kedokteran keluarga dalam bentuk kegiatan pengabdian masyarakat yang terstruktur dan terdokumentasi secara sistematis masih relatif terbatas. Banyak kegiatan pendampingan lansia belum menggunakan kerangka *family medicine* secara eksplisit sebagai dasar intervensi. Oleh karena itu, diperlukan model pendampingan kesehatan lansia berbasis pendekatan holistik kedokteran keluarga yang aplikatif, menjaga privasi individu, dan dapat direplikasi dalam konteks pelayanan kesehatan masyarakat. Berdasarkan latar belakang tersebut, kegiatan pengabdian masyarakat ini bertujuan untuk menerapkan pendampingan kesehatan lansia melalui pendekatan holistik kedokteran keluarga sebagai upaya penguatan pelayanan kesehatan primer dan peningkatan kualitas kesehatan lansia secara berkelanjutan.

METODE

Kegiatan ini merupakan pengabdian masyarakat berbasis pendekatan kedokteran keluarga yang dilaksanakan pada lansia dalam konteks keluarga sebagai unit asuhan. Pendekatan yang digunakan bersifat holistik dengan menilai aspek klinis, psikologis, sosial, fungsi keluarga, serta lingkungan, guna memastikan intervensi yang kontekstual dan berkelanjutan. Kegiatan ini merupakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat dengan pendekatan deskriptif observasional berbasis studi kasus yang dilaksanakan dalam kerangka praktik kedokteran keluarga. Kegiatan dilakukan di Desa Jati, Kecamatan Gatak, Kabupaten Sukoharjo, Jawa Tengah, pada bulan Desember 2024.

Alat dan bahan yang digunakan dalam kegiatan ini meliputi kuesioner rekam medis holistik komprehensif kedokteran keluarga, alat

tulis, penlight, stetoskop, tensimeter, meteran (*midline*), timbangan berat badan, serta media edukasi berupa poster yang disesuaikan dengan permasalahan kesehatan sampel. Instrumen rekam medis holistik mencakup penilaian fungsi keluarga menggunakan *Family APGAR*, penilaian sumber daya keluarga menggunakan SCREEM, serta asesmen perilaku kesehatan dan faktor lingkungan. Tahapan pelaksanaan diawali dengan persiapan alat dan bahan, dilanjutkan dengan wawancara komprehensif terhadap penghuni rumah sasaran. Pemilihan subjek dilakukan secara *purposive* berdasarkan kriteria lansia dengan penyakit kronis, keterlibatan keluarga dalam perawatan sehari-hari, serta kesediaan keluarga untuk berpartisipasi dalam proses asuhan berkelanjutan, sesuai dengan prinsip pelayanan kedokteran keluarga yang berorientasi pada individu, keluarga, dan komunitas. Sebelum wawancara dilakukan, responden diberikan penjelasan mengenai tujuan dan proses kegiatan, kemudian diminta menandatangani Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP) sebagai bentuk *informed consent*.

Wawancara dilakukan secara terstruktur menggunakan kuesioner rekam medis holistik untuk menggali kondisi kesehatan lansia, riwayat penyakit, kepatuhan pengobatan, kondisi psikososial, serta dinamika keluarga. Pengamatan dan pengumpulan data dilakukan secara simultan melalui observasi perilaku sampel selama wawancara, pengamatan lingkungan keluarga, lingkungan rumah, dan lingkungan luar rumah yang berpotensi memengaruhi status kesehatan. Selain itu, dilakukan pencatatan kondisi medis melalui pemeriksaan fisik sederhana yang relevan, seperti pengukuran tekanan darah, berat badan, dan pemeriksaan penunjang klinis dasar sesuai kebutuhan.

Penilaian keluarga dilakukan menggunakan instrumen penilaian keluarga yang meliputi struktur keluarga, fungsi keluarga dengan metode *APGAR Family*, serta sumber daya keluarga berdasarkan pendekatan SCREEM. *APGAR Family* adalah singkatan dari

1. *Adaptation* (Seberapa puas anggota keluarga dengan bantuan yang tersedia dari anggota keluarga lain),
2. *Partnership* (Seberapa puas anggota keluarga dengan cara berbagi tanggung jawab dan komunikasi),
3. *Growth* (Seberapa puas anggota keluarga dengan perkembangan fisik dan mental anggota keluarga),
4. *Affection* (Seberapa puas anggota keluarga dengan ekspresi cinta dan kasih sayang), dan
5. *Resolve* (Seberapa puas anggota keluarga dengan waktu yang dihabiskan bersama dan penyelesaian konflik).

