

## **Penyelesaian masalah kesehatan dalam keluarga dengan pendekatan Kedokteran Keluarga di Kelurahan Meruyung, Kecamatan Limo Kota Depok, Jawa Barat**

**Nunuk Nugrohowati<sup>a</sup>, Luh Eka Purwani<sup>b</sup>, Gatot Soeryo Koesoemo<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas kedokteran, Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta, Indonesia

<sup>b</sup>Departemen Ilmu Gizi, Fakultas kedokteran, Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta, Indonesia

E-mail address: [ekapurwani15@gmail.com](mailto:ekapurwani15@gmail.com), [nnugrohowati@gmail.com](mailto:nnugrohowati@gmail.com)

### **ABSTRAK**

Menurut catatan WHO tahun 2011 penyakit tidak menular/penyakit kronis telah menjadi penyebab kematian utama di seluruh dunia. Faktor resiko paling penting yang dapat diubah pada penyakit kronis diantaranya adalah diet yang tidak sehat. Sepuluh besar penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di kota Depok tahun 2016, lima diantaranya adalah penyakit kronis. Misi, tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan Daerah Kota Depok yaitu mengembangkan Sumber Daya Manusia yang kreatif dan berdaya saing, dengan tujuan: 1). Meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang memiliki kompetensi serta kreatifitas 2). Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. 3). Membangun ketahanan keluarga sebagai basis peningkatan kualitas SDM. Dalam Peraturan Menkes RI nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, pada Pasal 1 antara lain dikatakan Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga bertujuan untuk meningkatkan akses keluarga berserta anggotanya terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif, meliputi pelayanan promotif dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif dasar. Pelayanan kedokteran keluarga adalah salah satu bentuk pelayanan kesehatan dimana pelayanan kesehatan ini memiliki karakteristik tertentu diantaranya adalah pelayanan pengobatan kepada individu sakit, menerapkan cara pendekatan menyeluruh, paripurna, terpadu, berkesinambungan dengan berbasis keluarga dan berorientasi komunitas serta menekankan pada upaya pencegahan. **Tujuan.** Melakukan penyelesaian masalah kesehatan dalam keluarga dengan pendekatan Kedokteran Keluarga di Kelurahan Meruyung, Kecamatan Limo Kota Depok, Jawa Barat. **Metode.** Mengidentifikasi fungsi-fungsi keluarga pasien, menegakkan diagnosis penyakit yang terjadi pada pasien dan keluarganya, melibatkan partisipasi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga dan memberikan tindakan kuratif dan rehabilitatif pada keluarga. **Hasil.** Sasaran utama program Kemitraan Masyarakat kali ini adalah 2 keluarga yang mewakili warga rt 003 dan rt 005 di rw 05, Ditemukan diagnosis keluarga I ibu menderita hipertensi, keluarga II menderita Diabetes mellitus, keluarga III ibu menderita gejala Diabetes mellitus. Kemudian diadakan tindakan terapi farmakologik, non farmakologik dan penyuluhan tentang gizi. **Kesimpulan.** Tujuan pembinaan kesehatan keluarga kali ini adalah agar terwujud keadaan sehat bagi setiap keluarga sebagai bagian terkecil dari masyarakat, dengan cara melakukan upaya promotif, preventif, kuratif dengan penatalaksanaan farmakologis, non farmakologis sehingga manfaat yang dihasilkan akan efektif, efisien dapat mencegah timbulnya komplikasi/perburukan penyakit.

