

## ARTIKEL PENELITIAN

## Peran Keluarga dalam Pengelolaan Kasus di Layanan Primer Melalui *Five Family Oriented Questions*

Retno A.Werdhani,<sup>1\*</sup> Elsa P.Setiawati,<sup>2</sup> Fedri R. Rinawan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas FK Universitas Indonesia

<sup>2</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat FK Universitas Padjajaran

Korespondensi: retno.asti@ui.ac.id

Disetujui: 18 Februari 2017

DOI: 10.23886/ejki.5.7315.18-28

### Abstrak

*Pengelolaan kasus di layanan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga memperhatikan potensi keluarga sebagai sumber daya pendukung dan atau penghambat keberhasilan penatalaksanaan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran kasus di layanan primer dan persepsi keluarga mengenai pasien melalui five family oriented question (FFOQ). Pengambilan data dilakukan menggunakan kuesioner pada 162 pasien Puskesmas dan Klinik di DKI Jakarta pada tahun 2015–2016. Kuesioner terdiri atas karakteristik pasien dan 5 pertanyaan terbuka FFOQ. Analisis dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif. Hasilnya menunjukkan sebagian besar kasus di layanan primer adalah penyakit non-infeksi (82,7%) dengan proporsi usia terbanyak adalah  $\geq 40$  tahun (76,5%). Persepsi pasien dan keluarga tentang penyebab penyakit dan cara mengatasinya masih bervariasi. Orang tua, pasangan, dan anak merupakan anggota keluarga yang paling menguatirkan kondisi pasien. Sebanyak 71,6% responden merasa ada stresor dalam keluarganya. Sumber stresor bervariasi antara lain sosial ekonomi, keluarga, pekerjaan, dan diri sendiri. Dukungan kepada pasien berupa dukungan emosional dan finansial yang diberikan oleh anggota keluarga sesuai kemampuan masing-masing. Disimpulkan keluarga berperan sebagai faktor pendukung dan penghambat dalam pengelolaan kasus di layanan primer untuk menunjang pengelolaan lebih berorientasi kepada pasien dan keluarga.*

**Kata Kunci:** *five family oriented question, keluarga, layanan primer*

## Family Acts in Cases Management In Primary Care through The Five Family Oriented Question

### Abstract

*Family oriented in primary care sees family as supporting resources/inhibiting case management accomplishment. The aim of this study was describing cases in primary care and family perception of the patient through the five family oriented question (FFOQ). Interviews were conducted in 162 patients from public health centers and clinics in DKI Jakarta year 2015–2016. Data were collected through questionnaires consisted of patient's characteristics and 5 FFOQ questions. Qualitative and quantitative analysis was conducted. Most cases in primary care services were non-infectious diseases (82.7%) and the highest age proportion was  $\geq 40$  years (76.5%). Patient and family's perception about causal of the disease and how to cope still vary. Parents, spouses, and children were the family members who were most concern about the patient. A total of 71.6% of respondents felt there were stressors in the family. Stressor sources vary such as socio-economic, family, work, and him/herself. Emotional and financial support were given to patient by family members according to each capacities. In conclusion, the family acts as an inhibiting factor as well as support in primary care case management to support more patient and family oriented case management.*

**Keywords:** *five family oriented question, family, primary care*

## Pendahuluan

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dalam Deklarasi Alma Ata<sup>1</sup> dan buku *Primary Care Now More than Ever*<sup>2</sup> menyebutkan pentingnya layanan primer sebagai pelayanan kesehatan esensial di tingkat pertama yang perlu dikembangkan dan diimplementasikan di setiap negara termasuk Indonesia. Ilmu kedokteran keluarga merupakan salah satu cabang ilmu kedokteran yang diterapkan di layanan primer dan sangat berkembang di negara maju sebagai salah satu spesialisasi bidang kedokteran bagi praktisi di layanan primer.<sup>3</sup> Ilmu kedokteran keluarga merupakan salah satu keilmuan yang diterapkan di program studi dokter layanan primer (DLP) selain ilmu kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat.<sup>4,5</sup>

Pengelolaan kasus dengan pendekatan kedokteran keluarga memerlukan pengelolaan berorientasi keluarga. Seorang dokter praktik di layanan primer harus memperhatikan pasien sebagai bagian dari keluarganya yang dapat menjadi potensi sumber daya pendukung atau penghambat keberhasilan penatalaksanaan. Pengumpulan informasi tentang keluarga bermanfaat bagi dokter untuk mengetahui siapa saja yang memiliki masalah kesehatan yang sama dengan pasiennya dan apa yang telah dilakukan oleh keluarga. Selain data tentang keluarga yang meliputi riwayat penyakit keluarga, dokter juga dapat mengidentifikasi potensi sumber daya/stresor di keluarga yang memengaruhi/dipengaruhi masalah pasien sehingga rencana pengelolaan mencakup peningkatan kesehatan pasien dan keluarga yang saling terkait.

Salah satu instrumen yang dapat digunakan dalam wawancara pasien berorientasi keluarga adalah *five family oriented question* (FFOQ). Terdapat 5 pertanyaan berorientasi keluarga yang dapat digunakan dalam konsultasi dengan pasien sehari-hari. Ke-5 area pertanyaan meliputi riwayat kesehatan keluarga, persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan pasien, kekuatiran keluarga, stres dan perubahan hidup dalam keluarga, serta dukungan keluarga.<sup>6</sup> Semua pertanyaan dapat memberikan informasi kepada dokter dalam memahami situasi dan pengalaman pasien terkait kesehatannya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui deskripsi FFOQ dalam pengelolaan kasus sehari-hari di layanan primer sehingga dapat diketahui bentuk peran keluarga dalam penyelesaian masalah pasien di layanan primer.