Sedangkan, SCREEM adalah singkatan dari

1. *Social* (interaksi sosial keluarga, dukungan, dan hubungan dengan lingkungan luar),
2. *Cultural* (nilai, norma, dan kepercayaan budaya yang dianut keluarga),
3. *Religious* (aspek keagamaan dan spiritual dalam keluarga),
4. *Economic* (kemampuan ekonomi dan sumber daya keuangan keluarga),
5. *Educational* (ingkat pendidikan anggota keluarga dan peran edukatif keluarga),
6. dan *Medical* (akses, pemanfaatan, dan pengetahuan keluarga tentang layanan kesehatan)

SCREEM merupakan sebuah alat untuk menilai fungsi dan kekuatan keluarga dalam memenuhi kebutuhan, mengatasi masalah, serta mengakses layanan kesehatan dan sumber daya, mencakup enam dimensi penting kehidupan keluarga.

Berdasarkan hasil asesmen holistik, dilakukan edukasi kesehatan secara individual kepada lansia dan keluarga. Edukasi difokuskan pada permasalahan penyakit tidak menular yang dialami, pengelolaan kesehatan sehari-hari, peningkatan kepatuhan terapi, serta penguatan peran keluarga dalam perawatan lansia. Media poster edukasi digunakan untuk meningkatkan pemahaman dan retensi informasi kesehatan. Seluruh proses kegiatan didokumentasikan dalam laporan pengamatan sebagai dasar

evaluasi dan upaya keberlanjutan pendampingan kesehatan berbasis kedokteran keluarga.

HASIL

Karakteristik Pasien

Pasien adalah seorang perempuan Ny. P lanjut usia berumur 92 tahun yang tinggal bersama keluarga besar (*extended family*) di Desa Jati, Kecamatan Gatak, Kabupaten Sukoharjo. Pasien tidak memiliki pendidikan formal dan tidak bekerja, sehingga sepenuhnya bergantung pada dukungan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari. Secara sosial, pasien dikenal memiliki kepribadian ceria, komunikatif, dan masih aktif berinteraksi dengan anggota keluarga maupun lingkungan sekitar rumah. Kondisi usia lanjut menempatkan pasien pada kelompok rentan terhadap penyakit degeneratif dan kronis, sehingga memerlukan pendekatan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan berbasis keluarga.

Anamnesis Penyakit (*Disease-Oriented*)

Berdasarkan anamnesis, pasien memiliki riwayat hipertensi yang telah terdiagnosis sejak beberapa tahun lalu dan rutin dikontrol melalui posyandu lansia serta pelayanan kesehatan primer. Pasien mengonsumsi obat antihipertensi secara teratur, meskipun pengawasan tekanan darah masih perlu ditingkatkan. Selain itu, pasien memiliki riwayat katarak dan telah menjalani operasi katarak pada kedua mata. Pasca operasi, keluhan utama berupa mata kiri yang masih sesekali berair tanpa nyeri atau tanda infeksi. Tidak ditemukan riwayat diabetes melitus, penyakit jantung koroner, atau stroke. Anamnesis menunjukkan bahwa kondisi pasien didominasi oleh penyakit kronis yang bersifat progresif sesuai usia lanjut, sehingga fokus penanganan adalah pengendalian penyakit dan pencegahan komplikasi.

Pengalaman Sakit (*Illness Experience*)

Dari sudut pandang pasien, penyakit yang dialaminya sempat menimbulkan rasa cemas, terutama terkait ketergantungan terhadap keluarga dan keterbatasan aktivitas pasca operasi katarak. Pasien mengungkapkan kekhawatiran akan menurunnya kemampuan melihat dan beraktivitas secara mandiri. Namun,

seiring waktu dan dukungan keluarga yang konsisten, pasien mampu beradaptasi dengan kondisinya. Pasien menunjukkan penerimaan terhadap penyakit dan patuh terhadap pengobatan yang diberikan. Meskipun demikian, pasien mungkin merasa menjadi beban bagi anaknya, padahal anaknya secara aktif memberikan dukungan finansial dan emosional., yang mencerminkan adanya kebutuhan pendekatan psikologis dan empati dalam pengelolaan pasien lanjut usia.