**Kata kunci: keluarga, diabetes mellitus, hipertensi, masalah gizi, kedokteran keluarga**

## 1. PENDAHULUAN

Dalam catatan WHO (2011) penyakit kronis (antara lain jantung dan pembuluh darah, kanker, diabetes serta penyakit paru kronis COPD dan asma) saat ini telah menjadi penyebab kematian utama di seluruh dunia, yang paling awal terkena adalah negara miskin dengan penduduk umur 60 tahun keatas. Prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan hasil pengukuran pada umur  $\geq 18$  tahun sebesar 25,8 persen, sebagian besar (63,2%) kasus hipertensi di masyarakat tidak terdiagnosis. Prevalensi DM, hipertiroid, dan hipertensi pada perempuan cenderung lebih tinggi daripada laki-laki (Risksdas, 2013). Estimasi terakhir IDF (*International Diabetes Federation*) dan WHO pada tahun 2013, 382 juta orang di dunia yang hidup dengan diabetes, diperkirakan 175 juta diantaranya belum terdiagnosis dan terancam berkembang progresif menjadi komplikasi tanpa disadari dan tanpa pencegahan. Diabetes tipe 2 atau *non-insuline dependent* atau *adult onset diabetes*, merupakan gangguan metabolik akibat tubuh tidak dapat menggunakan insulin secara efektif. (Infodatin-diabetes, 2014). Faktor resiko paling penting yang dapat diubah dalam penyakit kronis diantaranya adalah diet yang tidak sehat. Sekitar 90% dari seluruh penyakit diabetes merupakan diabetes tipe 2.

Kota Depok mempunyai AHH di Tahun 2016 sebesar 74,01 tahun, Berarti warga Kota Depok yang lahir di Tahun 2016 mempunyai harapan hidup sampai usia 74 tahun. AHH kecamatan yang paling tinggi ada di Kecamatan Sukmajaya sebesar 77,32 tahun dan yang paling rendah adalah Kecamatan Cipayung sebesar 70,41 tahun. Misi, tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan Daerah Kota Depok yaitu Mengembangkan sumber daya manusia yang kreatif dan berdaya saing, dengan tujuan: 1). Meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang memiliki kompetensi serta kreativitas 2). Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. 3). Membangun ketahanan keluarga sebagai basis peningkatan kualitas sumber daya manusia. Poin 2) dan 3) adalah sasaran Program Kemitraan Masyarakat yang direncanakan untuk dilakukan dalam proposal ini. Pada pola 10 besar penyakit penyebab kematian penderita di RS di kota Depok tahun 2016, jumlah penyakit kronis ada 7 (tujuh) yaitu *Dead On Arrival* (DOA), Chronic Kidney Disease, Stroke Hemoragic, Stroke Non Hemoragic, Death occurring less than 24 hours from onset of symptoms, Cardiac Arrest dan Gagal Jantung, sedang pada 10 besar penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di kota Depok tahun 2016, 5 (lima) diantaranya adalah penyakit kronis. Penyakit terbanyak penderita rawat inap usia 45-75 tahun adalah Hipertensi sebesar 10,96%, Diabetes mellitus sebesar 9,38% dan penyakit Chronic Kidney Disease (CKD) atau Gagal Ginjal Kronis sebesar 9,24%. Pada gambaran penyakit tidak menular di kota Depok kasus Hipertensi tertinggi dilaporkan oleh Puskesmas Tugu 3.488 kasus, kemudian Puskesmas Kalimulya 2.597 kasus dan Puskesmas Jatijajar sebesar 1.986 kasus. Pengunjung puskesmas dan jaringannya terdiagnosa obesitas sebesar 4.751 orang dari 70.839 orang. Dari 776 deteksi Kanker Leher Rahim di umur 30-50 tahun ditemukan 20 kasus IVA Positif, Puskesmas Abadi Jaya dengan kasus terbanyak yaitu 6 kasus IVA Positif (Profil Dinas Kesehatan Kota Depok 2017).

