



## Pendekatan Kedokteran Keluarga Melalui Kunjungan Rumah pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi di Kota Surabaya: Sebuah Laporan Kasus

**Johanes Aprilius Falerio Kristijanto<sup>1</sup>, Wike Herawaty<sup>2</sup>, Ayu Cahyani Noviana<sup>3</sup>,  
Farida Anggraini Soetedjo<sup>4</sup>, Nur Khamidah<sup>5</sup>**

Universitas Wijaya Kusuma Surabaya, Indonesia

Email: wikehera@gmail.com, nurkhamidah@uwks.ac.id

### ABSTRAK

**Kata Kunci:** Pendekatan kedokteran keluarga berperan penting dalam pengelolaan penyakit kronis, terutama pada lansia dengan komorbiditas dan keterbatasan sosial-ekonomi. Laporan kasus ini bertujuan menggambarkan penerapan kunjungan rumah pada seorang pasien lansia dengan diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi di Kota Surabaya, dengan penekanan pada fungsi keluarga, sumber daya lingkungan, dan determinan kesehatan menurut kerangka HL Blum. Studi ini merupakan laporan kasus deskriptif kualitatif. Data diperoleh melalui satu rangkaian kunjungan rumah meliputi anamnesis komprehensif, pemeriksaan fisik dan penunjang sederhana, observasi lingkungan rumah, penyusunan genogram, penilaian fungsi keluarga dengan Family APGAR, dan asesmen sumber daya keluarga menggunakan SCREEM. Pasien berusia 67 tahun dengan riwayat diabetes melitus tipe 2 selama  $\pm 10$  tahun dan hipertensi  $\pm 8$  tahun, datang dengan keluhan pandangan kabur, obesitas sentral, dislipidemia, dan hiperuricemia; tekanan darah 160/100 mmHg dan gula darah sewaktu 221 mg/dL menunjukkan penyakit yang belum terkontrol. Family APGAR menunjukkan fungsi keluarga kategori sedang, dengan dukungan utama berpusat pada istri dan keterlibatan anak yang terbatas. Asesmen SCREEM mengidentifikasi hambatan pada aspek sosial, budaya, ekonomi, edukasi, dan medis, sementara aspek religius bersifat protektif. Pemetaan dengan kerangka HL Blum menegaskan bahwa interaksi faktor keturunan, perilaku berisiko, lingkungan yang kurang mendukung, dan keterbatasan pelayanan kesehatan berkontribusi terhadap buruknya pengendalian penyakit, sekaligus menegaskan nilai strategis kunjungan rumah dalam merancang tatalaksana bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif dan berorientasi keluarga.

### ABSTRACT

**Keywords:** *home visit, type 2 diabetes mellitus, hypertension*

*The family medicine approach is crucial in managing chronic diseases, especially in older persons with multimorbidity and socio-economic limitations. This case report seeks to delineate the execution of a home visit for an elderly patient with type 2 diabetes mellitus and hypertension in Surabaya, focusing on familial dynamics, environmental resources, and health determinants as per the HL Blum framework. This research constitutes a qualitative descriptive case report. Data were collected via a singular series of home visits, encompassing thorough anamnesis, physical examination, fundamental point-of-care tests, observation of the home environment, creation of a genogram, assessment of family functionality utilizing the Family APGAR, and evaluation of family resources employing SCREEM. The patient was a 67-year-old male with a decade-long history of type 2 diabetes mellitus and an eight-year history of hypertension, presenting with blurred vision, central obesity, dyslipidemia, and hyperuricemia; a blood pressure reading of 160/100 mmHg and a random blood glucose level of 221 mg/dL indicated poorly controlled disease. The Family APGAR indicated moderately effective family support, mostly focused on the husband, with minimal participation from the children. The SCREEM assessment revealed obstacles in social, cultural, economic, educational, and medical domains, whereas the religious domain served as a protective factor. The application of the HL Blum framework revealed that the interplay of genetic predispositions, hazardous behaviors, an unsupportive environment, and inadequate health services led to suboptimal disease management, emphasizing the strategic importance of home visits in formulating holistic, family-centered biopsychosocial-spiritual interventions.*



## PENDAHULUAN

Diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi merupakan masalah kesehatan masyarakat utama yang terus meningkat baik secara global maupun di Indonesia (Siddiqui et al., 2025; Uthman et al., 2022). Secara internasional, beban kedua penyakit tidak menular ini sangat besar; pada tahun 2022 diperkirakan sekitar 828 juta orang dewasa di dunia hidup dengan diabetes melitus tipe 2, sementara laporan terbaru menunjukkan sekitar 1,4 miliar orang dewasa mengalami hipertensi, atau kurang lebih sepertiga populasi dewasa dunia (Mills et al., 2020; Zhou et al., 2024). Kombinasi diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi memperkuat risiko komplikasi kardiovaskular dan kerusakan organ target, sehingga berkontribusi signifikan terhadap morbiditas, mortalitas, dan penurunan kualitas hidup (Alloubani et al., 2021; Jia & Sowers, 2021).

Situasi di Indonesia mencerminkan tantangan serupa. Data International Diabetes Federation (IDF) tahun 2024 menunjukkan bahwa sekitar 11,3% penduduk dewasa Indonesia mengidap diabetes, yang setara dengan kurang lebih 20,4 juta kasus (Soeatumadjie et al., 2023). Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 melaporkan prevalensi hipertensi sebesar 30,8% pada kelompok usia  $\geq 18$  tahun (Muhammad et al., 2024). Angka-angka ini menegaskan adanya beban ganda penyakit kronis yang tinggi pada tingkat populasi. Di sisi lain, berbagai faktor seperti obesitas, usia lanjut, pola hidup sedentari, dan kepatuhan pengobatan yang rendah berkontribusi terhadap buruknya kontrol glikemik dan tekanan darah, terutama pada kelompok usia lanjut yang kerap memiliki keterbatasan fisik, sosial, maupun ekonomi (Li et al., 2021; Yusuf et al., 2020).

Dalam konteks pelayanan kesehatan tingkat pertama, pendekatan kedokteran keluarga memberikan kerangka yang komprehensif untuk menangani penyakit kronis seperti diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi (Wu et al., 2024). Kunjungan rumah (home visit) menjadi salah satu strategi penting karena memungkinkan dokter mengevaluasi kondisi nyata lingkungan tempat tinggal, pola hidup sehari-hari, serta hambatan perawatan yang tidak selalu tampak di fasilitas kesehatan. Melalui kunjungan rumah, tenaga kesehatan dapat mengidentifikasi masalah medis tambahan, ketidakteraturan penggunaan obat, pola makan yang tidak sesuai, risiko jatuh, hingga aspek keamanan dan kenyamanan rumah. Hal ini mendukung perencanaan intervensi yang lebih realistik, terpersonalisasi, dan berorientasi pada pasien serta keluarganya (Chica-Pérez et al., 2023; Cline et al., 2020; Ramli et al., 2024).

Keluarga memegang peran sentral dalam pengelolaan penyakit kronis. Keluarga yang fungsional dapat memberikan dukungan emosional, praktis, dan finansial, membantu kepatuhan minum obat, menerapkan pola makan sehat, serta memfasilitasi aktivitas fisik. Oleh karena itu, berbagai instrumen telah dikembangkan untuk menilai fungsi dan sumber daya keluarga, di antaranya Family APGAR (Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve) dan SCREEM (Social, Cultural, Religious, Economic, Educational, Medical) (Karimi et al., 2022; Ramaswami et al., 2022). Family APGAR Score menilai derajat fungsi hubungan keluarga dalam lima domain utama, sedangkan SCREEM membantu mengidentifikasi kekuatan dan keterbatasan keluarga dari aspek sosial, budaya, agama, ekonomi, pendidikan, dan akses layanan kesehatan. Hasil penilaian ini penting untuk menentukan sejauh mana

keluarga dapat dilibatkan dalam pengelolaan diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi secara berkelanjutan (Karimi et al., 2022; Ramaswami et al., 2022; Smilkstein et al., 1982; Zhang et al., 2021).