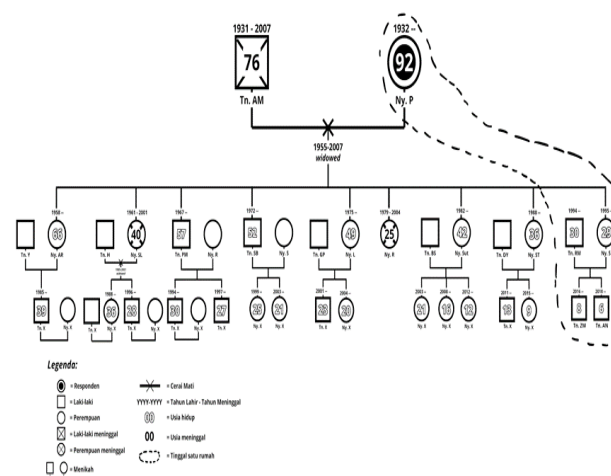
Penilaian Keluarga (*Family Assessment Tools*)

Genogram Keluarga

Genogram keluarga Ny. P menggambarkan struktur keluarga besar (*extended family*) yang terdiri dari tiga generasi yang tinggal dalam satu rumah. Ny. P merupakan anggota keluarga tertua berusia 92 tahun dan berstatus sebagai janda sejak suaminya meninggal dunia pada tahun 2007. Dari sembilan orang anak, beberapa telah meninggal dunia dan sebagian lainnya tinggal terpisah, sementara anak bungsu (Ny. S) tinggal serumah bersama suami dan kedua anaknya. Pola ini menunjukkan terjadinya pergeseran peran dalam keluarga, di mana tanggung jawab perawatan lansia berpindah dari pasangan hidup ke anak sebagai *caregiver* utama, suatu fenomena yang umum terjadi pada keluarga lansia di masyarakat Indonesia.

Hubungan antaranggota keluarga dalam genogram menunjukkan ikatan emosional yang relatif harmonis, khususnya antara Ny. P dengan anak terakhir dan cucu-cucunya. Tidak tampak adanya konflik intrafamilial yang menonjol atau hubungan yang terputus, yang mengindikasikan stabilitas relasi keluarga. Keberadaan cucu dalam satu rumah turut memberikan dukungan psikososial bagi Ny. P, yang berperan dalam menjaga suasana emosional positif dan mencegah isolasi sosial pada lansia. Dari perspektif kedokteran keluarga, struktur dan relasi keluarga seperti ini merupakan faktor protektif penting dalam pengelolaan penyakit kronis lansia, karena memungkinkan adanya dukungan emosional, bantuan aktivitas sehari-

hari, serta pemantauan kondisi kesehatan secara informal namun berkelanjutan.



Gambar 1. Struktur Keluarga (Genogram)

Subjek Penelitian

Selain itu, genogram juga membantu mengidentifikasi potensi faktor risiko dan protektif lintas generasi. Meskipun tidak ditemukan riwayat penyakit kronis yang menonjol pada anggota keluarga lain, keberadaan lansia dengan hipertensi menuntut kewaspadaan keluarga terhadap risiko penyakit tidak menular di generasi berikutnya. Dengan demikian, genogram tidak hanya berfungsi sebagai alat pemetaan struktur keluarga, tetapi juga sebagai dasar perencanaan promosi dan pencegahan penyakit berbasis keluarga dalam praktik kedokteran keluarga.

Struktur Keluarga (*Family Structure*)

Keluarga termasuk dalam kategori keluarga besar (*extended family*) dengan pola perawatan lansia yang bersifat kolektif. Keluarga besar mencakup lebih dari satu generasi yang tinggal bersama dalam satu rumah, seperti Ny. P (nenek), anak perempuannya, suami anaknya, dan kedua cucunya. Anak dan menantu memiliki peran dominan dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan pasien. Struktur ini mendukung kesinambungan perawatan pasien, meskipun membutuhkan koordinasi yang baik antaranggota keluarga.