Unsur terpenting dalam suatu upaya pembangunan kesehatan adalah tersedianya Sistem Pelayanan Kesehatan (SPK) yang efektif dan berkualitas. Banyaknya keluhan masyarakat tentang kurang baiknya pelayanan kesehatan kita dalam segi ketersediaannya, kemudahannya, keterjangkauannya ataupun mutunya, dengan melihat belum tersedianya pelayanan kesehatan yang memadai. Tersedianya SPK yang berfungsi dengan baik adalah prasyarat mutlak untuk bisa meningkatkan taraf kesehatan dari rakyat dan bangsa. Sebuah SPK yang baik harus mencakup berbagai bentuk pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat dan menekankan pada upaya pelayanan kesehatan primer yang bersifat preventif dan promotif guna mengurangi beban sosial dan biaya ekonomi yang jauh lebih besar yang harus dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan strata sekunder dan tersier dalam bidang kuratif dan rehabilitatif. Di Kota Depok terdapat dua rumah sakit milik pemerintah, 18 rumah sakit swasta dan 35 Puskesmas.

Dengan meningkatnya jumlah dokter dan bertambahnya kebutuhan masyarakat tentang pelayanan kesehatan yang efektif dan berkualitas perlu dipikirkan dan dikembangkan sistem pelayanan kesehatan yang dapat lebih memanfaatkan tenaga dokter yang terus bertambah dan sekaligus memenuhi kebutuhan masyarakat tersebut. Salah satu sistem pelayanan kesehatan yang terus dikembangkan adalah pelayanan kedokteran keluarga yang mempunyai prinsip mengutamakan upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, memandang seseorang sebagai individu seutuhnya dan bagian dari keluarga dan lingkungan, mengupayakan keadaan kesehatan secara

terpadu dan paripurna serta berkesinambungan. Perlunya diterapkan Program Kemitraan Masyarakat dengan system pelayanan kedokteran keluarga di daerah Kelurahan Meruyung, Kecamatan Limo Kota Depok, Jawa Barat dalam rangka mencoba melaksanakan pencegahan dan menangani masalah kesehatan khususnya dalam menangani tingkat kesakitan penyakit kronis/tidak menular di daerah tersebut.

Tujuan Umum adalah dapat memberikan solusi dalam mengatasi permasalahan penyakit tidak menular yang ada di masyarakat, khususnya pada warga rt 003 dan rt 005 di rw 05 dengan mengutamakan upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, memandang seseorang sebagai individu seutuhnya dan bagian dari keluarga dan lingkungan, mengupayakan keadaan kesehatan secara terpadu dan paripurna serta berkesinambungan. Tujuan khususnya adalah mengidentifikasi fungsi-fungsi keluarga pasien, menegakkan diagnosa penyakit tidak menular yang dominan, mengetahui faktor internal dan eksternal penyebab terjadinya penyakit tidak menular, diketahuinya alternatif pemecahan masalah dalam keluarga dan melibatkan partisipasi keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga.

## 2. TINJAUAN PUSTAKA

Penyakit tidak menular/penyakit kronis (antara lain jantung dan pembuluh darah, kanker, diabetes serta penyakit paru kronis copd dan asma) atau penyakit degeneratif saat ini bukan lagi merupakan penyakit yang mendominasi negara maju. Menurut catatan WHO (2011) penyakit kronis saat ini telah menjadi penyebab kematian utama di seluruh dunia, yang paling awal terkena adalah negara miskin dengan penduduk umur 60 tahun keatas. Diabetes Melitus salah satu dari 10 penyakit yang paling banyak menyebabkan kematian di dunia. Diabetes mellitus merupakan salah satu dari kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya. Diabetes mellitus ini adalah penyakit menahun yang dapat diderita seumur hidup oleh pasien. Diagnosis Diabetes Mellitus adalah 1). Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu  $>200$  mg/dL dan ditemukan keluhan klasik sudah cukup untuk menegakkan diagnosis diabetes. 2) Pemeriksaan glukosa plasma puasa  $\geq 126$  mg/dL dengan adanya keluhan klasik. 3) Kadar gula plasma 2 jam pada TTGO  $200$  mg/dL ( $11,1$  mmol/L) TTGO yang dilakukan dengan standar WHO, menggunakan beban glukosa yang setara dengan  $75$  g glukosa anhidrus yang dilarutkan ke dalam air. Jenis jenis Diabetes Mellitus (DM) adalah DM tipe 1, DM tipe 2, DM tipe lain dan DM gestasional. Tujuan penatalaksanaan diabetes terdiri dari jangka pendek dan jangka panjang. Penatalaksanaan jangka pendek yaitu dengan menghilangkan keluhan dan tanda diabetes, mempertahankan rasa nyaman dan mencapai target pengendalian glukosa darah. Sedangkan penatalaksanaan jangka panjang untuk mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati, makroangiopati dan neuropati. Untuk mencapai hal itu perlu dilakukan pengendalian glukosa darah, tekanan darah, penurunan berat badan dan profil lipid melalui pengelolaan pasien secara holistik dengan mengajarkan perawatan mandiri dan perubahan gaya hidup sehingga perkembangan diabetes dapat dicegah atau ditunda. Berbagai obat diabetes dapat ditemui di pasaran, namun harganya relatif mahal untuk sebagian masyarakat. Terapi nutrisi medis (TNM) merupakan salah satu pilar penatalaksanaan diabetes secara total, setiap penyandang diabetes sebaiknya mendapat TNM sesuai kebutuhannya guna mencapai sasaran terapi.