Selain itu, analisis kasus dalam kedokteran keluarga sering menggunakan kerangka determinan kesehatan HL Blum, yang menempatkan status kesehatan sebagai hasil interaksi antara faktor lingkungan, gaya hidup, pelayanan kesehatan, dan keturunan (Blum, 1981). Pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi, keempat komponen ini saling berpengaruh: predisposisi genetik dan usia lanjut berinteraksi dengan perilaku sehari-hari (pola makan, aktivitas fisik, kebiasaan merokok), kondisi lingkungan fisik dan sosial rumah, serta ketersediaan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan tingkat pertama (Chelak & Chakole, 2023; Dyar et al., 2022; Yu et al., 2025). Pendekatan yang mengintegrasikan kunjungan rumah, asesmen fungsi keluarga (Family APGAR), asesmen sumber daya keluarga (SCREEM), dan kerangka HL Blum diharapkan mampu memberikan gambaran menyeluruh mengenai determinan kesehatan pasien dan menjadi dasar penatalaksanaan yang lebih efektif (Al-Kindi et al., 2020; Cline et al., 2020; Hahn, 2021).

Berdasarkan latar belakang tersebut, laporan kasus ini menyajikan penerapan pendekatan kedokteran keluarga melalui kunjungan rumah pada seorang pasien lansia dengan diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi. Laporan kasus ini menitikberatkan pada penilaian komprehensif kondisi klinis, fungsi dan sumber daya keluarga, serta faktor lingkungan dalam kerangka HL Blum, dan bagaimana temuan tersebut dimanfaatkan untuk merancang rencana tatalaksana yang holistik di tingkat pelayanan kesehatan primer.

## **METODE PENELITIAN**

### **Desain studi**

Studi ini merupakan laporan kasus deskriptif kualitatif dengan pendekatan kedokteran keluarga pada seorang pasien lansia dengan diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi yang menjalani kunjungan rumah (home visit). Fokus utama adalah pengelolaan penyakit kronis secara komprehensif dengan mempertimbangkan faktor individu, keluarga, dan lingkungan.

### **Subjek dan karakteristik kasus**

Subjek kasus adalah seorang laki-laki berusia 67 tahun (selanjutnya disebut Tn. J) dengan riwayat diabetes melitus tipe 2 selama kurang lebih 10 tahun dan hipertensi sekitar 8 tahun. Pasien datang dengan keluhan utama pandangan kabur yang mengganggu aktivitas sehari-hari dan ibadah, serta memiliki beberapa faktor risiko lain, termasuk obesitas derajat I, obesitas sentral, hiperkolesterolemia, dan hiperurisemia yang belum terdiagnosis sebelumnya. Pemilihan kasus bersifat purposif, yaitu pasien dengan penyakit kronis ganda (diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi) yang dinilai membutuhkan pendekatan home visit dan asesmen keluarga secara menyeluruh.

### **Prosedur pengumpulan data**

Pengumpulan data dilakukan melalui satu rangkaian kunjungan rumah pada pasien dan keluarganya. Pada kunjungan tersebut dilakukan anamnesis komprehensif yang mencakup riwayat penyakit sekarang terkait keluhan pandangan kabur, riwayat perjalanan diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi, penggunaan obat, kepatuhan minum obat, pola kontrol ke fasilitas kesehatan, serta gejala yang mengarah pada komplikasi. Selain itu, digali pula riwayat penyakit dahulu, termasuk riwayat komorbid lain yang relevan, serta riwayat penyakit keluarga untuk

mengidentifikasi adanya pola diabetes melitus dan hipertensi pada anggota keluarga inti maupun keluarga besar. Riwayat sosial, ekonomi, pekerjaan, kebiasaan merokok, pola makan, aktivitas fisik, dan kepemilikan jaminan kesehatan juga ditelusuri, disertai penilaian aspek psikososial dan spiritual, seperti perasaan cemas terhadap penyakit, beban peran dalam keluarga, serta praktik keagamaan pasien dan keluarga.

Selain anamnesis, dilakukan pemeriksaan fisik secara sistematis yang mencakup tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, suhu), penilaian keadaan umum, status gizi, dan pemeriksaan sistemik (kardiovaskular, respirasi, abdomen, dan ekstremitas). Pemeriksaan ini dilengkapi dengan pengukuran berat badan, tinggi badan, indeks massa tubuh (IMT), dan lingkar perut untuk menilai status obesitas umum dan obesitas sentral. Pemeriksaan penunjang sederhana dilakukan menggunakan sampel darah kapiler di rumah pasien, meliputi gula darah sewaktu (GDS), kolesterol total (total cholesterol/TC), dan asam urat (uric acid/UA), yang digunakan untuk menilai pengendalian glikemik dan profil metabolik serta mengidentifikasi masalah kardiometabolik tambahan yang belum terdeteksi sebelumnya. Selain itu, dilakukan observasi langsung terhadap kondisi fisik rumah untuk menilai kepadatan hunian, ventilasi, pencahayaan, kebersihan, dan potensi faktor risiko lain di lingkungan tempat tinggal. Denah rumah dan dokumentasi visual dimanfaatkan untuk menggambarkan kondisi ruang tinggal, posisi kamar, area berkegiatan, dan lingkungan sekitarnya.

#### **Penilaian fungsi keluarga dan sumber daya lingkungan**

Penilaian fungsi keluarga dan sumber daya lingkungan dilakukan melalui penyusunan genogram dan pemetaan pola interaksi keluarga (Cuartas Arias, 2017). Genogram disusun untuk menggambarkan struktur keluarga inti dan keluarga besar, termasuk riwayat penyakit tidak menular seperti diabetes melitus, hipertensi, dan penyakit kardiovaskular pada anggota keluarga. Selain itu, dipetakan pula pola interaksi antaranggota keluarga, misalnya hubungan suami–istri maupun orang tua–anak, untuk mengidentifikasi bentuk dukungan yang tersedia maupun potensi konflik dalam keluarga yang dapat memengaruhi pengelolaan penyakit kronis pasien.

Fungsi keluarga kemudian dinilai menggunakan kuesioner Family APGAR yang mencakup lima dimensi, yaitu Adaptation, Partnership, Growth, Affection, dan Resolve (Zhang et al., 2021). Setiap dimensi dijabarkan dalam serangkaian pernyataan yang dijawab oleh pasien dengan pilihan jawaban yang merefleksikan frekuensi atau tingkat dukungan keluarga (misalnya “ya”, “kadang-kadang”, atau “tidak”), yang kemudian dikonversi menjadi skor numerik. Skor dihitung untuk setiap domain dan dijumlahkan untuk memperoleh gambaran fungsi keluarga secara keseluruhan. Fungsi keluarga kemudian dikategorikan menjadi baik (skor 7-10), sedang atau moderately dysfunctional (skor 4-6), atau terganggu (severely dysfunctional; skor 1-3).

**Tabel 1. Kuesioner Family APGAR Aspek Adaptation pada Keluarga Tn. J.**

No.	Pernyataan	Jawaban		
		Ya	Kadang	Tidak
1	Saya dapat mengandalkan keluarga saya untuk membantu mengatur pengobatan diabetes/hipertensi saya ketika saya kesulitan melakukannya sendiri.			
2	Ketika saya mengalami gejala atau komplikasi penyakit yang menyulitkan, keluarga saya segera memberikan bantuan atau sumber daya yang diperlukan.			

*Pendekatan Kedokteran Keluarga Melalui Kunjungan Rumah pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi Di Kota Surabaya: Sebuah Laporan Kasus*

No.	Pernyataan	Jawaban		
		Ya	Kadang	Tidak
3	Keluarga saya membantu mengatasi masalah biaya terkait perawatan kesehatan saya (misalnya membeli obat atau membayar pemeriksaan medis) bila diperlukan.			
4	Keluarga saya membantu mencari informasi atau saran medis yang saya butuhkan untuk mengelola kondisi kesehatan saya.			
5	Jika saya mengalami kesulitan mematuhi diet atau pola hidup sehat yang dianjurkan, keluarga saya membantu mencari solusi atau menyesuaikan cara agar saya tetap bisa mengikuti anjuran tersebut.			
6	Keluarga saya membantu menyelesaikan pekerjaan rumah atau tugas sehari-hari bila kondisi kesehatan saya mengganggu kemampuan saya sendiri melakukan itu.			
7	Jika kesehatan saya tiba-tiba memburuk, keluarga saya dapat diandalkan untuk segera menghubungi tenaga medis atau membawa saya ke fasilitas kesehatan.			
8	Keluarga saya membantu menata lingkungan rumah agar lebih aman dan mendukung kondisi kesehatan saya			
9	Keluarga saya membantu mengidentifikasi sumber daya eksternal yang berguna (misalnya kelompok dukungan, layanan kesehatan tambahan) bila saya memerlukan bantuan lebih untuk penyakit saya.			
10	Keluarga saya membantu menyediakan transportasi atau menemani saya berobat (seperti pemeriksaan rutin atau terapi) bila diperlukan.			