## Metode

Penelitian ini menggunakan desain potong lintang terhadap 162 pasien binaan mahasiswa FKUI tingkat akhir tahun 2015–2016 yang berasal dari 8 puskesmas dan 8 klinik di wilayah DKI Jakarta. Dengan 162 pasien, didapatkan presisi penelitian sebesar 7,6% (maksimal 10%). Kriteria inklusi adalah pasien dengan masalah kesehatan yang memerlukan partisipasi keluarga dalam penatalaksanaannya, dicurigai ada faktor risiko dalam keluarga yang dapat menghambat kesembuhan pasien, dan menyetujui untuk dilakukan pembinaan keluarga. Kriteria eksklusi adalah pasien yang tidak dapat berkomunikasi langsung dengan dokter (kecuali pasien anak: orang tua anak yang tidak dapat komunikasi langsung dengan dokter).

Data dikumpulkan melalui kuesioner yang ditanyakan langsung kepada pasien. Kuesioner terdiri atas karakteristik pasien (jenis kelamin, usia, jenis penyakit) dan pertanyaan FFOQ<sup>6</sup> berikut:

1. “Apakah ada anggota keluarga lain yang memiliki masalah sama dengan pasien?”
2. “Menurut keluarga, apa yang menjadi penyebab masalah kesehatan pasien, dan bagaimana cara mengatasinya?”
3. “Siapa di antara anggota keluarga yang paling kuatir tentang masalah kesehatan pasien?”
4. “Apakah ada perubahan lain di kehidupan pasien/keluarga bersamaan dengan masalah kesehatan pasien? Sebutkan.”
5. “Bagaimana keluarga atau teman membantu pasien dalam menyelesaikan masalah kesehatannya?”

Data jenis kelamin, usia pasien, jenis penyakit, jumlah penyakit, dan riwayat penyakit keluarga dianalisis secara kuantitatif dengan SPSS dan disajikan dalam bentuk persentase. Jawaban ke-5 pertanyaan terbuka FFOQ dianalisis secara kualitatif dengan MAXQDA 11. Tema jawaban FFOQ dikategorikan kemudian dilihat karakteristik pasien secara tematik untuk mendapatkan gambaran deskriptif.

## Hasil

Tabel 1 menunjukkan jenis penyakit pasien di fasilitas kesehatan layanan primer. Setiap pasien dapat mengalami lebih dari 1 jenis penyakit saat pengambilan data, dengan nilai tengah 2 jenis penyakit per pasien per kunjungan (minimum 1, maksimum 5).

**Tabel 1. Distribusi Pasien Berdasarkan Masalah Kesehatan di Layanan Primer**

Jenis Penyakit	n (%)
Kardiovaskuler	79 (48,7)
Metabolik	73 (45,1)
Masalah gizi	55 (34)
Saluran napas	52 (32)
Kelainan saraf	40 (34,6)
Kelainan sendi	20 (12,5)
Mata	18 (11,1)
Saluran cerna	14 (8,6)
Kulit	13 (8)
Saluran kemih	5 (3,1)
Infeksi virus	4 (2,5)
Telinga	3 (1,9)
Kesehatan mental	3 (1,9)
Lain-lain (fluor albus)	3 (1,9)

Tabel 1 menunjukkan masalah kesehatan terbanyak di layanan primer adalah penyakit kardiovaskular dan metabolik dengan proporsi tertinggi penyakit kardiovaskular adalah hipertensi (69 dari 79 kasus kardiovaskular) dan proporsi tertinggi penyakit metabolik adalah diabetes melitus (DM) tipe 2 (57 dari 73 kasus metabolik). Masalah gizi, saluran napas, dan kelainan saraf berada di peringkat ke-3 sampai ke-5 penyakit terbanyak di layanan primer. Masalah gizi terbesar adalah obesitas/*overweight* (41 dari 55 kasus gizi) sedangkan TB merupakan penyakit saluran napas terbesar (25 dari 52 kasus saluran napas), dan neuropati DM merupakan kelainan otot-saraf terbesar di antara kelainan saraf (15 dari 40 kasus kelainan saraf).

Jenis penyakit terbanyak adalah penyakit non-infeksi (82,7% dari seluruh masalah kesehatan yang dijumpai). Lebih dari 50% pasien adalah perempuan (56,2%) dengan proporsi umur terbesar adalah 40–59 tahun (usia pertengahan) dan  $\geq$  60 tahun (usia lanjut). Sebanyak 64,2% pasien, anggota keluarganya memiliki masalah kesehatan yang sama dengan pasien.