Hipertensi menurut *Joint National Committee 7* yaitu keadaan dimana tekanan darah naik dari angka yang seharusnya, dimana hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik yang  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg. Tekanan darah sistolik menggambarkan tekanan darah arteri yang dihasilkan selama kontraksi ventrikel, dan tekanan diastolic menggambarkan tekanan darah arteri yang dihasilkan sewaktu ventrikel relaksasi. Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan Penyebab adalah Hipertensi primer (hipertensi esensial) adalah keadaan peningkatan persisten tekanan arteri yang dihasilkan oleh ketidak teraturan mekanisme kontrol *homeostatic* normal tanpa penyebab yang jelas dan multi faktorial. Hipertensi sekunder atau nonesensial yaitu hipertensi yang dapat diketahui jelas penyebabnya. Hipertensi sekunder timbul akibat dari suatu penyakit, kondisi atau kebiasaan seseorang. Misalnya kelainan yang menyebabkan hipertensi sekunder adalah sebagai hasil dari salah satu atau kombinasi dari penyakit ginjal, penyakit endokrin, penyakit jantung, dan gangguan anak ginjal (Nuraini, 2015). Gejala hipertensi adalah asimtomatik, gejala-gejala tersebut mulai bisa dirasakan oleh para penderita hipertensi yang sudah lama atau dengan tekanan darah lebih besar dari  $140/90$  mmHg. Gejala berupa nyeri kepala, kadang disertai mual dan muntah, mata berkunang – kunang, epistaksis, telinga berdengung, rasa

berat di tengkuk, sukar tidur, dan jika telah mengenai organ target dapat menyebabkan penglihatan kabur, ayunan langkah tidak mantap karena kerusakan susunan saraf, nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus dan sebagainya. Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi atau hemiplegia atau gangguan tajam penglihatan. (Sagala, 2011). Faktor Risiko Hipertensi adalah usia, ras, jenis kelamin, Riwayat Hipertensi Genetik, Resistensi insulin dan Pola Makan serta Kebiasaan Konsumsi Natrium

Dalam SKN tahun 2004 disebutkan “Penyelenggaraan pelayanan kesehatan individu menerapkan konsep dokter keluarga kecuali di daerah sangat terpencil yang masih dipadukan dengan pelayanan puskesmas”. Yang dimaksud dengan dokter keluarga adalah dokter yang memberikan pelayanan kesehatan dengan ciri-ciri utama antara lain: Pelayanan kesehatan lini pertama, pelayanan kesehatan/medis yang bersifat umum, bersifat holistik dan komprehensif dan pemeliharaan kesehatan yang berkesinambungan dengan pendekatan keluarga. Untuk hal tersebut di atas Program Kemitraan Masyarakat kali ini bertujuan untuk menyelesaikan masalah kesehatan dalam keluarga dengan pendekatan Kedokteran Keluarga di Kelurahan Meruyung, Kecamatan Limo Kota Depok, Jawa Barat. Pengambilan judul program kemitraan masyarakat ini juga dengan melihat tingginya kejadian penyakit kronis/tidak menular seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, serta sejalan dengan rencana strategis penelitian yang telah disusun di Fakultas kedokteran UPN VJ yaitu pada isu strategis poin 4 tentang penyakit degeneratif dan geriatri, dimana kita memberikan solusi alternatif pada pasien/masyarakat yang mengalami penyakit degeneratif dengan pemecahan masalah secara keluarga bersifat holistik dan komprehensif baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif apabila perlu.