**Skor Total**

Jawaban “ya” diberi skor 2, “kadang-kadang” diberi skor 1, dan “tidak” diberi skor 0. Pemberian nilai penerimaan keluarga didasarkan pada total skor sebagai berikut:

- Nilai 2 (menerima) jika skor pernyataan  $> 15$  ( $> 75\%$ )
- Nilai 1 (kurang menerima) jika skor pernyataan 12–15 (60–75%)
- Nilai 0 (tidak menerima) jika skor pernyataan  $< 12$  ( $< 60\%$ )

Sumber: Dikembangkan berdasarkan Wu et al. (2024) dan Zhang et al. (2021)

**Tabel 2. Kuesioner Family APGAR Aspek Partnership pada Keluarga Tn. J.**

No.	Pernyataan	Jawaban		
		Ya	Kadang	Tidak
1	Saya dan keluarga bersama-sama membicarakan serta merencanakan pengobatan dan perawatan rutin untuk penyakit diabetes dan hipertensi saya.			
2	Keluarga saya ikut serta dalam pengambilan keputusan mengenai menu diet harian dan aktivitas fisik saya.			
3	Jika terjadi perubahan dalam kondisi kesehatan saya, keluarga saya mendiskusikannya dan mencari solusi bersama.			
4	Keluargasaya membantu menjalankan jadwal minum obat serta pemeriksaan rutin (tekanan darah/gula darah) saya secara bersama-sama.			
5	Kami rutin duduk bersama untuk memutuskan langkah selanjutnya dalam perawatan penyakit saya (misalnya perubahan obat atau jadwal kontrol).			
6	Saya merasa keluarga saya selalu mendengarkan keluhan saya dan kami bersama-sama mencari cara menjaga kesehatan saya sehari-hari.			
7	Keputusan penting tentang perawatan saya, seperti pergi ke dokter atau mengikuti pemeriksaan, dilakukan oleh keluarga saya secara bersama.			
8	Keluarga saya berbagi tanggung jawab dalam perawatan sehari-hari saya, misalnya menyiapkan makanan sehat sesuai anjuran dokter.			
9	Kami saling berkonsultasi dalam membuat pilihan gaya hidup sehat (misalnya olahraga rutin, mengurangi garam/gula) untuk kondisi saya.			

*Pendekatan Kedokteran Keluarga Melalui Kunjungan Rumah pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi Di Kota Surabaya: Sebuah Laporan Kasus*

- 10** Keluarga saya bekerja sama dalam menghadapi kesulitan yang timbul dari penyakit saya, misalnya ketika saya merasa lemah atau membutuhkan bantuan.

**Skor Total**

Jawaban “ya” diberi skor 2, “kadang-kadang” diberi skor 1, dan “tidak” diberi skor 0. Pemberian nilai penerimaan keluarga didasarkan pada total skor sebagai berikut:

- Nilai 2 (harmonis) jika skor pernyataan  $> 15 (> 75\%)$
- Nilai 1 (kurang harmonis) jika skor pernyataan 12–15 (60–75%)
- Nilai 0 (tidak harmonis) jika skor pernyataan  $< 12 (< 60\%)$

Sumber: Dikembangkan berdasarkan Wu et al. (2024)

**Tabel 3. Kuesioner Family APGAR Aspek Growth pada Keluarga Tn. J.**

No.	Pernyataan	Jawaban		
		Ya	Kadang	Tidak
1	Saya merasa keluarga menerima keinginan saya untuk melakukan kegiatan baru atau membuat perubahan dalam hidup saya, meskipun usia saya sudah lanjut.			
2	Keluarga mendorong saya mengembangkan keterampilan atau minat baru, misalnya belajar hobi baru atau menjaga kebugaran tubuh secara ringan.			
3	Keluarga membantu saya mencapai tujuan dan minat pribadi, misalnya dengan memberikan bimbingan atau dukungan agar saya tetap aktif secara fisik dan mental.			
4	Keluarga memberikan dukungan emosional yang kuat, membantu saya menghadapi stres dan tantangan akibat penyakit kronis.			
5	Keluarga mendengarkan dan menghargai perasaan serta kekhawatiran saya tentang kesehatan, sehingga saya merasa didukung secara psikologis.			
6	Keluarga mendorong saya untuk tetap bersikap positif dan optimistis, misalnya dengan berbagi cerita bahagia atau menemani saya berbincang saat saya sedih.			
7	Keluarga mendukung kebutuhan spiritual saya, seperti berdoa bersama atau menghadiri kegiatan keagamaan, sehingga memberi saya ketenangan batin.			
8	Keluarga menciptakan suasana harmonis dan saling mendukung di rumah, yang merupakan aspek penting bagi kesehatan spiritual dan emosional saya.			
9	Keluarga membantu mewujudkan harapan hidup saya, misalnya mendorong saya untuk mencapai tujuan atau aktivitas yang bermakna bagi saya meski dalam keterbatasan kesehatan.			
10	Keluarga melibatkan saya dalam diskusi tentang rencana dan harapan di masa depan, sehingga saya merasa dukungan mereka membantu saya mencapai tujuan hidup saya.			

**Skor Total**

Jawaban “ya” diberi skor 2, “kadang-kadang” diberi skor 1, dan “tidak” diberi skor 0. Pemberian nilai penerimaan keluarga didasarkan pada total skor sebagai berikut:

- Nilai 2 (mendukung) jika skor pernyataan  $> 15 (> 75\%)$
- Nilai 1 (kurang mendukung) jika skor pernyataan 12–15 (60–75%)
- Nilai 0 (tidak mendukung) jika skor pernyataan  $< 12 (< 60\%)$

Sumber: Dikembangkan berdasarkan Wu et al. (2024)

**Tabel 4. Kuesioner Family APGAR Aspek Affection pada Keluarga Tn. J.**

No.	Pernyataan	Jawaban		
		Ya	Kadang	Tidak
1	Saya merasa keluarga saya mencintai dan menerima saya apa adanya, meskipun saya memiliki penyakit kronis.			
2	Saya merasakan kehangatan emosional dalam hubungan saya dengan keluarga.			
3	Keluarga saya menunjukkan perhatian dan kasih sayang secara nyata.			
4	Saya merasa nyaman membicarakan perasaan saya kepada keluarga, termasuk rasa takut atau khawatir terhadap penyakit saya.			

*Pendekatan Kedokteran Keluarga Melalui Kunjungan Rumah pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi Di Kota Surabaya: Sebuah Laporan Kasus*

No.	Pernyataan	Jawaban		
		Ya	Kadang	Tidak
5	Saya merasa didengarkan dengan penuh perhatian oleh keluarga saat saya berbicara tentang kesehatan atau kondisi tubuh saya.			
6	Keluarga saya memberikan dukungan emosional ketika saya merasa lelah, frustrasi, atau sedih akibat penyakit.			
7	Saya merasa dihargai sebagai kepala keluarga dan bukan hanya sebagai pasien yang perlu dirawat.			
8	Keluarga saya menunjukkan empati terhadap penderitaan saya dan tidak mengabaikan keluhan saya.			
9	Saya tidak merasa kesepian atau terabaikan karena keluarga saya selalu hadir secara emosional.			
10	Saya merasa memiliki hubungan emosional yang kuat dan bermakna dengan keluarga saya, terutama sejak saya mengalami penyakit ini.			
<b>Skor Total</b>				
Jawaban “ya” diberi skor 2, “kadang-kadang” diberi skor 1, dan “tidak” diberi skor 0. Pemberian nilai penerimaan keluarga didasarkan pada total skor sebagai berikut:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nilai 2 (kasih sayang) jika skor pernyataan <math>&gt; 15 (&gt; 75\%)</math></li> <li>Nilai 1 (kurang kasih sayang) jika skor pernyataan <math>12-15 (60-75\%)</math></li> <li>Nilai 0 (tidak kasih sayang) jika skor pernyataan <math>&lt; 12 (&lt; 60\%)</math></li> </ul>				