**Tabel 2. Distribusi Pasien Berdasarkan Kelompok Umur**

Kelompok umur	n (%)
<1 tahun (bayi)	2 (1,2)
1-5 tahun (balita)	9 (5,6)
6-12 tahun (usia sekolah)	8 (4,9)
13-19 tahun (remaja)	0 (0)
20-39 tahun (dewasa muda)	19 (11,7)
40-59 tahun (usia pertengahan)	71 (43,8)
$\geq$ 60 tahun (usia lanjut)	53 (32,7)

### **Persepsi Keluarga terhadap Masalah Kesehatan Pasien**

Untuk penyakit infeksi, terdapat berbagai persepsi yang cukup tepat menjadi penyebab masalah kesehatan yaitu pencahayaan kurang di rumah, asupan makanan, kebersihan diri, tertular anggota keluarganya, penularan melalui hubungan seksual, risiko pekerjaan, dan merokok. Terdapat persepsi yang belum tepat sebagai penyebab masalah kesehatan infeksi yaitu karena kebiasaan main *gadget* dan keturunan. Beberapa pasien dan keluarga mengakui tidak tahu faktor yang menyebabkan sakit infeksi pada pasien. Spesifik pada pasien anak yang mengalami infeksi, menurut pendapat orang tua penyakit infeksi anak dapat disebabkan oleh gangguan tumbuh kembang anak, riwayat infeksi, gizi kurang, minum air dingin, sulit makan, udara dingin, dan alergi makanan. Ada juga orang tua yang menganggap batuk pilek berulang wajar pada anak. Pada pasien dewasa, persepsi penyebab penyakit infeksi adalah merokok, hubungan seksual, pajanan asap, dan termasuk golongan ekonomi menengah ke bawah.

Persepsi pasien dan keluarga mengenai cara mengatasi penyakit infeksi bervariasi. Ada yang sudah mengetahui apa saja yang perlu dilakukan yaitu membawa pasien ke dokter/klinik/puskesmas, membawa anak ke posyandu, minum obat rutin sampai tuntas, istirahat cukup, menjaga kebersihan (tidak memasukkan tangan ke mulut), makan baik, dan patuh nasihat dokter. Khusus untuk penyakit infeksi kulit, dikatakan untuk lebih sering mandi dan diberikan salep. Ada juga yang menganggap penyembuhan penyakit infeksi perlu memisahkan alat makan dan perlunya mengganti susu pada anak yang diare.

Pasien dan keluarga pasien dengan penyakit non-infeksi masih belum mengetahui sakitnya pasien karena pasien masih beraktivitas. Dikatakan sakit bila sudah mengganggu aktivitas harian. Kegemukan belum dianggap sebagai masalah kesehatan karena anggota keluarga lain juga mengalami kegemukan. Persepsi pasien dan keluarga tentang penyebab penyakit non-infeksi yaitu karena banyak pikiran/stres, terlalu lelah bekerja, makanan tidak sehat, aktivitas kurang, dan gaya hidup tidak sehat. Bila ada masalah yang ditandai dengan keluhan, responden kelompok non-infeksi masih ada yang menganggap dengan obat saja dapat sembuh, tanpa perlu perubahan gaya hidup. Ada juga yang menganggap penyakit non-infeksi disebabkan faktor gaib dan dosa yang

diperbuat (contoh: laki-laki, 65 tahun, DM, HT). Usia juga menjadi faktor penyebab penyakit non-infeksi sehingga dikatakan “wajar sakit bila sudah tua” (contoh: perempuan, 78 tahun OA, DM, HT, Obesitas).

Persepsi pasien dan keluarga yang telah mengetahui cara mengatasi penyakit non-infeksi cukup bervariasi yaitu berobat rutin, mengikuti obat dari dokter, memperbaiki pola hidup, mengatur makanan dan mencari jalan keluar masalah yang menjadi beban pikiran pasien, salah satunya dengan bercerita kepada keluarga. Upaya mencari brosur dan bertanya pada orang juga dilakukan untuk menyelesaikan masalah, namun masih ada yang belum mengetahui cara pengobatan masalah dan tidak tahu peran perubahan gaya hidup. Pergi ke fasilitas layanan kesehatan merupakan upaya menyelesaikan masalah namun ada hambatan misalnya kesibukan pasien untuk menyisihkan waktu berobat dan atau tidak ada yang mengantar. Hal tersebut berdampak pada perilaku pasien non-infeksi untuk membeli obat sendiri di pasar agar obat dapat rutin diminum, apalagi bila pasien memiliki persepsi obat adalah terapi utama dan tidak mementingkan perubahan gaya hidup. (contoh: perempuan, 50 tahun, gagal jantung, obesitas, dislipidemia).

### **Kekuatiran Keluarga terhadap Masalah Kesehatan Pasien**

Bentuk kekuatiran keluarga sebagai upaya agar pasien sembuh ditunjukkan dengan membawa/mengajak pasien ke dokter/puskesmas, bertanggung jawab atas biaya pengobatan, menerima keadaan pasien, membantu pekerjaan rumah tangga, mencari informasi penyakit, dan membelikan kebutuhan pasien; namun masih ada pasien yang merasa sendiri. Respons keluarga biasa saja karena kondisi pasien belum mengganggu aktivitas sehari-hari sehingga tidak memberikan perhatian pada masalah pasien.

Ibu pasien dan nenek pasien merupakan anggota keluarga yang paling menguatirkan kondisi pasien anak berusia <1 tahun, 1–5 tahun, dan 6–12 tahun. Salah satu bentuk perhatian diwujudkan dengan ibu cuti bekerja untuk memeriksakan anak ke dokter (contoh: laki-laki 7 tahun, rinofaringitis akut, gizi kurang, prurigo).

Pada pasien usia 20–39 tahun selain orang tua, pasangan termasuk yang menguatirkan kondisi pasien, namun ada juga yang mengurus diri masing-masing, dan baru kuatir bila pasien sudah memiliki keluhan dan baru ke dokter (contoh:

perempuan, 30 tahun, TB Paru).