### 3. METODOLOGI

Step pelaksanaan Program Kemitraan Masyarakat adalah mengidentifikasi fungsi-fungsi keluarga pasien meliputi fungsi biologis, sosial, psikososial, ekonomi, perilaku kesehatan serta faktor lingkungan sekitar tempat tinggal. Menegakkan diagnosis penyakit yang terjadi pada pasien dan keluarganya (apabila ada) berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang serta penatalaksanaan baik farmakologis atau non farmakologis. Melibatkan partisipasi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga sehingga diketahuinya alternatif pemecahan masalah. Partisipasi itu misalnya adalah keikutsertaan keluarga dalam pengaturan gizi keluarga, dimana sebelumnya terlebih dahulu diadakan konseling tentang pengetahuan gizi, konsultasi gizi, menggunakan *leaflet/pocket book* dan penghitungan kalori dalam makanan yang dilakukan oleh dokter spesialis gizi klinik kemudian dilaksanakan oleh keluarga.

Program Kemitraan masyarakat ini dilaksanakan pada dua keluarga yang mewakili dua RT yang berbeda yaitu RT 003 dan RT 005 RW 005 di desa Meruyung Kecamatan Limo Kota Depok propinsi Jawa Barat. Waktu yang direncanakan dimulai pada bulan Juni 2018-Februari 2019. Pasien dan keluarga I di RT 003 dan keluarga II di RT 005 berasal dari desa tersebut yang terdiri dari keluarga inti yang merupakan warga di wilayah desa Meruyung Kecamatan Limo Kota Depok propinsi Jawa Barat.

### 4. ILUSTRASI KASUS

- 1) Pasien I dari keluarga I bernama Ny. Stn usia 50 tahun keluhan utama pada waktu bertemu adalah sering tiba-tiba pusing, sakit kepala, mual muntah terutama bila ada masalah yang difikirkan. Sering terlambat makan, sehingga sakit ulu hati. Ny Stn bekerja sebagai perawat gigi di klinik dokter gigi dengan pasien banyak sehingga tidak ada waktu untuk makan. Dulu berobat ke puskesmas Cinere, kemudian berpindah ke RS Prikasih untuk memeriksakan sakit kepalanya. Pada waktu bertemu beliau menceritakan bahwa sudah didiagnosis dokter di prikasih dengan hipertensi dan diberi obat Amlodipine sampai bertemu obat masih diminum dan hipertensi masih terkontrol. Saat bertemu keadaan umum baik, tekanan darah 160/100 mmHg, nadi 100 kali permenit. Pada pemeriksaan komposisi tubuh: BB 55kg tinggi badan 150 cm, Index Masa Tubuh 24,4kg/m<sup>2</sup> (N 18,5-22,9 kg/m<sup>2</sup>). Persentase lemak tubuh 33,3 % (N perempuan ≤30%). Lemak visceral 7 (N 0,5-9,5).