Sumber: Dikembangkan berdasarkan Wu et al. (2024)

**Tabel 5. Kuesioner Family APGAR Aspek Resolve pada Keluarga Tn. J.**

No.	Pernyataan	Jawaban		
		Ya	Kadang	Tidak
1	Saya dan keluarga saya bersama-sama memutuskan langkah yang harus diambil jika kondisi kesehatan saya memburuk.			
2	Keluarga saya membantu mencari solusi terbaik jika terjadi masalah dalam perawatan atau pengobatan saya.			
3	Saya merasa keluarga siap berdiskusi secara terbuka untuk menyelesaikan persoalan yang berkaitan dengan penyakit saya.			
4	Ketika menghadapi tantangan atau kendala kesehatan, saya dan keluarga berbagi tanggung jawab dalam mencari jalan keluar.			
5	Saya tidak merasa harus memikul sendiri keputusan penting terkait kondisi medis saya.			
6	Keluarga saya bersedia mengalah atau mencari kompromi bila ada perbedaan pandangan dalam perawatan saya.			
7	Kami bisa saling mendukung tanpa menyalahkan ketika terjadi ketidaksepakatan mengenai kebiasaan hidup sehat saya.			
8	Saya merasa keluarga membantu saya membuat keputusan yang tepat dalam menghadapi tantangan keuangan atau logistik akibat penyakit.			
9	Saya dapat mengandalkan keluarga untuk tetap tenang dan rasional saat harus memutuskan sesuatu yang penting untuk kesehatan saya.			
10	Kami sebagai keluarga menyelesaikan masalah secara bersama, bukan dengan saling menyalahkan atau menghindar.			
<b>Skor Total</b>				

Jawaban “ya” diberi skor 2, “kadang-kadang” diberi skor 1, dan “tidak” diberi skor 0. Pemberian nilai penerimaan keluarga didasarkan pada total skor sebagai berikut:

- Nilai 2 (terlibat) jika skor pernyataan  $> 15 (> 75\%)$
- Nilai 1 (kurang terlibat) jika skor pernyataan  $12-15 (60-75\%)$
- Nilai 0 (tidak terlibat) jika skor pernyataan  $< 12 (< 60\%)$

Sumber: Dikembangkan berdasarkan Wu et al. (2024)

Selain itu, sumber daya dan potensi patologi lingkungan keluarga dianalisis menggunakan pendekatan SCREEM (Social, Cultural, Religious, Economic, Educational, Medical) (Apostol-Nicodemus et al., 2022). Aspek sosial menilai dukungan sosial dari anggota keluarga dan lingkungan sekitar, serta ketersediaan orang yang dapat membantu pasien. Aspek

budaya dan agama mengevaluasi nilai-nilai budaya serta praktik keagamaan yang dapat memperkuat atau justru menghambat upaya pengelolaan penyakit. Aspek ekonomi dan pendidikan menilai kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pengobatan, termasuk obat dan kontrol rutin, serta tingkat pemahaman terhadap penyakit kronis. Aspek medis menilai akses dan pemanfaatan fasilitas kesehatan, termasuk status kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan keteraturan kontrol ke fasilitas kesehatan tingkat pertama. Hasil asesmen SCREEM kemudian diringkas dalam bentuk tabel yang membedakan faktor protektif dan faktor penghambat dalam pengelolaan diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi pada pasien.

**Tabel 6. Kuesioner Asesmen SCREEM.**

<b>Faktor</b>	<b>Patologi Lingkungan Keluarga</b>	<b>Hasil</b>
<i>Social</i>	Tn. J tinggal bersama istri dan tiga orang anak di lingkungan permukiman padat. Namun, anak-anak sebagian besar bekerja di luar rumah dan jarang berada di rumah, sehingga keterlibatan mereka dalam pendampingan berobat dan pengambilan keputusan kesehatan terbatas. Beban perawatan sehari-hari lebih banyak dipikul oleh istri, sedangkan dukungan sosial keluarga inti terhadap pengelolaan penyakit kronis belum optimal.	
<i>Cultural</i>	Tn. J memiliki kebiasaan merokok sejak lama yang semakin menguat saat bekerja sebagai satpam karena terbiasa merokok bersama rekan kerja. Selain itu, pola makan tinggi karbohidrat, makanan manis, dan asin masih banyak dikonsumsi keluarga. Kebiasaan ini menjadi hambatan budaya dalam pengendalian diabetes melitus dan hipertensi, meskipun pasien dan istri mulai terbuka terhadap edukasi medis.	
<i>Religious</i>	Tn. J tetap menjalankan ibadah secara rutin dan menjadikan agama sebagai sumber ketenangan, meskipun keluhan pandangan kabur membuatnya kesulitan beribadah. Istri berusaha memberikan dukungan spiritual, misalnya dengan mengajak berdoa dan beribadah bersama. Secara umum, lingkungan religius keluarga cenderung bersifat protektif bagi kondisi psikologis pasien.	
<i>Economic</i>	Dari sisi ekonomi, Tn. J bekerja sebagai satpam dengan penghasilan terbatas dan tidak memiliki jaminan kesehatan (tidak terdaftar sebagai peserta BPJS kesehatan), sehingga seluruh biaya pengobatan dan pemeriksaan harus ditanggung sendiri. Kondisi ini membuat keluarga cenderung menunda kontrol dan pemeriksaan penunjang, yang berdampak pada pengelolaan penyakit kronis yang kurang optimal.	
<i>Education</i>	Tn. J dan istrinya memiliki pemahaman dasar mengenai penyakit kronis yang diderita, namun literasi kesehatan masih terbatas. Hal ini tampak dari kepatuhan minum obat yang kurang, kecenderungan menghentikan obat saat merasa “baik-baik saja”, dan sesekali penggunaan ramuan tradisional tanpa pemantauan tenaga kesehatan. Edukasi perlu diulang dan diperkuat secara terstruktur.	
<i>Medical</i>	Tn. J memiliki akses ke pelayanan kesehatan primer (puskesmas), tetapi kontrol dilakukan tidak teratur dan tidak ada pemantauan rutin terhadap tekanan darah maupun gula darah sesuai anjuran. Ketiadaan BPJS, kepatuhan berobat yang rendah, dan belum maksimalnya pemanfaatan layanan kesehatan menyebabkan pengelolaan diabetes melitus dan hipertensi menjadi kurang optimal.	

Sumber: Dikembangkan berdasarkan Apostol-Nicodemus et al. (2022)

### **Analisis data**

Data yang diperoleh dari anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, observasi lingkungan, Family APGAR, dan SCREEM dianalisis secara deskriptif-naratif. Seluruh temuan kemudian dipetakan ke dalam kerangka determinans kesehatan HL Blum, yang memisahkan faktor keturunan, perilaku, lingkungan, dan pelayanan kesehatan. Pendekatan ini digunakan untuk: mengidentifikasi masalah utama yang dihadapi pasien dan keluarga,

merumuskan prioritas masalah, dan menyusun rencana tatalaksana bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif pada tingkat pelayanan kesehatan primer.

#### **Pertimbangan etik**

Pasien dan keluarga telah mendapatkan penjelasan mengenai tujuan kunjungan rumah dan penggunaan data klinis serta informasi keluarga untuk kepentingan pendidikan dan publikasi ilmiah. Persetujuan tertulis (informed consent) diperoleh dari pasien sebelum pengumpulan data dan penyusunan laporan kasus. Identitas pasien dijaga dengan menyamarkan nama dan rincian pribadi lain yang memungkinkan identifikasi langsung, sesuai dengan prinsip kerahasiaan dalam kedokteran.

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pasien adalah laki-laki berinisial Tn. J, 67 tahun, menikah, berpendidikan Sekolah Menengah Pertama, bekerja sebagai petugas keamanan, tinggal di kawasan permukiman padat bersama istri dan tiga anak dewasa. Ia memiliki riwayat diabetes melitus tipe 2 selama  $\pm 10$  tahun dan hipertensi selama  $\pm 8$  tahun yang sebelumnya didiagnosis di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Keluhan utama saat kunjungan rumah adalah pandangan kabur bilateral yang dirasakan sejak sekitar 3–4 bulan terakhir, bersifat perlahan dan progresif, hingga mengganggu aktivitas sehari-hari, pekerjaan, dan ibadah. Riwayat perjalanan penyakit menunjukkan kepatuhan berobat yang rendah: pasien sering lupa minum obat, menghentikan obat saat merasa membaik, dan tidak selalu datang kontrol sesuai jadwal. Riwayat penyakit dahulu mengarah pada kontrol glikemik yang kurang baik, ditandai luka di tungkai yang sembuh relatif lama, tanpa riwayat stroke atau penyakit jantung koroner yang jelas. Riwayat keluarga memperlihatkan pola kuat penyakit tidak menular, yaitu hipertensi pada ayah dan diabetes melitus pada ibu hingga berujung amputasi.