Pasien berusia 40–59 tahun merasa pasangan dan anak pasien merupakan anggota keluarga yang kuatir dan peduli terhadap kesehatan pasien. Mereka membuat pasien nyaman dengan menemani beraktivitas, mendengarkan keluhan pasien, dan menggantikan pekerjaan rumah pasien (contoh: perempuan, 41 tahun, TB, ulkus pedis dan perempuan 44 tahun, TB), membelikan oksigen (contoh: perempuan, 54 tahun, HT, CHF) dan tidak lagi membelikan cemilan kue manis untuk pasien (contoh: perempuan, 52 tahun, DM). Ada juga pasien yang tidak dipedulikan karena anggota keluarga lebih memerhatikan kepentingan dan kesehatan masing-masing (contoh: perempuan, 49 tahun, HT, OA genu, obesitas, nyeri punggung). Kesehatan tidak menjadi prioritas keluarga sehingga tidak ada tabungan keluarga khusus untuk kesehatan (contoh: perempuan, 47 tahun, HT, DM Tipe 2).

Pada pasien usia  $\geq 60$  tahun, pasangan masih mendominasi orang terdekat yang peduli dengan pasien. Peran anak agak berkurang karena kesibukannya bekerja. Anak peduli terhadap kesehatan pasien namun sebatas memberikan bantuan finansial dan menanyakan keadaan pasien, sehingga tidak terlibat langsung dalam perawatan pasien (perempuan, 70 tahun, DM, HT, obesitas dan laki-laki, 75 tahun DM, HT, dislipidemia, katarak).

### **Stres dan Perubahan Kehidupan dalam Keluarga**

Sebanyak 71,6% responden merasa ada stresor dalam keluarga. Sumber stresor bervariasi: sosial ekonomi, keluarga, pekerjaan, dan diri sendiri. Stresor sosial ekonomi yang dikeluhkan adalah pendapatan keluarga yang rendah, tidak tetap, kondisi ekonomi keluarga yang menurun sejak pasien sakit dan tidak dapat bekerja lagi, serta sulitnya akses ke fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat membuat pasien/keluarga berhutang.

Sumber stresor keluarga adalah hubungan anggota keluarga tidak harmonis, perpisahan keluarga, orang tua tunggal, kedukaan, dan anggota keluarga lain yang sakit. Sumber stresor pekerjaan adalah pekerjaan tidak tetap, baru diberhentikan dari pekerjaan, kecurigaan dari atasan atas sakitnya pasien, rotasi kerja yang tidak menentu, perubahan lingkungan kerja, serta beban menjadi tulang punggung keluarga.

Sumber stresor yang berasal dari diri sendiri adalah perubahan dalam hidup pasien meliputi



perubahan lingkungan rumah, menjadi golongan minoritas di lingkungan, tidak dapat bekerja lagi karena sakit atau pensiun, dan beban menjadi tulang punggung keluarga yang terdapat pada semua kelompok umur pasien di atas 20 tahun sampai usia lanjut.

### **Dukungan Keluarga**

Dukungan keluarga atau pihak lain untuk membantu pasien dalam menyelesaikan masalah kesehatan dibagi menjadi dukungan emosional dan finansial. Dukungan tersebut dapat berasal dari seluruh anggota keluarga yaitu orang tua pasien (ayah/ibu pasien), kakek/nenek, pasangan (suami/istri), kakak/adik, paman/bibi pasien, bahkan teman dan tetangga pasien.

Berdasarkan usia pasien, ibu dan nenek pasien memberikan dukungan emosional kepada pasien yang berusia <1 tahun dan 1–5 tahun, sedangkan dukungan finansial diberikan oleh ayah atau paman/bibi pasien. Bentuk dukungan emosional adalah merawat anak, memberikan nutrisi sesuai anjuran, dan membawa pasien ke dokter.

Dukungan emosional dan finansial untuk pasien berusia 6–12 tahun diberikan oleh orang tua pasien, kakek/nenek atau paman/bibi pasien. Bentuk dukungan berupa biaya pengobatan, mengantar ke fasilitas kesehatan, dan ikut membantu mengawasi anak ketika orang tua bekerja.

Sama dengan kategori usia sebelumnya, peran orang tua pasien masih ada pada untuk kategori usia pasien 20–39 tahun. Selain itu dukungan emosional dan finansial dari pasangan, teman, dan tetangga pasien juga ada pada pasien usia 20–39 tahun. Bentuk dukungan adalah menjadi pemantau minum obat, membantu pekerjaan pasien, menggantikan pasien bekerja, menemani pasien beraktivitas fisik, menyesuaikan pola makan, menemani ke puskesmas, dan meminjamkan alat transportasi untuk ke puskesmas.