- 2) Pasien II dari keluarga II bernama Bpk Sht usia 54 tahun dan isterinya Ny EN 46 tahun. Bpk Sht mengeluh sering buang air kecil terus menerus di malam hari lebih dari 3 kali. Pasien menyadari dirinya seperti menderita penyakit diabetes, namun tidak memeriksakan diri dan mencoba mengurangi makan nasi tetapi tidak mengganti dengan makanan lain, sehingga berat badannya makin menurun. Saat bertemu keadaan umum baik, tekanan darah 160/100 mmHg, nadi 100 kali permenit Saat bertemu keadaan umum baik, tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 70 kali permenit Pada pemeriksaan komposisi tubuh; BB 56,3 kg tinggi badan 165 cm, Index Masa Tubuh 20,7 kg/m<sup>2</sup> (N 18,5-22,9 kg/m<sup>2</sup>). Persentase lemak tubuh 16,2 % (N laki laki ≤ 20%). Lemak visceral 6 (N 0,5-9,5).
- 3) Pasien III Isterinya Ny EN mengeluhkan jari kaki kanan kiri sering kebas, sering gemetar dirasakan setelah melahirkan anak pertama. Pada pemeriksaan komposisi tubuh BB 68,2 kg tinggi badan 150 cm, Index Masa Tubuh 30,4 kg/m<sup>2</sup> (N 18,5-22,9 kg/m<sup>2</sup>). Persentase lemak tubuh 38,2 % (N perempuan ≤ 30%). Lemak visceral 14 (N 0,5-9,5).

## 5. DISKUSI

**A.** Untuk mendapatkan diagnosis ke tiga pasien terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan darah lengkap, dengan hasil:

- 1) Pasien I Ny Stn: Semua normal kecuali kadar HDL kolesterol 71 (N 40-60 mg/dl) menunjukkan indikator HDL kolesterol tidak normal.
- 2) Pasien II Bpk Sht, beberapa indikator tidak normal adalah: Pada pemeriksaan Gula darah N 263 (N 70-110 mg/dl), Gula darah PP 287 (N 70-140 mg/dl), Kolesterol total 232 (<200 mg/dl), HDL Kolesterol 73 (N 40-60 mg/dl). Untuk pasien bpk Sht diberi daftar pengaturan makanan atau Preskripsi diet sesuai hasil pemeriksaan komposisi tubuh untuk mengatur bahan makanan, berat bahan makanan supaya kadar gula darah terkontrol.
- 3) Pada pasien III pemeriksaan darah lengkap menunjukkan Indikator dalam batas normal semua.

**B.** Setelah melihat hasil pemeriksaan darah dilakukan penentuan diagnosis kerja:

- 1) Pasien I Ny Stn pemeriksaan lab darah normal, sedang tensi tinggi tapi sudah terkontrol dengan penggunaan obat dari pemeriksaan dokter sebelum kunjungan. Instruksi diet makan gorengan untuk menormalkan jumlah HDL kolesterol. Untuk pasien Ny Stn diberi daftar pengaturan makanan atau Preskripsi diet sesuai hasil pemeriksaan komposisi tubuh untuk mengatur bahan makanan, berat bahan makanan supaya kadar gula darah terkontrol.
- 2) Pasien II Bpk Sht diagnosis Diabetes mellitus tipe II dengan dyslipidemia, kemudian diberikan obat obatan oral, diet Karbohidrat dan olahraga rutin 30menit perhari. Pada pasien ini selain harus memenuhi Preskripsi diet sesuai hasil pemeriksaan komposisi tubuh yang diperiksa sebelumnya, juga mengganti Karbohidrat dengan susu diabet yang dianjurkan oleh dokter ahli gizi klinik.
- 3) Pada pasien III pemeriksaan darah lengkap menunjukkan Indikator dalam batas normal semua, dianjurkan tetap menjaga pola makan dan olahraga. Pada pasien ini juga harus memenuhi Preskripsi diet sesuai hasil pemeriksaan komposisi tubuh yang diperiksa sebelumnya.

**C.** Setelah melaksanakan preskripsi diet selama 2 minggu dengan pemberian obat oral, olahraga kemudian dilakukan pemeriksaan darah lengkap kembali dengan hasil, gula darah N turun menjadi 121, Gula darah PP turun menjadi 254, HDL Kolesterol turun menjadi 69. Bpk Sht masih harus melanjutkan preskripsi diet karena gula darah N, gula darah PP dan HDL Kolesterol masih lebih tinggi dari normal.