Pemeriksaan fisik menunjukkan keadaan umum cukup dengan status gizi lebih dan obesitas sentral. Tekanan darah 160/100 mmHg, nadi 96 kali/menit reguler, frekuensi napas 18 kali/menit, dan suhu 36,7 °C. Antropometri menunjukkan berat badan 76 kg, tinggi badan 170 cm, dan indeks massa tubuh 26,3 kg/m<sup>2</sup> (obesitas derajat I) dengan lingkar perut 102 cm. Pemeriksaan sistemik tidak ditemukan kelainan mayor pada jantung, paru, dan abdomen; ekstremitas tanpa ulkus aktif maupun edema, meski terdapat distribusi lemak yang menonjol di abdomen. Pemeriksaan penunjang sederhana menggunakan darah kapiler di rumah menunjukkan gula darah sewaktu 221 mg/dL, kolesterol total 227 mg/dL, dan asam urat 9,5 mg/dL, yang menggambarkan diabetes melitus tipe 2 tidak terkontrol, dislipidemia, dan hiperurisemia yang sebelumnya belum terdeteksi.

Dari sisi sosial dan lingkungan, pasien tinggal di rumah permanen di lingkungan padat dengan ventilasi dan pencahayaan yang kurang optimal. Anak-anak sebagian besar bekerja di luar rumah dan jarang berada di rumah; beban pendampingan sehari-hari terutama dipikul oleh istri yang juga mengelola pekerjaan domestik dan keuangan, sehingga sering merasa kewalahan. Keluarga belum terdaftar sebagai peserta JKN/BPJS Kesehatan, sehingga seluruh biaya pengobatan ditanggung mandiri dan berdampak pada kecenderungan menunda kontrol dan pemeriksaan tambahan. Kebiasaan merokok jangka panjang masih dipertahankan, sementara pola makan keluarga tinggi karbohidrat, gula, dan garam, dengan upaya perubahan yang sulit bertahan karena keterbatasan pemahaman dan perbedaan komitmen antaranggota keluarga.

Secara psikososial, pasien mengungkapkan kecemasan menjadi beban keluarga dan kekhawatiran kehilangan kemampuan bekerja, namun cenderung memendam perasaan. Istri mengalami kelelahan fisik dan emosional sebagai caregiver utama, sedangkan anak-anak relatif kurang terlibat dalam pengambilan keputusan dan pendampingan kesehatan. Interaksi mengenai topik kesehatan, terutama terkait merokok, pembiayaan berobat, dan perubahan pola makan, kerap memicu ketegangan sehingga beberapa anggota keluarga memilih bersikap pasif. Secara spiritual, pasien dan istri masih berupaya mempertahankan ibadah, namun pandangan kabur membuat pasien sulit membaca sehingga menimbulkan kesedihan dan rasa pasrah; potensi dukungan spiritual belum sepenuhnya dimanfaatkan untuk mendorong perubahan perilaku dan kepatuhan terapi.

Struktur keluarga bersifat patriarkal, dengan pasien sebagai kepala keluarga dan figur sentral dalam pengambilan keputusan, sedangkan istri berperan sebagai pengelola rumah tangga dan pendamping utama kesehatan. Anak-anak dewasa menghormati keputusan orang tua, namun keterlibatan mereka dalam pengelolaan penyakit kronis terbatas oleh kesibukan kerja dan jarak emosional. Genogram keluarga menunjukkan pola kuat diabetes melitus dan hipertensi pada generasi sebelumnya, sehingga anak-anak termasuk kelompok berisiko tinggi yang memerlukan edukasi dan skrining dini.

Keterangan:

Persegi : Laki-laki

Lingkaran : Perempuan

Tanda silang : Meninggal

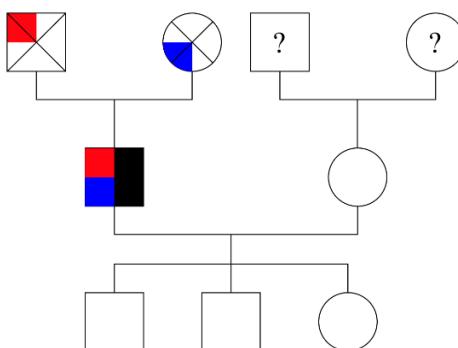
Tanpa warna : Tidak ada riwayat penyakit

Merah : Hipertensi

Biru : Diabetes melitus tipe 2

Hitam : Pasien (Tn. J)

Tanda tanya : Riwayat penyakit tidak diketahui



**Gambar 1. Diagram Genogram Keluarga Tn. J.**

Sumber: Hasil analisis peneliti berdasarkan data kunjungan rumah (2025)

Penilaian fungsi keluarga dengan Family APGAR menunjukkan fungsi keluarga kategori sedang (skor 5 mengindikasikan moderately dysfunctional). Keluarga masih memberikan bantuan praktis dan dukungan emosional dasar, terutama dari istri, namun adaptasi terhadap penyakit kronis, kemitraan dalam pengambilan keputusan, ekspresi afeksi, dan penyelesaian masalah belum optimal. Hal ini konsisten dengan temuan keterlibatan anak yang tidak merata,

komunikasi yang kadang menimbulkan konflik, dan beban pendampingan yang terpusat pada satu anggota keluarga. Asesmen SCREEM mengidentifikasi faktor sosial (dukungan keluarga inti yang terbatas pada istri), budaya dan kebiasaan (merokok dan pola makan yang kurang sehat), ekonomi (keterbatasan finansial dan ketiadaan jaminan kesehatan), pendidikan (pemahaman yang terbatas terhadap penyakit kronis), serta aspek medis (akses ke fasilitas kesehatan tersedia tetapi belum dimanfaatkan secara teratur) sebagai determinan penting yang memengaruhi pengendalian diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi pada pasien. Aspek religius dinilai relatif protektif, tetapi belum diintegrasikan secara sistematis sebagai sumber motivasi dalam pengelolaan penyakit.

**Tabel 7. Temuan dan Nilai Fungsi Keluarga Tn. J Menurut Metode Family APGAR.**

Faktor	Teori	Temuan	Skor		
			2	1	0
<b>Adaptation</b>	Kemampuan keluarga dalam beradaptasi dengan memanfaatkan sumber daya dan memberikan bantuan nyata ketika anggota keluarga menghadapi masalah atau krisis kesehatan (Wu <i>et al.</i> , 2024).	Keluarga hanya sebagian mampu membantu penyesuaian terhadap penyakit kronis; dukungan praktis masih terbatas dan tidak konsisten.		✓	
<b>Partnership</b>	Derajat keterlibatan anggota keluarga dalam pengambilan keputusan dan tanggung jawab bersama terkait perawatan kesehatan (Wu <i>et al.</i> , 2024).	Kerja sama dalam perawatan ada, terutama antara pasien dan istri, tetapi keterlibatan anak kurang dan keputusan jarang benar-benar dibahas bersama.		✓	
<b>Growth</b>	Kemampuan keluarga mendukung perkembangan pribadi, emosional, dan spiritual anggota keluarga, termasuk mempertahankan harapan dan makna hidup (Wu <i>et al.</i> , 2024).	Keluarga memberi dukungan emosional dan spiritual terutama dari istri, tetapi dorongan untuk aktivitas bermakna dan pengembangan diri pasien masih terbatas.		✓	
<b>Affection</b>	Ekspresi kasih sayang, kehangatan, empati, dan penerimaan terhadap anggota keluarga yang sakit (Wu <i>et al.</i> , 2024).	Ada cinta dan empati, terutama dari istri, namun pasien tidak selalu nyaman mengungkapkan perasaan dan kadang merasa kurang didengar.		✓	
<b>Resolve</b>	Kemampuan keluarga memecahkan masalah dan konflik secara bersama, berbagi tanggung jawab, dan mengambil keputusan secara konstruktif (Wu <i>et al.</i> , 2024).	Ada usaha menyelesaikan masalah bersama, namun masih didominasi pasien dan istri; anak-anak kurang terlibat sehingga penyelesaian masalah belum optimal.		✓	
		<b>Skor Total</b>	<b>5</b>		