Adaptability, pasien menyatakan hampir selalu merasa mampu meminta bantuan kepada keluarga ketika menghadapi permasalahan. Hal ini menunjukkan bahwa keluarga memiliki kemampuan beradaptasi yang baik terhadap kondisi kesehatan lansia, termasuk dalam membantu aktivitas sehari-hari, pengambilan keputusan kesehatan, dan penyesuaian peran setelah pasien mengalami penyakit kronis dan tindakan medis. Komponen *Partnership* memperoleh skor sedang, yang menunjukkan bahwa meskipun keluarga bersedia berdiskusi dan berbagi masalah dengan pasien, komunikasi dua arah belum sepenuhnya optimal dalam setiap situasi. Namun, hal ini masih mencerminkan adanya ruang dialog yang cukup sehat antara pasien dan anggota keluarga. Pada aspek *Growth*, pasien merasa didukung oleh keluarga dalam menjalani perubahan dan tujuan hidup, yang mencerminkan adanya penerimaan terhadap keterbatasan fisik pasien serta dukungan keluarga dalam proses adaptasi psikologis lansia. Dukungan ini berperan penting dalam menjaga motivasi pasien untuk tetap menjalani pengobatan dan mempertahankan kualitas hidup.

Pada komponen *Affection*, pasien merasakan ekspresi kasih sayang yang memadai dari keluarga, baik secara verbal maupun non-verbal. Hubungan emosional yang positif ini berfungsi sebagai faktor protektif terhadap stres, kecemasan, dan perasaan menjadi beban bagi keluarga, yang sering dialami oleh lansia dengan penyakit kronis. Sementara itu, pada komponen *Resolve*, meskipun pasien tidak selalu merasa puas dalam pembagian waktu bersama keluarga, secara umum keluarga masih menunjukkan komitmen untuk menyediakan waktu dan perhatian bagi pasien.

Tabel 1. Family APGAR Subjek Penelitian

APGAR Keluarga (<i>Family APGAR</i>) [<i>Adaptability-Partnership-Growth-Affection-Resolve</i>]			
APGAR Keluarga	(2)	(1)	(0)
1. Saya merasa puas karena saya dapat meminta	√		

pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	
2. Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya.	√
3. Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya.	√
4. Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan- perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta.	√
5. Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama.	√
Score total	8 (Keluarga Sangat Fungsional)

Skala pengukuran:

- Hampir selalu = 2 8-10 = Sangat fungsional
- Kadang-kadang = 1 4-7 = Disfungsional sedang
- Hampir tidak pernah = 0 0-3 = Disfungsional berat

Secara keseluruhan, hasil Family APGAR ini menegaskan bahwa keluarga Ny. P memiliki

kapasitas internal yang kuat untuk mendukung pengelolaan kesehatan lansia secara berkelanjutan, sehingga keluarga dapat dipandang sebagai mitra aktif dalam pelayanan kedokteran keluarga.

Penilaian SCREEM

Penilaian SCREEM pada keluarga Ny. P digunakan untuk mengidentifikasi sumber daya keluarga yang mencakup aspek *Social, Cultural, Religious, Economic, Educational, dan Medical*. Secara umum, hasil SCREEM menunjukkan bahwa keluarga memiliki sumber daya yang cukup memadai untuk mendukung kesehatan pasien lansia, meskipun terdapat beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan. Pada aspek *Social*, keluarga memiliki hubungan sosial yang baik dengan lingkungan sekitar, termasuk keterlibatan dalam kegiatan masyarakat dan posyandu lansia, yang memberikan dukungan sosial tambahan di luar keluarga inti. Pada aspek *Cultural*, nilai budaya kekeluargaan dan penghormatan terhadap lansia masih kuat, yang tercermin dari kesediaan keluarga untuk tinggal bersama dan merawat Ny. P. Nilai budaya ini berkontribusi positif terhadap penerimaan kondisi pasien dan keberlanjutan perawatan. Aspek *Religious* juga menjadi sumber kekuatan keluarga, di mana aktivitas keagamaan memberikan dukungan spiritual bagi pasien dan keluarga dalam menghadapi proses penuaan dan penyakit kronis.

Pada aspek *Economic*, keluarga berada pada kondisi ekonomi yang cukup stabil untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien, termasuk kebutuhan pengobatan dan kontrol kesehatan, meskipun tetap bergantung pada penghasilan anggota keluarga yang bekerja. Aspek *Educational* menunjukkan keterbatasan tingkat pendidikan formal pasien, namun anggota keluarga lain memiliki kemampuan memahami informasi kesehatan yang diberikan tenaga medis, sehingga edukasi kesehatan masih dapat diterapkan secara efektif. Pada aspek *Medical*, akses terhadap fasilitas kesehatan primer tergolong baik melalui posyandu lansia dan layanan kesehatan terdekat, meskipun pemeriksaan lanjutan masih perlu dioptimalkan.