Sumber dan bentuk dukungan terhadap pasien usia 40-59 tahun kurang lebih sama dengan kategori usia pasien sebelumnya. Hanya saja dukungan finansial untuk kategori usia ini ditambah dengan dana pensiun, jamkesmas dan BPJS. Bentuk dukungan berupa memantau minum obat, menggantikan pekerjaan, menemani aktivitas fisik dan pengajian bersama, menemani kontrol berobat, memberikan dana transportasi ke puskesmas, membelikan makanan, dan memberikan asisten rumah tangga. Pada kelompok usia ini tidak ada dukungan kepada pasien seperti pasien tinggal sendiri dan satu-satunya dukungan berasal dari

tenaga kesehatan (contoh: laki-laki, 40 tahun, TB paru, gizi kurang). Bentuk tidak ada dukungan juga terlihat pada anak pasien yang tidak mengetahui penyakitnya namun hanya memberi biaya pengobatan (contoh: laki-laki, 52 tahun DM tipe 2). Selain itu ada pasien yang mengaku tidak terbuka akan penyakitnya kecuali terhadap pasangannya (contoh: laki-laki, 43 tahun, HIV). Alasan lain karena keluarga pasien menganggap penyakit pasien biasa dialami oleh orang tua (contoh: perempuan, 57 tahun, HT, DM tipe 2).

Cucu pasien, menantu, tetangga dan teman pasien merupakan pihak yang mendukung pasien  $\geq 60$  tahun dalam menyelesaikan masalah kesehatan selain pasangan yang juga masih mendominasi sebagai pelaku rawat pasien. Dukungan berupa bantuan, meringankan kerja, dan menemani beraktivitas fisik. Istri pasien merupakan *significant person* dalam proses pengobatan pasien (laki-laki, 70 tahun, DM, HT, dislipidemia, *overweight*). Anak memberikan dukungan berupa uang bulanan, membelikan makanan, membayar iuran BPJS, dan menyediakan asisten rumah tangga. Pada kelompok usia ini, masih banyak yang merasa kurang didukung oleh anak bahkan masih lebih membantu anak-anaknya daripada diri sendiri (contoh: laki-laki, 61 tahun, HT). Tidak ada dukungan emosional khusus dari anak, tetapi bila pasien membutuhkan uang untuk ke rumah sakit, anak akan membiayai (contoh: laki-laki, 71 tahun, HT, hipertrofi prostat).

### **Diskusi**

Sebagian besar pasien di studi ini adalah perempuan, sesuai dengan karakteristik pengguna jaminan kesehatan di salah satu puskesmas di Tangerang dan klinik di Jakarta yaitu sekitar 60% adalah perempuan.<sup>7,8</sup> Pengambilan data dilakukan pada jam kerja, saat sebagian besar laki-laki bekerja sehingga tidak dapat datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Setelah pensiun baru datang ke berobat. Pada penelitian ini kunjungan pasien laki-laki meningkat pada usia  $\geq 60$  tahun.

Sebagian besar pasien berusia  $\geq 40$  tahun; berbeda dengan studi di salah satu Puskesmas di Tangerang yang menunjukkan kunjungan terbanyak usia di bawah 40 tahun.<sup>7</sup> Hal itu disebabkan karakteristik sebagian klinik pada studi ini adalah untuk pensiunan karyawan salah satu BUMN namun seiring peningkatan angka harapan hidup DKI Jakarta yaitu 74 tahun pada tahun 2013,<sup>9</sup> maka diprediksi kunjungan lansia ke fasilitas kesehatan akan semakin meningkat.

Tingginya angka kunjungan pasien di atas 40 tahun sesuai dengan proporsi penyakit terbesar yaitu kardiovaskular dan metabolik namun usia produktif (>20 tahun) sudah banyak yang sakit sehingga harus berobat ke layanan primer.

Rata-rata pasien memiliki 2 jenis penyakit tiap kunjungan ke dokter khususnya pada usia  $\geq$  60 tahun. Usia lanjut dapat mengalami penyakit kronik ganda, sehingga kondisi semakin kompleks dan membutuhkan dukungan keluarga serta teman.<sup>10</sup> Produktivitas sangat terkait dengan kesehatan, bila usia produktif sering mengalami sakit, maka produktivitas terganggu dan akan berpengaruh terhadap derajat kesehatan keluarga, masyarakat, dan negara. Dengan kondisi itu perlu kebijakan terhadap penduduk usia produktif dari berbagai sektor melalui upaya promotif dan preventif agar usia produktif tetap sehat saat memasuki usia nonproduktif.<sup>9</sup>

Studi ini menunjukkan masalah kardiovaskular, metabolik, gizi, saluran napas, dan kelainan otot-saraf merupakan 5 masalah kesehatan terbanyak di layanan primer khususnya hipertensi, DM tipe 2, obesitas/*overweight*, TB, dan neuropati DM. Selain itu penyakit non-infeksi mendominasi jenis penyakit. Hasil ini sesuai dengan 5 masalah kesehatan yang sebelumnya telah disebutkan yaitu 4 di antaranya adalah penyakit non-infeksi yaitu hipertensi, DM tipe 2, obesitas/*overweight*, dan neuropati DM. Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 dan 2013 menunjukkan peningkatan penyakit TB, DM, hipertensi, penyakit saraf dan sendi serta infeksi saluran napas.<sup>11,12</sup> Prevalensi gizi lebih dengan IMT  $\geq$ 25 sebesar 30%<sup>12</sup>, terutama pada pasien berusia di atas 35 tahun dan perempuan.<sup>13</sup> Dengan tingginya kejadian DM pada studi ini, dapat menyebabkan tingginya kejadian neuropati diabetik karena neuropati diabetik menyerang lebih dari 50% pasien DM.<sup>14</sup>