Sumber: Hasil analisis peneliti berdasarkan data kunjungan rumah (2025)

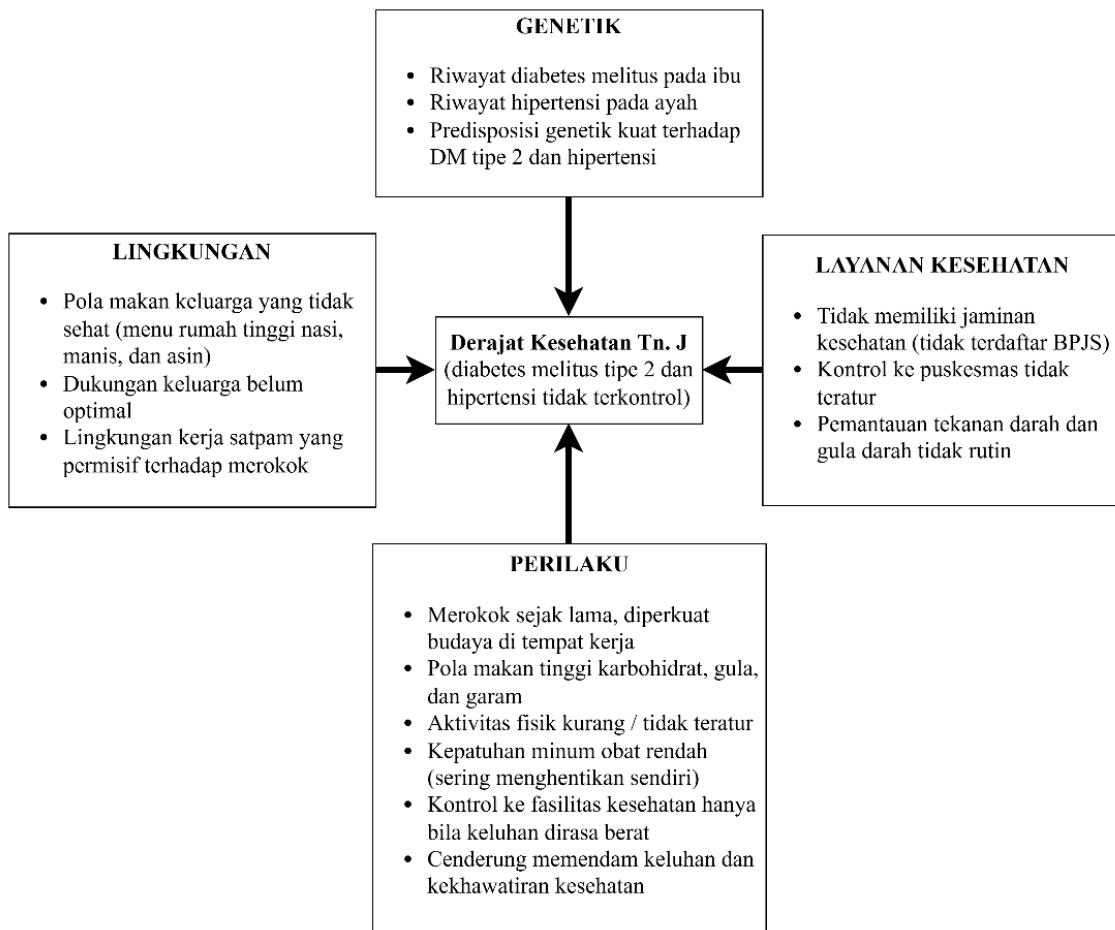
**Tabel 8. Hasil Kuesioner Asesmen SCREEM Keluarga Tn. J.**

Faktor	Patologi Lingkungan Keluarga	Hasil
<b>Social</b>	Tn. J tinggal bersama istri dan tiga orang anak di lingkungan permukiman padat. Namun, anak-anak sebagian besar bekerja di luar rumah dan jarang berada di rumah, sehingga keterlibatan mereka dalam pendampingan berobat dan pengambilan keputusan kesehatan terbatas. Beban perawatan sehari-hari lebih banyak dipikul oleh istri, sedangkan dukungan sosial keluarga inti terhadap pengelolaan penyakit kronis belum optimal.	+
<b>Cultural</b>	Tn. J memiliki kebiasaan merokok sejak lama yang semakin menguat saat bekerja sebagai satpam karena terbiasa merokok bersama rekan kerja. Selain itu, pola makan tinggi karbohidrat, makanan manis, dan asin masih banyak dikonsumsi keluarga. Kebiasaan ini menjadi hambatan budaya dalam pengendalian diabetes melitus dan hipertensi, meskipun pasien dan istri mulai terbuka terhadap edukasi medis.	+
<b>Religious</b>	Tn. J tetap menjalankan ibadah secara rutin dan menjadikan agama sebagai sumber ketenangan, meskipun keluhan pandangan kabur membuatnya kesulitan	-

	beribadah. Istri berusaha memberikan dukungan spiritual, misalnya dengan mengajak berdoa dan beribadah bersama. Secara umum, lingkungan religius keluarga cenderung bersifat protektif bagi kondisi psikologis pasien.	
<b>Economic</b>	Dari sisi ekonomi, Tn. J bekerja sebagai satpam dengan penghasilan terbatas dan tidak memiliki jaminan kesehatan (tidak terdaftar sebagai peserta BPJS kesehatan), sehingga seluruh biaya pengobatan dan pemeriksaan harus ditanggung sendiri. Kondisi ini membuat keluarga cenderung menunda kontrol dan pemeriksaan penunjang, yang berdampak pada pengelolaan penyakit kronis yang kurang optimal.	+
<b>Education</b>	Tn. J dan istrinya memiliki pemahaman dasar mengenai penyakit kronis yang diderita, namun literasi kesehatan masih terbatas. Hal ini tampak dari kepatuhan minum obat yang kurang, kecenderungan menghentikan obat saat merasa “baik-baik saja”, dan sesekali penggunaan ramuan tradisional tanpa pemantauan tenaga kesehatan. Edukasi perlu diulang dan diperkuat secara terstruktur.	+
<b>Medical</b>	Tn. J memiliki akses ke pelayanan kesehatan primer (puskesmas), tetapi kontrol dilakukan tidak teratur dan tidak ada pemantauan rutin terhadap tekanan darah maupun gula darah sesuai anjuran. Ketiadaan BPJS, kepatuhan berobat yang rendah, dan belum maksimalnya pemanfaatan layanan kesehatan menyebabkan pengelolaan diabetes melitus dan hipertensi menjadi kurang optimal.	+

Sumber: Hasil analisis peneliti berdasarkan data kunjungan rumah (2025)

Dalam kerangka determinan kesehatan HL Blum, kasus ini menunjukkan bahwa status kesehatan Tn. J merupakan hasil interaksi multifaktorial antara faktor keturunan yang kuat, perilaku berisiko (merokok, pola makan tidak sehat, aktivitas fisik kurang, dan kepatuhan berobat rendah), kondisi lingkungan fisik dan sosial yang kurang mendukung, serta keterbatasan pelayanan dan jaminan kesehatan. Temuan-temuan tersebut menjadi dasar penyusunan rencana tatalaksana bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif melalui kunjungan rumah dan pendekatan kedokteran keluarga.



**Gambar 2. Diagram Kerangka HL Blum pada Kasus Tn. J.**

Sumber: hasil analisis peneliti (2025)

### Pembahasan

Kasus Tn. J menggambarkan kompleksitas klinis dan sosial seorang lansia dengan diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi yang tidak terkontrol, disertai obesitas sentral, dislipidemia, dan hiperurisemia yang baru teridentifikasi. Temuan gula darah sewaktu 221 mg/dL, tekanan darah 160/100 mmHg, kolesterol total 227 mg/dL, dan asam urat 9,5 mg/dL menempatkan pasien pada risiko kardiometabolik tinggi, sekaligus menjelaskan keluhan pandangan kabur yang mengarah pada kemungkinan komplikasi mikrovaskular seperti retinopati diabetik atau hipertensif.