Tabel 2. Penilaian SCREEM Subjek Penelitian

Aspek SCREEM	Sumber Daya	Patologis
<i>Social</i>	Pasien dapat bersosialisasi dan memelihara hubungan baik dengan keluarga dan tetangga.	Penglihatan pasien memburuk membuat interaksi dengan tetangga terganggu
<i>Cultural</i>	Pasien dan keluarga bersuku Jawa	Budaya sebelum kemerdekaan menganut banyak anak banyak rezeki
<i>Religious</i>	Pasien dan keluarga beragama Islam. Pasien dan keluarga cukup taat dalam beribadah. Saat ini, tidak ada keluhan saat pasien menjalankan ibadah shalat	Kegiatan ibadah di masjid menjadi berkurang
<i>Educational</i>	Pasien tidak bersekolah	Pasien belum paham akan perjalanan penyakit yang dialaminya.
<i>Economic</i>	Pasien mengaku kebutuhan sehari-hari di dukung dari finansial anaknya.	-
<i>Medical</i>	Pasien memiliki BPJS dan akses ke Puskesmas dekat.	-

Skor SCREEM= 1+1+1+1+1+2+2 = 9.

SCREEM Sedang: Keluarga memiliki beberapa sumber daya tetapi mungkin memerlukan dukungan eksternal.

Interpretasi SCREEM menegaskan bahwa keluarga memiliki kapasitas adaptif yang baik meskipun dengan sumber daya terbatas. Secara keseluruhan, interpretasi SCREEM menunjukkan bahwa keluarga Ny. P memiliki modal sumber daya yang cukup kuat untuk mendukung pengelolaan penyakit kronis pasien

lansia. Identifikasi aspek yang masih terbatas melalui SCREEM menjadi dasar penting dalam perencanaan intervensi kedokteran keluarga, khususnya dalam memperkuat edukasi kesehatan, pemantauan rutin, dan kolaborasi dengan layanan kesehatan primer.

Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik, pasien berada dalam keadaan sadar penuh (*compos mentis*) dan tampak sakit ringan. Tekanan darah masih dalam kategori hipertensi ringan, sementara tanda vital lainnya berada dalam batas normal. Status gizi pasien tergolong baik berdasarkan indeks massa tubuh, namun terdapat obesitas sentral berdasarkan rasio lingkaran pinggang-panggul yang meningkatkan risiko penyakit metabolik. Pemeriksaan sistem muskuloskeletal menunjukkan keterbatasan gerak ringan akibat proses degeneratif. Secara keseluruhan, tidak ditemukan kondisi akut yang mengancam jiwa.

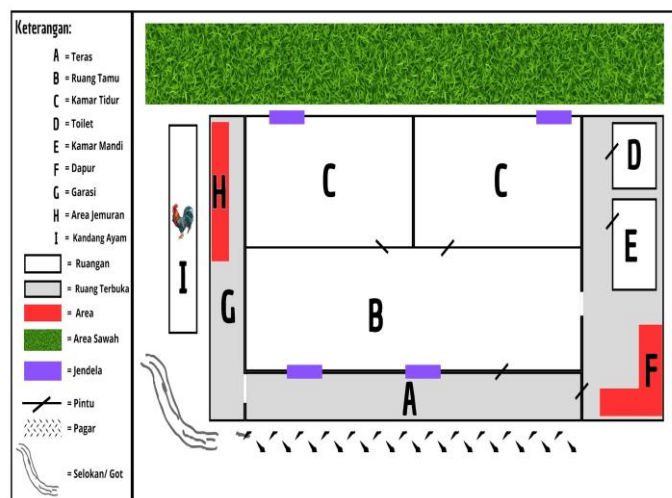
Pemeriksaan Umum, Sistem, dan Penunjang serta Diagnosis Holistik

Pemeriksaan sistem organ tidak menunjukkan kelainan mayor. Pemeriksaan mata menunjukkan kondisi pasca operasi katarak dengan sisa keluhan ringan. Pemeriksaan laboratorium terbatas namun kadar gula darah sewaktu masih dalam batas normal. Diagnosis holistik mencakup hipertensi sebagai penyakit kronis utama dan kondisi pasca operasi katarak. Dalam kerangka *Aide Mémoire Stott-Davis*, aspek *Acute* terkait fluktuasi tekanan darah, *Behavioral* mencakup kepatuhan minum obat, *Chronic* terkait hipertensi dan gangguan penglihatan, serta *Disease Prevention* berfokus pada pencegahan komplikasi dan promosi gaya hidup sehat.