Tingginya frekuensi masalah kesehatan di keluarga yang sama dengan pasien menunjukkan peran genetik (pada kasus non-infeksi) dan/atau lingkungan (pada kasus infeksi). Hal tersebut sesuai dengan konsep *host agent environment*,<sup>15</sup> konsep blum,<sup>16,17</sup> *mandala of health*,<sup>18</sup> *social determinant of health*<sup>19</sup> yang menunjukkan peran keluarga dan lingkungan terhadap masalah kesehatan yang patut diperhatikan agar kesehatan individu dan keluarga tetap terjaga. Mempelajari keluarga melalui perspektif pasien dapat membantu dokter dalam menggali:<sup>6</sup>

1. Potensi sumber daya dalam keluarga yang dapat membantu pasien mengatasi

masalah kesehatan dan potensi faktor yang menghambat kepatuhan pasien berobat

2. Faktor-faktor yang berkontribusi dalam pemahaman pasien terhadap penyakitnya
3. Dukungan keluarga selama pasien beradaptasi dengan perubahan kondisi kesehatannya
4. Potensi keluarga menjadi sumber stres pasien terkait masalah kesehatannya

Dari pertanyaan FFOQ tentang masalah kesehatan yang sama di keluarga, dokter dapat mengetahui beban kesehatan keluarga. Dari pertanyaan persepsi keluarga terhadap masalah pasien, dokter dapat mengetahui pengetahuan dan pemahaman keluarga tentang masalah kesehatan pasien. Pertanyaan mengenai kekuatiran dan dukungan terhadap pasien, memberikan gambaran kepada dokter untuk mengidentifikasi orang terdekat pasien sebagai pelaku rawat, atau melakukan pemetaan kepedulian keluarga. Informasi itu dapat digunakan untuk mengetahui seberapa jauh interaksi dokter dan keluarga yang diperlukan dan rencana intervensi yang akan dilakukan. Pertanyaan tentang stresor menunjukkan seberapa jauh stresor di keluarga dan dampaknya terhadap pasien

Potensi sumber daya dan dukungan dalam keluarga yang dapat membantu pasien mengatasi masalah kesehatan atau potensi faktor yang menghambat kepatuhan pasien berobat dapat dilihat dari pertanyaan mengenai dukungan dan kekuatiran/kepedulian keluarga terhadap pasien. Anggota keluarga yang mengetahui dan membantu pasien beradaptasi dengan kondisinya memberikan informasi kepada dokter siapa orang terdekat pasien yang dapat menjadi pelaku rawat sekaligus penghubung keluarga dan tenaga kesehatan (bila diperlukan). Tidak adanya anggota keluarga dan bentuk kepedulian terhadap pasien juga dapat terlihat dari pertanyaan ini sehingga dalam wawancara pertama, dokter dapat memperoleh informasi seberapa jauh keluarga dapat dilibatkan dalam pengelolaan pasien, atau bahkan keluarga pasien juga memerlukan bantuan.

Pertanyaan mengenai persepsi pasien dan keluarga terhadap masalah dapat menggambarkan pemahaman pasien dan keluarga terhadap penyakit pasien. Intervensi kepada pasien dan keluarga yang memiliki perilaku buruk terhadap kesehatan namun karena ketidaktahuan akan berbeda apabila pasien dan keluarga yang memiliki perilaku buruk namun sebenarnya sudah tahu apa yang perlu

dilakukan. Ketidaktahuan dapat diintervensi dengan pemberian informasi (pertemuan dokter-keluarga: informasi dan kolaborasi). Saat memberikan informasi perlu diketahui pemahaman pasien dan keluarga tentang informasi yang diberikan agar didapatkan persamaan persepsi dengan dokter. Bila sudah tahu apa yang perlu dilakukan, namun belum dilakukan, ada 2 kemungkinan penyebab yaitu minim sumber daya atau sama sekali tidak peduli (pertemuan dokter-keluarga: perasaan dan dukungan). Bila minim sumber daya, dokter dapat melakukan konferensi keluarga untuk mendiskusikan penyelesaian masalah bersama dengan keluarga (pertemuan dokter-keluarga: penilaian keluarga/konseling keluarga). Anggota keluarga dapat juga tidak peduli dengan kondisi pasien, sehingga perlu dilakukan konseling dan intervensi keluarga (pertemuan dokter-keluarga: terapi keluarga).<sup>20</sup>

Keluarga dapat berpotensi menjadi sumber stres pasien terkait masalah kesehatannya. Salah satu sumber stres adalah berasal dari keluarga. Bila ada salah satu anggota keluarga yang sakit, akan berdampak terhadap dinamika keluarga bahkan dapat berdampak terhadap sosial ekonomi keluarga. Sebaliknya, kondisi sosial ekonomi keluarga, ketidak-stabilan penghasilan, berdampak kepada keberhasilan pengelolaan masalah kesehatan pasien.<sup>19,21</sup> Peran orang tua terutama ibu ditemukan pada seluruh pasien anak sampai usia sekolah. Peran ayah lebih mendominasi sebagai penyandang dana. Pruett et al,<sup>22</sup> menyatakan peran ayah sebaiknya tidak hanya sebatas finansial. Issue perpisahan keluarga dan orang tua tunggal dapat berdampak pada perkembangan kognitif, sosial, dan mental anak.<sup>22</sup>

Studi kualitatif tentang persepsi sehat oleh Kahissay et al, menunjukkan peran spiritual, sanitasi, higiene personal, kemiskinan, biologis, dukungan dan harmonisasi keluarga menjadi faktor penyebab sakit.<sup>23</sup> Hasil yang sama juga ditunjukkan pada studi ini. Hasil studi menunjukkan masih ada pasien dan keluarga yang memiliki persepsi belum merasa sakit karena dianggap masih dapat beraktivitas. Indikator aktivitas dijadikan indikator 'ancaman' dalam mengukur sakit/tidaknya seseorang oleh keluarga. Persepsi berhubungan dengan tingkat kekuatiran dan kepedulian seseorang akan sakitnya dan dapat dipengaruhi oleh pengetahuan, pengalaman, dan lingkungan. Hal itu tergambar dalam *health belief model*.<sup>24</sup> Rasa terancam terhadap penyakit berhubungan dengan penilaian diri terhadap penyakit yang dapat dipengaruhi oleh pengetahuan, sosial ekonomi,

usia, dan jenis kelamin serta upaya berbagai pihak untuk mengubah perilaku sehat pasien.

Berbagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan tergambar dari hasil penelitian ini yaitu upaya anggota keluarga untuk mencari informasi melalui brosur dan internet serta berkonsultasi ke dokter bila ada keluhan. Upaya penguatan dari sisi sosial ekonomi juga telah dilakukan oleh anggota keluarga dengan menggantikan pasien bekerja dan membelikan kebutuhan pasien. Semua itu belum memberikan hasil optimal tanpa pengetahuan cukup tentang untung rugi dari perubahan perilaku pasien dengan memandang kondisi dan tantangan berbeda setiap individu. Oleh karena itu tenaga kesehatan perlu berupaya keras bekerja sama dengan berbagai pihak untuk mengubah persepsi masyarakat tentang konsep sehat-sakit dengan memandang pasien sebagai bagian dari lingkungannya.

Sumber stresor dikelompokkan menjadi sosial ekonomi, keluarga, pekerjaan dan diri sendiri. Sosial ekonomi sangat berdampak pada kesehatan sehingga memerlukan intervensi sistem makro yaitu negara.<sup>15,19</sup> Masalah sosial ekonomi dapat berdampak pada interaksi anggota keluarga. Pekerjaan yang menjadi faktor terkait masalah kesehatan dalam *Mandala of Health*,<sup>18</sup> secara langsung dapat berpengaruh terhadap pasien. Banyaknya pasien yang harus berhenti bekerja karena sakit berdampak pada kondisi keluarga. BPJS membantu individu dan keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatannya namun, BPJS belum cukup kuat untuk membuat masyarakat berperilaku hidup sehat karena cakupannya hanya bila saat pasien memiliki keluhan. Belum ada mekanisme yang efisien untuk mendorong masyarakat hidup sehat. Komitmen dan inisiatif pemerintah daerah sebagai pemegang kebijakan sangat diperlukan untuk memprioritaskan kesehatan dalam anggaran daerahnya dalam bentuk upaya pencegahan primer (promosi kesehatan, proteksi spesifik, penapisan, dan *active case finding*)

Bentuk dukungan kepada pasien dari keluarga yang berhasil diidentifikasi dari penelitian ini adalah bentuk dukungan emosional dan finansial sesuai dengan yang diharapkan dari dan oleh keluarga terhadap pasien. Aspek emosional dan finansial perlu dinilai terhadap keluarga pada setiap tahap kehidupan, karena seiring perkembangan waktu, terjadi perubahan bentuk dan intensitas dukungan.<sup>25</sup> Hal tersebut terlihat dari studi ini bahwa pada pasien usia 20–39 tahun dan 40–59

tahun, dukungan emosional anak cukup banyak namun dukungan emosional anak pada pasien usia  $\geq 60$  tahun tidak sebanyak dukungan finansial dari anak. Hal itu dapat disebabkan seiring dengan perkembangan usia anak yang berhubungan dengan karir atau anak sudah memiliki keluarga sendiri. Meskipun demikian, peran pasangan masih selalu mendominasi dukungan emosional sejak pasien berusia dewasa muda sampai usia lanjut. Bila terjadi kekosongan dukungan, tenaga kesehatan dapat memobilisasi sumber daya lain di sekitar pasien untuk mengisi kekosongan tersebut. Teman, tetangga, dan tenaga kesehatan termasuk bentuk dukungan terhadap pasien untuk mengisi kekosongan dukungan terutama pada usia lanjut (pengajian, senam bersama, dll.).

Keluarga sebagai lingkungan terdekat pasien merupakan sumber pengetahuan dan persepsi individu terhadap kesehatan.<sup>25</sup> Orang tua berperan dalam perkembangan sosial dan mental anak.<sup>22</sup> Partisipasi keluarga dan agama menjadi kunci pengelolaan kualitas hidup pada pasien usia lanjut.<sup>26,27</sup> Oleh karena itu diperlukan pengelolaan masalah kesehatan yang tidak hanya terfokus pada pasien, tetapi juga pada keluarga.<sup>10</sup>

Pendekatan kepada keluarga dapat dilakukan untuk mengupayakan kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat yang lebih baik. Pelayanan berorientasi keluarga dapat memetakan kebutuhan keluarga dan melihat kondisi keluarga dari perspektif pasien sehingga tercapai penyamaan persepsi antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan.<sup>28</sup>

FFOQ dapat digunakan untuk memetakan hal-hal yang menghambat dan atau mendukung pengelolaan kasus di layanan primer agar pengelolaan lebih holistik, komprehensif, terintegrasi dan berkesinambungan, terutama menghadapi tingginya usia harapan hidup serta prevalensi penyakit kronik yang memerlukan pengelolaan jangka panjang dan mobilisasi keluarga dalam perawatannya. FFOQ juga dapat digunakan untuk menunjang program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI no 39 tahun 2016.