Kondisi ini sejalan dengan bukti bahwa komorbiditas diabetes dan hipertensi sangat sering ditemukan dan secara sinergis meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular dan kerusakan organ target (Ferdina et al., 2025; Gourdy et al., 2023; Kim & Kim, 2022). Secara global, beban diabetes dan hipertensi terus meningkat; IDF melaporkan sekitar 589 juta orang dewasa hidup dengan diabetes pada 2024, dengan proyeksi mencapai 853 juta pada 2050, sedangkan lebih dari 1,3 miliar orang diperkirakan mengalami hipertensi (Fritz et al., 2024; Soeatmadji et al., 2023). Hal ini menegaskan pentingnya pengelolaan yang terintegrasi di tingkat pelayanan primer.

Dari perspektif kedokteran keluarga, kasus ini menyoroti peran sentral perilaku dan faktor lingkungan dalam kegagalan pengendalian penyakit kronis. Kepatuhan minum obat yang

buruk, kebiasaan merokok jangka panjang, pola makan tinggi karbohidrat, gula, dan garam, serta aktivitas fisik yang rendah menjadi determinan utama ketidakterkendalian diabetes dan hipertensi pada pasien. Tantangan tersebut diperberat oleh kondisi sosial-ekonomi (tidak memiliki jaminan kesehatan, penghasilan yang bergantung pada pekerjaan sebagai satpam) dan keterbatasan akses pemeriksaan lanjutan. Analisis dengan kerangka HL Blum menunjukkan bahwa derajat kesehatan pasien merupakan hasil interaksi multifaktorial antara faktor genetik, perilaku, lingkungan, dan pelayanan kesehatan, di mana keempat determinan tersebut saling memperkuat dan mempertahankan kondisi tidak terkontrolnya diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi yang dimiliki Tn. J. Hal ini konsisten dengan literatur yang menekankan peran kuat faktor perilaku dan sosial dalam keberhasilan pengelolaan penyakit kronis di negara berpendapatan menengah seperti Indonesia (Fritz et al., 2024; Luo et al., 2024; Yu et al., 2025; Zhang et al., 2021).

Penilaian fungsi keluarga menggunakan Family APGAR dalam kasus ini menunjukkan fungsi keluarga kategori sedang (moderately dysfunctional), dengan dukungan yang relatif baik dari istri namun keterlibatan anak yang terbatas dan komunikasi keluarga yang sering memicu ketegangan, khususnya terkait kebiasaan merokok dan pembiayaan berobat. Kondisi ini tampak pada beban pendampingan yang terpusat pada istri dan munculnya caregiver strain, sementara pasien sendiri cenderung memendam kecemasan dan penurunan harga diri. Temuan ini sejalan dengan studi yang menunjukkan bahwa fungsi keluarga berhubungan dengan kemampuan keluarga mendukung manajemen penyakit kronis, termasuk kepatuhan obat, regulasi pola makan, serta kualitas hidup pasien (Ramaswami et al., 2022; Zhang et al., 2021). Dengan demikian, skor Family APGAR yang tidak optimal pada keluarga Tn. J memberi sinyal perlunya intervensi spesifik yang menargetkan komunikasi, pembagian peran, dan dukungan emosional di dalam keluarga.

Asesmen SCREEM pada kasus ini mengungkap sejumlah “patologi” lingkungan keluarga, terutama dalam aspek sosial, ekonomi, pendidikan, dan pelayanan medis. Keterbatasan jejaring sosial di luar keluarga inti, ketiadaan jaminan kesehatan, keterbatasan pengetahuan tentang penyakit kronis, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang belum optimal menjadi faktor penghambat pengelolaan penyakit. Sebaliknya, aspek religius justru bersifat protektif karena aktivitas ibadah dan dukungan spiritual dari istri masih menjadi sumber kekuatan psikologis bagi pasien, meskipun belum dimaksimalkan sebagai motivator untuk perubahan gaya hidup. Penggunaan SCREEM sebagai alat pemetaan sumber daya dan hambatan keluarga telah banyak direkomendasikan dalam praktik kedokteran keluarga untuk menilai kapasitas keluarga dalam merespons krisis kesehatan dan mendukung anggota dengan penyakit kronis (Apostol-Nicodemus et al., 2022). Dalam konteks Tn. J, temuan SCREEM membantu menjelaskan mengapa intervensi medis konvensional tanpa pendekatan keluarga dan lingkungan cenderung kurang efektif.

Kegiatan kunjungan rumah (home visit) terbukti sangat krusial dalam mengungkap keseluruhan profil masalah pasien. Melalui home visit, tim dapat mengidentifikasi kondisi rumah yang padat dengan ventilasi dan pencahayaan kurang, dinamika relasi antaranggota keluarga, belum adanya kepesertaan BPJS, kebiasaan merokok yang terpelihara di lingkungan kerja dan rumah, serta temuan klinis baru berupa dislipidemia dan hiperurisemia yang belum pernah diperiksa sebelumnya di fasilitas kesehatan. Temuan ini sejalan dengan studi yang menunjukkan bahwa program kunjungan rumah mampu menemukan masalah medis dan sosial

yang tidak terdeteksi pada kunjungan klinik, meningkatkan kontrol tekanan darah, serta memperbaiki kepatuhan terapi pada pasien dengan penyakit kronis (Chica-Pérez et al., 2023; Cline et al., 2020; Ramli et al., 2024). Dengan demikian, kasus ini menguatkan argumen bahwa home visit perlu diposisikan bukan sekadar sebagai kegiatan tambahan, tetapi sebagai komponen inti manajemen penyakit kronis berbasis kedokteran keluarga di pelayanan primer.

Di tingkat sistem, kasus ini juga mencerminkan tantangan implementasi program pengelolaan penyakit kronis di Indonesia. Program seperti Prolanis yang diinisiasi untuk diabetes dan hipertensi menunjukkan potensi besar dalam mencegah komplikasi berat, tetapi masih terbatas pada segmen populasi tertentu dan sangat bergantung pada kepesertaan jaminan kesehatan. Ketiadaan BPJS pada keluarga Tn. J membuat seluruh biaya pengobatan ditanggung secara mandiri, sehingga keluarga cenderung menunda kontrol dan pemeriksaan penunjang. Situasi ini menunjukkan perlunya integrasi yang lebih kuat antara program jaminan kesehatan, layanan kedokteran keluarga, dan intervensi berbasis keluarga/komunitas agar pasien dengan komorbiditas multipel tidak jatuh pada komplikasi yang dapat dicegah.

Dari sudut pandang psikososial dan spiritual, kasus ini menggarisbawahi bahwa pengalaman hidup dengan penyakit kronis bukan hanya persoalan klinis, tetapi juga menyangkut identitas, peran sosial, dan makna hidup pasien. Kecemasan Tn. J terhadap potensi kehilangan pekerjaan, rasa takut menjadi beban keluarga, serta frustrasi karena tidak dapat beribadah seperti sebelumnya menunjukkan dampak luas penyakit kronis terhadap dimensi psikologis dan spiritual. Pendekatan kedokteran keluarga yang dilakukan dalam bentuk konseling, penguatan coping spiritual, dan adaptasi cara beribadah merupakan contoh penerapan prinsip bio-psiko-sosio-spiritual dalam praktik nyata, dan sejalan dengan rekomendasi literatur bahwa intervensi holistik diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dengan multimorbiditas (Arakelyan et al., 2023; Howard et al., 2022; Pavković et al., 2024).

Kasus ini memiliki beberapa implikasi praktis. Pertama, evaluasi pasien dengan diabetes dan hipertensi di fasilitas kesehatan primer perlu rutin memasukkan asesmen keluarga dan lingkungan menggunakan instrumen sederhana namun terstandar seperti Family APGAR dan SCREEM, karena temuan pada tingkat keluarga dan lingkungan sering menentukan keberhasilan terapi jangka panjang. Kedua, kunjungan rumah dapat menjadi titik masuk strategis untuk menghubungkan pasien dan keluarga dengan program jaminan kesehatan, layanan edukasi gizi, konseling berhenti merokok, serta kelompok dukungan sebaya. Ketiga, keterlibatan aktif anggota keluarga selain caregiver utama (dalam hal ini anak-anak) perlu difasilitasi, mengingat beban pendampingan yang tidak seimbang berpotensi menimbulkan kelelahan dan penurunan fungsi keluarga.