Kondisi Rumah, Lingkungan, dan PHBS

Rumah pasien merupakan rumah permanen dengan ventilasi dan pencahayaan yang cukup baik serta fasilitas sanitasi yang memadai. Namun, terdapat potensi risiko lingkungan seperti selokan yang berbau dan kedekatan dengan kandang ayam serta kawasan industri berbahan ban. Penilaian PHBS menunjukkan bahwa sebagian besar indikator telah terpenuhi, namun masih terdapat indikator yang tidak dilakukan sehingga PHBS keluarga

dikategorikan kurang baik. Kondisi ini menunjukkan perlunya intervensi edukatif berbasis keluarga dan lingkungan.



Pengelolaan Pasien secara Komprehensif

Pengelolaan pasien dilakukan dengan pendekatan *patient-centered care*, *family-focused care*, dan *community-oriented primary care*. Pendekatan ini mencakup edukasi kesehatan, pemantauan rutin tekanan darah, dukungan keluarga dalam pengobatan, serta kolaborasi dengan posyandu lansia. Fokus utama pengelolaan adalah pengendalian penyakit kronis, pencegahan komplikasi, dan peningkatan kualitas hidup pasien lansia secara berkelanjutan.

PEMBAHASAN

Pendekatan kedokteran keluarga menempatkan pasien bukan sekadar sebagai individu dengan diagnosis medis, melainkan sebagai manusia utuh yang hidup dalam konteks keluarga, lingkungan, dan komunitas. Hasil kegiatan ini menegaskan bahwa pengelolaan pasien lansia dengan hipertensi dan kondisi pasca operasi katarak tidak dapat dilakukan secara fragmentaris, melainkan harus terintegrasi melalui pendekatan *patient-centered care*, *family-focused care*, dan *community-oriented primary care*. (13,14) Lansia merupakan kelompok usia dengan kerentanan biologis, psikologis, dan sosial yang tinggi, sehingga masalah kesehatan yang muncul sering kali bersifat kompleks dan saling

berkaitan.(1,15) Hipertensi pada lansia, seperti yang dialami oleh Ny. P, merupakan masalah kesehatan kronis yang prevalensinya meningkat seiring bertambahnya usia akibat perubahan fisiologis sistem kardiovaskular, termasuk kekakuan pembuluh darah dan penurunan sensitivitas baroreseptor.(16) Kondisi ini menjadikan lansia lebih rentan terhadap komplikasi seperti penyakit jantung koroner, stroke, dan gagal ginjal apabila tidak dikelola secara optimal.(17,18) Temuan tekanan darah yang masih berada pada kategori hipertensi ringan, disertai rasio lingkaran pinggang-panggul yang menunjukkan obesitas sentral, memperkuat pentingnya intervensi berkelanjutan berbasis layanan primer untuk mencegah progresivitas penyakit.(19)

Dalam konteks kedokteran keluarga, keberhasilan pengendalian hipertensi tidak hanya ditentukan oleh pemberian farmakoterapi, tetapi sangat dipengaruhi oleh faktor perilaku, dukungan keluarga, dan lingkungan tempat tinggal pasien. Studi menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga dalam pemantauan tekanan darah, pengaturan diet, dan kepatuhan minum obat berhubungan signifikan dengan pencapaian target tekanan darah pada pasien usia lanjut.(20–22) Hal ini sejalan dengan kondisi Ny. P yang tinggal bersama keluarga besar yang fungsional, di mana anak dan anggota keluarga lainnya berperan aktif dalam mendukung perawatan sehari-hari. Masalah katarak pada lansia juga memiliki implikasi yang luas, tidak hanya pada aspek klinis, tetapi juga pada fungsi sosial dan psikologis pasien. Gangguan penglihatan berkontribusi terhadap penurunan kemandirian, peningkatan risiko jatuh, serta isolasi sosial pada lansia. Meskipun operasi katarak merupakan tindakan yang efektif, proses pemulihan dan adaptasi pasca operasi memerlukan dukungan keluarga dan pemantauan berkelanjutan, terutama pada lansia dengan komorbiditas kronis.(6,23) Dalam kasus ini, dukungan keluarga terbukti membantu pasien dalam proses adaptasi dan mengurangi kecemasan terkait kondisi kesehatannya.