## Kesimpulan

Sebagian besar pasien di layanan primer adalah perempuan (56,2%), mengalami penyakit non-infeksi (82,7%) dan kelompok usia terbanyak adalah  $\geq 40$  tahun (76,5%). Persepsi pasien dan keluarga tentang penyebab penyakit dan cara mengatasinya masih bervariasi. Orang tua,

pasangan, dan anak merupakan anggota keluarga yang paling menguatirkan kondisi pasien. Sumber stresor bervariasi antara lain sosial ekonomi, keluarga, pekerjaan, dan diri sendiri. Dukungan yang diberikan kepada pasien berupa dukungan emosional dan finansial dari anggota keluarga sesuai kemampuannya.

## Daftar Pustaka

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. 1978.
2. Chan M. WHO the world health report 2008 - primary health care (now more than ever). Geneva: WHO; 2008.
3. McWhinney IR, Freeman T. The origins of family medicine. Textbook of family medicine. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. p.3–12.
4. Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Kurikulum pelatihan untuk pelatih bagi dosen dokter layanan primer; 2014.
5. Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Modul pelatihan dasar dokter di layanan primer; 2014.
6. Cole-Kelly K, Seaburn D. A family oriented approach to individual patients. Family oriented primary care. 3<sup>rd</sup> ed. United States of America; 2013.p.43–53.
7. Rahmayanti SN, Ariguntar T. Karakteristik responden dalam penggunaan jaminan kesehatan pada era BPJS di Puskesmas Cisoka Kabupaten Tangerang Januari-Agustus 2015. Medicoeticolegal dan Manaj Rumah Sakit. 2017;6(1):61–5.
8. Bachtiar D, Wiyono WH, Yunus F. Proporsi asma terkontrol di Klinik Asma RS Persahabatan Jakarta, 2009. J Respirol Indones. 2011;31(2):90–100.
9. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Profil Kesehatan DKI Jakarta. DKI Jakarta; 2015.
10. Ploeg J, Matthew-Maich N, Fraser K, Dufour S, McAiney C, Kaasalainen S, et al. Managing multiple chronic conditions in the community: a Canadian qualitative study of the experiences of older adults, Family Caregivers, and Healthcare Providers. BMC Geriatr. 2017;17(40):1–15.
11. Riset kesehatan dasar 2007. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2007.
12. Riset kesehatan dasar 2013. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2013.
13. Sugianti E, Hardiansyah, Afriansyah N. Faktor risiko obesitas sentral pada orang dewasa di DKI J Gizi Indones. 2009;21(2):105–16.
14. Pusat Data dan Informasi PERSI. Neuropati diabetik menyerang lebih dari 50% penderita diabetes [internet]. pdpersi.co.id. 2011 [cited 2017 Feb 4]. Diunduh dari <http://www.pdpersi.co.id/content/news.php?catid=23&mid=5&nid=612>
15. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. Am J Epidemiol. 1976;104:107–23.
16. Blum HL. Planning for health. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Human Science Press; 1974.



17. Hapsari D, Sari P, Pradono J. Pengaruh lingkungan sehat dan perilaku hidup sehat terhadap status kesehatan. *Bul Penelit Kesehat*. 2009;40–9.
18. Hancock T, Perkins F. The mandala of health: a model of the human ecosystem. *Fam Community Heal*. 1985;8(3):1–10.
19. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Heal Rep*. 2014;129(2):19–31.
20. McDaniel S, Campbell T, Hepworth J, Lorenz A. Basic premises of family oriented primary care. *Family Oriented Primary Care*. 3<sup>rd</sup> ed. United States of America: Springer Publishing Company; 2013. p.1–14.
21. McDaniel S, Campbell T, Hepworth J, Lorenz A. How Families affect illness: research on the family's influence on health. *family oriented primary care*. 3<sup>rd</sup> ed. United States of America: Springer Publishing Company; 2013. p.16–27.
22. Pruettk MK, Pruettk K, Cowan CP, Cowan PA. Enhancing father involvement in low income families: a couples group approach to preventive intervention. *Child Dev*. 2017;0(0):1–10.
23. Kahissay MH, Fenta TG, Boon H. Belief and perception of ill-health causation: a socio-cultural qualitative study in rural North-Eastern Ethiopia. *BMC Public Health*. 2017;17(124):1–10.
24. Rosenstock I, Strecher V, Becker M. Social learning theory and the health belief model. *Heal Educ Q*. 1988;15(2):175–83.
25. McDaniel S, Campbell T, Hepworth J, Lorenz A. *Family-oriented primary care*. 3<sup>rd</sup> ed. Springer Publishing Company; 2013.
26. Karlin N, Weil J, Felmban W. Aging in Saudi Arabia: an exploratory study of contemporary older person's view about daily life, health, and the experience of aging. *Gerontol Geriatr Med*. 2016;1–9.
27. Turcotte P-L, Lariviere N, Desrosiers J, Voyers P, Champoux N, Carbonneau H, et al. Participation needs of older adults having disabilities and receiving home care: met needs mainly concern daily activities, while unmet needs mostly involve social activities. *BMC Geriatr*. 2015;15(95):1–14.
28. Bailey Jr DB. Collaborative goal setting with families: resolving difference in values and priorities for services. *TECSE*. 1987;7(2):59–71.