### **D. Penilaian terhadap keluarga**

Penatalaksanaan penyakit pasien sangat diperlukan peran aktif seluruh anggota keluarga misalnya memperhatikan pola makan, kegiatan olahraga dan mengingatkan minum obat. Tetapi belum semua keluarga menerapkan hal ini di keluarganya.

Pada pasien I pada keluarga I adalah keluarga inti terdiri atas ayah, ibu dan dua anak dewasa dan menjelang remaja. Ayah bekerja sebagai pemborong bangunan yang sering pergi keluar kota berbulan bulan dan kembali sementara beberapa hari untuk kemudian pergi lagi bekerja. Pemasukan finansial dari suami sebagai penopang hidup keluarga juga tidak menentu, lebih banyak pemasukan finansial isteri yang lebih bisa diharapkan untuk kehidupan sehari harinya. Hal ini menyebabkan ny Stn selalu merasa pusing kepala dan tensi meningkat

dari normal. Anak-anak menjadi lebih dekat ke ibu daripada ke ayah. Keadaan rumah keluarga I termasuk keadaan rumah yang lebih dari standard, walau masuk di gang rumah tersebut termasuk bagus. Anak laki-laki sudah selesai kuliah tetapi belum bekerja.

Pada pasien II dan III sebagai suami isteri pada keluarga II adalah keluarga inti terdiri atas ayah, ibu dan dua anak, pelajar SMP dan balita laki-laki. Ayah bekerja sebagai pegawai suatu institusi pendidikan yang harus masuk kerja setiap hari. Pemasukan finansial dari suami cukup memenuhi kebutuhan keluarga, apalagi ditambah pemasukan dari isteri yang membuka warung kelontong. Walau begitu kesehatan bapak belum bisa dikontrol dengan baik. Keluarga dengan pemasukan finansial yang stabil cenderung mengabaikan pola makan yang sehat karena yang ingin dimakan sudah bisa terpenuhi. Keadaan rumah keluarga II termasuk keadaan rumah yang standard, walau masuk di gang rumah tersebut termasuk bagus.

## 6. KESIMPULAN

### Diagnosis Holistik pasien I

- 1) Aspek Personal : Keluhan pasien I tentang penyakitnya secara farmakologik sudah teratasi dengan minum obat yang diberikan oleh dokter sehingga tekanan darah terkontrol.
- 2) Aspek klinis : Hipertensi terkontrol
- 3) Aspek individual : Pasien tahu penyebab sakitnya tetapi tetap tidak bisa memotivasi dirinya untuk sembuh karena masih jarang makan. Diharapkan dengan keinginan sembuh dan mengatasi masalah keluarganya bisa memperbaiki tekanan darahnya
- 4) Aspek psikososial : Anggota keluarga masih melaksanakan keinginannya masing-masing, suami yang lebih banyak bekerja diluar kota, anak yang belum bekerja menyebabkan si ibu masih mempunyai masalah yang perlu dipikirkan.
- 5) Aspek Fungsional : Derajat 1 artinya masih dapat bekerja dengan baik dan dapat merawat diri tanpa bantuan orang lain

### Diagnosis keluarga I

Keluarga ini adalah keluarga inti dengan 2 orang anak. Secara ekonomi dikatakan baik dengan beban keluarga ditanggung oleh ayah dan ibu yang bekerja. Pasien memiliki riwayat hipertensi yang sudah terkontrol sehingga masih bisa masuk kerja. Beban psikologis pasien adalah suami yang lebih banyak bekerja diluar kota dan anak sulung yang belum bekerja, suka keluar malam dan tidak dekat dengan ibunya.