Pengalaman sakit (*illness experience*) pasien menggambarkan perjalanan adaptasi

psikologis yang khas pada penyakit kronis lansia. Pada fase awal diagnosis, pasien menunjukkan kecemasan, ketakutan, dan persepsi negatif terhadap penyakitnya, yang tercermin dari skor persepsi dan perasaan yang tinggi. Seiring waktu, dengan dukungan keluarga dan stabilitas kondisi klinis, pasien menunjukkan penurunan kecemasan dan peningkatan harapan terhadap kualitas hidup. Literatur menyebutkan bahwa *illness experience* dipengaruhi oleh makna personal terhadap penyakit, dukungan sosial, serta interaksi dengan tenaga kesehatan.(24) Pendekatan kedokteran keluarga memungkinkan eksplorasi aspek ini secara mendalam, sehingga intervensi yang diberikan tidak hanya bersifat medis, tetapi juga emosional dan sosial.

Penilaian fungsi keluarga menggunakan *Family APGAR* menunjukkan keluarga yang sangat fungsional, yang mencerminkan kapasitas keluarga dalam beradaptasi, bermitra, menunjukkan kasih sayang, dan menyelesaikan masalah bersama. Keluarga yang fungsional terbukti berperan sebagai sistem pendukung utama bagi lansia, khususnya dalam pengelolaan penyakit kronis yang membutuhkan kepatuhan jangka panjang.(25) Skor APGAR yang tinggi pada keluarga Ny. P menunjukkan potensi besar keluarga sebagai sumber daya kesehatan, bukan hanya sebagai latar belakang sosial pasien. Pendekatan diagnosis holistik melalui *Aide Mémoire Stott–Davis* menegaskan bahwa masalah kesehatan pasien mencakup dimensi akut, perilaku, kronis, dan pencegahan penyakit. Dalam kasus ini, hipertensi dan gangguan penglihatan merupakan kondisi kronis yang memerlukan pemantauan berkelanjutan, sementara aspek perilaku mencakup kepatuhan pengobatan, aktivitas fisik, dan pola tidur. Pendekatan ini membantu dokter keluarga untuk merumuskan rencana pengelolaan yang tidak semata-mata kuratif, tetapi juga promotif dan preventif, sesuai dengan prinsip pelayanan kesehatan primer yang berkesinambungan.(26)

Lingkungan rumah dan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) merupakan determinan penting kesehatan lansia. Meskipun kondisi rumah pasien relatif memadai dari segi ventilasi,

pencapaian, dan sanitasi, masih terdapat beberapa indikator PHBS yang belum terpenuhi, seperti pemberantasan sarang nyamuk dan pengelolaan sampah. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi kesehatan tidak dapat berhenti pada level individu, melainkan perlu diperluas ke level keluarga dan komunitas. Konsep *community-oriented primary care* menekankan integrasi pelayanan klinis dengan upaya kesehatan masyarakat untuk mengatasi faktor risiko lingkungan dan sosial yang memengaruhi kesehatan.(4,20,27)

Secara keseluruhan, hasil kegiatan ini menegaskan bahwa pendekatan kedokteran keluarga yang holistik mampu mengidentifikasi masalah kesehatan secara komprehensif dan merancang intervensi yang kontekstual sesuai dengan kebutuhan pasien lansia. Integrasi *patient-centered care*, *family-focused care*, dan *community-oriented primary care* tidak hanya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan primer, tetapi juga berpotensi meningkatkan kualitas hidup lansia melalui penguatan peran keluarga dan komunitas sebagai mitra aktif dalam menjaga kesehatan.

KESIMPULAN

Penerapan pendekatan kedokteran keluarga pada kasus Ny. P menunjukkan bahwa pengelolaan lansia dengan hipertensi dan kondisi pasca operasi katarak memerlukan asesmen holistik yang mencakup aspek klinis, psikososial, keluarga, dan lingkungan. Fungsi keluarga yang sangat baik terbukti menjadi faktor kunci dalam mendukung kepatuhan pengobatan, adaptasi illness experience, serta pemeliharaan kualitas hidup pasien. Pendekatan diagnosis holistik berbasis *Aide Mémoire Stott-Davis* memungkinkan perumusan intervensi yang tidak hanya kuratif, tetapi juga promotif dan preventif. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan primer disarankan untuk secara konsisten menerapkan prinsip *patient-centered care*, *family-focused care*, dan *community-oriented primary care* pada pasien lansia dengan penyakit kronis. Penguatan peran keluarga dan komunitas melalui edukasi berkelanjutan serta pemantauan rutin di tingkat layanan primer

perlu terus dikembangkan guna mencegah komplikasi dan meningkatkan keberlanjutan perawatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. World Health Organization. 2023. Global status report on noncommunicable diseases 2023.
2. Widyahening IS. The Role of Primary Health Care in the Prevention of Noncommunicable Diseases. Review of Primary Care Practice and Education (Kajian Praktik dan Pendidikan Layanan Primer). 2019 Mar 31;2(1):5.
3. BPS RI. Statistik penduduk lanjut usia 2024. 2024.
4. Rukmini Rukmini, Adianti Handajani, Astridya Paramita, Pramita Andarwati, Agung Dwi Laksono. Non-Communicable Diseases among the Elderly in Indonesia in 2018. Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. 2021 Nov 30;16(1):1026–36.
5. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. BMC Fam Pract. 2018 Jan 9;19(1):11.
6. Kemenkes RI. Profil kesehatan Indonesia 2023. 2023.
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2015;83(3):457–502.
8. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Serv Res. 2010 Mar 13;10:65.
9. Wu R, Fei F, Lu T, Zhu J, Hu D. Effect of family doctor contract services on non-communicable disease management among the elderly: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Health Services. 2025 Mar 28;5.
10. Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosińczuk J, Froelicher ES. Factors influencing adherence to treatment in older

- adults with hypertension. *Clin Interv Aging*. 2018;13:2425–41.
11. Lv B, Zhang L, Meng K. Effect of multiple chronic conditions on family doctor contracting in the elderly in China: the moderating role of socioeconomic status. *BMC Public Health*. 2023 Aug 12;23(1):1540.
 12. Hidayatullah MD. Penatalaksanaan Holistik Laki – Laki Usia 65 Tahun Dengan Gout Arthritis Dan Diabetes Melitus Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Panjang : Laporan Kasus. *Jurnal Kesehatan dan Agromedicine*. 2024 May 27;11(1):128–39.
 13. WONCA Europe. The European definition of general practice/family medicine. 2011.
 14. Windak A, Rochfort A, Jacquet J. The revised European Definition of General Practice/Family Medicine. A pivotal role of One Health, Planetary Health and Sustainable Development Goals. *Eur J Gen Pract*. 2024 Dec;30(1):2306936.
 15. Neale AV, Bowman MA, Seehusen DA. Improving Family Medicine with Thoughtful Research. *J Am Board Fam Med*. 2017;30(2):117–20.
 16. WHO. World Health Organization . 2025 [cited 2026 Jan 14]. Hypertension. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
 17. Sugiyarto A, Yulistanti Y, Handayani L. UPAYA PENCEGAHAN PENYAKIT TIDAK MENULAR MELALUI PENYULUHAN DAN DETEKSI DINI. 2025;2(6):530–41. Available from: <https://manggalajournal.org/index.php/BESIRU>
 18. Mash R, Almeida M, Wong WCW, Kumar R, von Pressentin KB. The roles and training of primary care doctors: China, India, Brazil and South Africa. *Hum Resour Health*. 2015 Dec 4;13:93.
 19. Jurić D, Pavličević I, Marušić A, Malički M, Buljan I, Šarotić V, et al. Effectiveness of treatment of newly diagnosed hypertension in family medicine practices in South Croatia. *BMC Fam Pract*. 2019 Jan 14;20(1):10.
 20. Katon DWG, Ayuningtyas D. Peran Pendekatan Kedokteran Keluarga dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan di Layanan Primer : Literature Review. *Jurnal Ners*. 2025 Apr 24;9(2):2899–909.
 21. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018 Jun;71(6):1269–324.
 22. Brennan J, Phelps K, McGrady A, Schultz P. Introducing lifestyle medicine into family medicine: Theory and applications. *Int J Psychiatry Med*. 2024 Jul;59(4):415–23.
 23. Liu YC, Wilkins M, Kim T, Malyugin B, Mehta JS. Cataracts. *Lancet*. 2017 Aug 5;390(10094):600–12.
 24. Gallant MP. The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research. *Health Education & Behavior*. 2003 Apr 1;30(2):170–95.
 25. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978 Jun;6(6):1231–9.
 26. Stott NC, Davis RH. The exceptional potential in each primary care consultation. *J R Coll Gen Pract*. 1979 Apr;29(201):201–5.
 27. Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. *Am J Public Health*. 2002 Nov;92(11):1748–55.