### Diagnosis Holistik pasien II

- 6) Aspek Personal : Keluhan pasien II tentang penyakitnya yang sering kencing malam hari, berat badan turun drastis adalah kesadarannya sendiri untuk bisa sembuh dari penyakit diabetes mellitus. Secara farmakologik sudah teratasi dengan minum obat yang kami berikan, secara non farmakologik dengan memenuhi preskripsi diet yang dianjurkan dan berolah raga.
- 7) Aspek klinis : Diabetes mellitus tipe II
- 8) Aspek individual : Pasien tahu penyebab sakitnya tetapi karena kurang pengetahuan tentang pola makan sehingga masih makan dengan jumlah karbohidrat tinggi dan suka makan gorengan. Masih diharapkan melanjutkan preskripsi diet sampai indikator diabetes mellitus masuk dalam batas normal. Diharapkan dengan keinginan sembuh dapat memperbaiki indikator penyakitnya
- 9) Aspek psikososial : Isterinya yang mempunyai hasil lab darahnya normal sangat memperhatikan pola makan suaminya, walaupun belum mempunyai pengetahuan pola makan yang baik, anak sulung yang bersekolah diluar kota dalam pesantren tetap menjadi pemikiran keluarga ini.
- 10) Aspek Fungsional : Derajat 1 artinya pasien bpk Sht masih dapat bekerja dengan baik dan dapat merawat diri tanpa bantuan orang lain

## **Diagnosis keluarga II**

Keluarga ini adalah keluarga inti dengan 2 orang anak. Secara ekonomi dikatakan baik dengan beban keluarga ditanggung oleh ayah dan ibu yang bekerja dengan membuka warung kelontong. Pasien memiliki riwayat diabetes mellitus yang tidak terkontrol sehingga harus melaksanakan preskripsi diet dengan ketat. Beban psikologis pasien adalah suami yang harus bisa mengontrol pola makannya dengan baik, sehingga dapat melaksanakan pekerjaannya dengan baik pula. Anak-anak yang masih kecil dan isteri yang membantu dalam mengontrol makannya mempunyai kemampuan baik untuk kesembuhannya.

## 7. DAFTAR PUSTAKA

- Hasil *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013*. Departemen kesehatan. 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan. Jakarta
- Herqutanto et al, 2011, Pengetahuan dan keterampilan komunikasi dokter pasien dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, *J Indon Med Assoc*, Vol :61, No.5, Mei 2011, hlm 195-199
- Infodatin – Diabetes, 2014. **Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI**, hal 1-7.
- Lubis, F, Prof, DR, MPH. Dokter Keluarga sebagai tulang punggung dalam sistem pelayanan kesehatan yang efektif dan berkualitas. Disertasi pada pengukuhan sebagai Guru Besar tetap Ilmu Kedokteran Komunitas dan Kedokteran Keluarga
- Profil Dinas Kesehatan Kota Depok 2016, diterbitkan oleh Dinas Kesehatan Kota Depok 2017 hal 1-168
- Program and Policy Implications, *Noncommunicable Diseases among Older Adults in Low- and Middle-Income Countries*, Today's Research on Aging, **Population Reference Bureau**, No. 26, August 2012, p 1-7
- Rifki, N. Nitra, Diagnosis Holistik. Pendekatan Biopsikososial dalam praktek kedokteran.. Divisi Kedokteran keluarga, Departemen IKK, FK UI, Edisi ketiga, 2012
- Wellman, NS & Kamp, BJ. 2012. *Nutrition in Aging* dalam *Krause Food & Nutrition Care Process*. Edisi 13. Elsevier Amerika
- WHO. (2010) Global Recommendation on Physical Activity for Health. [whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1)
- Suyono, S, 2005. Masalah Diabetes di Indonesia. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam jilid 1 edisi 3 Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Singh A, et al. Preventing Foot ulcers in patients with diabetics. *JAMA* 293:217-228, 2005, diakses dari <http://www.diabetes.org/>
- Wahyuni Arlinda. 2003. Pelayanan Dokter Keluarga. Sumatra Utara: Fakultas Kedokteran, dapat diakses dari <http://repository.usu.ac.id/>