Namun demikian, sebagai laporan kasus tunggal, generalisasi temuan ini tentu terbatas. Pemeriksaan penunjang dalam kunjungan rumah bersifat sederhana dan belum mencakup konfirmasi diagnosis komplikasi okular oleh spesialis mata atau pemeriksaan laboratorium lengkap. Selain itu, studi ini belum menyajikan data tindak lanjut jangka panjang untuk menilai keberlanjutan perubahan perilaku dan perbaikan pengendalian penyakit setelah intervensi home visit. Meski begitu, kedalaman informasi yang diperoleh melalui pendekatan kedokteran keluarga pada kasus ini memberikan gambaran konkret tentang bagaimana interaksi antara faktor medis, keluarga, dan lingkungan membentuk perjalanan penyakit kronis, sekaligus

menunjukkan potensi home visit sebagai wahana intervensi yang komprehensif dan kontekstual.

Secara keseluruhan, kasus Tn. J menegaskan bahwa pengelolaan diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi pada lansia tidak dapat hanya berfokus pada penyesuaian obat dan angka laboratorium, tetapi harus mencakup asesmen menyeluruh terhadap fungsi keluarga, sumber daya dan hambatan lingkungan, serta kebutuhan psikososial dan spiritual pasien. Pendekatan kedokteran keluarga melalui kunjungan rumah memungkinkan integrasi keempat dimensi tersebut dan berkontribusi pada perencanaan tatalaksana yang lebih realistik, berpusat pada pasien dan keluarga, serta sesuai konteks sosial-ekonomi Indonesia.

## KESIMPULAN

Kasus ini menunjukkan bahwa lansia dengan diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi yang tidak terkontrol, disertai obesitas sentral, dislipidemia, dan hiperurisemia, sangat dipengaruhi oleh fungsi keluarga, perilaku, lingkungan, serta akses layanan kesehatan; fungsi keluarga kategori sedang (Family APGAR) dan berbagai keterbatasan pada aspek sosial, budaya, agama, ekonomi, edukasi, dan medis (SCREEM) berkontribusi terhadap rendahnya kepatuhan terapi dan sulitnya modifikasi gaya hidup, sementara pendekatan kedokteran keluarga melalui kunjungan rumah memungkinkan asesmen bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif dan menjadi dasar penyusunan rencana tatalaksana yang lebih realistik dan berorientasi keluarga. Oleh karena itu, dalam praktik klinis di layanan primer, asesmen fungsi keluarga dan sumber daya lingkungan serta kunjungan rumah perlu diintegrasikan secara rutin pada pengelolaan pasien dengan penyakit kronis multipel, disertai penguatan kepatuhan obat dan perubahan pola makan serta aktivitas fisik berbasis keluarga, pemerataan peran antaranggota keluarga dalam pendampingan dan pengambilan keputusan kesehatan, serta pengembangan dan penelitian lebih lanjut mengenai model pelayanan kedokteran keluarga berbasis keluarga dan komunitas yang dapat diadopsi secara luas di fasilitas kesehatan primer di Indonesia.

## REFERENSI

- Al-Kindi, S. G., Brook, R. D., Biswal, S., & Rajagopalan, S. (2020). Environmental determinants of cardiovascular disease: Lessons learned from air pollution. *Nature Reviews Cardiology*, 17(10), 656–672. <https://doi.org/10.1038/s41569-020-0371-2>
- Alloubani, A., Nimer, R., & Samara, R. (2021). Relationship between hyperlipidemia, cardiovascular disease and stroke: A systematic review. *Current Cardiology Reviews*, 17(6), e051121189015.
- Apostol-Nicodemus, L., Tabios, I. K. B., Limpoco, A. G. O., Domingo, G. D. P., & Tantengco, O. A. G. (2022). Psychosocial distress among family members of COVID-19 patients admitted to hospital and isolation facilities in the Philippines: A prospective cohort study. *Journal of Clinical Medicine*, 11(17), 5236. <https://doi.org/10.3390/jcm11175236>
- Arakelyan, S., Lone, N., Anand, A., Mikula-Noble, N., Lyall, M. J., De Ferrari, L., Mercer, S. W., & Guthrie, B. (2023). Effectiveness of holistic assessment-based interventions in improving outcomes in adults with multiple long-term conditions and/or frailty: An umbrella review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 21(9), 1863–1878. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00406>
- Blum, H. L. (1981). *Planning for health: Generics for the eighties*. Human Sciences Press.
- Chelak, K., & Chakole, S. (2023). The role of social determinants of health in promoting health equality: A narrative review. *Cureus*, 15(2), e33425. <https://doi.org/10.7759/cureus.33425>

- Chica-Pérez, A., Dobarrio-Sanz, I., Ruiz-Fernández, M. D., Correa-Casado, M., Fernández-Medina, I. M., & Hernández-Padilla, J. M. (2023). Effects of home visiting programmes on community-dwelling older adults with chronic multimorbidity: A scoping review. *BMC Nursing*, 22(1), 266. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01421-7>
- Cline, M., Pagels, P., Gimpel, N., & Day, P. G. (2020). Utilizing home visits to assess social determinants of health during family medicine residency. *PRIMER*, 4, 8. <https://doi.org/10.22454/PRIMER.2020.448665>
- Cuartas Arias, J. M. (2017). Genogram: Tool for exploring and improving biomedical and psychological research. *International Journal of Psychological Research*, 10(2), 6–7. <https://doi.org/10.21500/20112084.3177>
- Dyar, O. J., Haglund, B. J. A., Melder, C., Skillington, T., Kristenson, M., & Sarkadi, A. (2022). Rainbows over the world's public health: Determinants of health models in the past, present, and future. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(7), 1047–1058. <https://doi.org/10.1177/14034948221113147>
- Ferdina, A. R., Juhairiyah, Yuana, W. T., Setyawati, B., & Pangestika, D. E. (2025). Sociodemographic and lifestyle factors associated with undiagnosed diabetes in Indonesia. *Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies*. <https://doi.org/10.15605/jafes.040.01.21>
- Fritz, M., Grimm, M., My Hanh, H. T., Koot, J. A. R., Nguyen, G. H., Nguyen, T.-P.-L., Probandari, A., Widyaningsih, V., & Lensink, R. (2024). Effectiveness of community-based diabetes and hypertension prevention and management programmes in Indonesia and Viet Nam: A quasi-experimental study. *BMJ Global Health*, 9(5), e015053. <https://doi.org/10.1136/bmigh-2024-015053>
- Gourdy, P., Schiele, F., Halimi, J.-M., Kownator, S., Hadjadj, S., & Valensi, P. (2023). Atherosclerotic cardiovascular disease risk stratification and management in type 2 diabetes: Review of recent evidence-based guidelines. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 10, 1227769. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1227769>
- Hahn, R. A. (2021). What is a social determinant of health? Back to basics. *Journal of Public Health Research*, 10(4), 2324. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2324>
- Howard, M., Pfaff, K., Sattler, D., Dolovich, L., Marshall, D., Zwarenstein, M., & Upshur, R. (2022). Achieving holistic, quality-of-life focused care: Description of a Compassion Care Community initiative in Canada. *Health Promotion International*, 37(3), daac067. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac067>
- Jia, G., & Sowers, J. R. (2021). Hypertension in diabetes: An update of basic mechanisms and clinical disease. *Hypertension*, 78(5), 1197–1205. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.17981>
- Karimi, Z., Taheri-Kharameh, Z., & Sharififard, F. (2022). Cultural adaptation and psychometric analysis of Family APGAR scale in Iranian older people. *Korean Journal of Family Medicine*, 43(2), 141–146. <https://doi.org/10.4082/kjfm.21.0028>
- Kim, H.-J., & Kim, K. (2022). Blood pressure target in type 2 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolism Journal*, 46(5), 667–674. <https://doi.org/10.4093/dmj.2022.0215>
- Li, A., Peng, Q., Shao, Y., Fang, X., & Zhang, Y. (2021). The interaction on hypertension between family history and diabetes and other risk factors. *Scientific Reports*, 11(1), 4716. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-83589-z>
- Luo, Z., Li, K., Chen, A., Qiu, Y., Yang, X., Lin, Z., Liu, J., Wu, Y., & Chen, J. (2024). The influence of family health on self-efficacy in patients with chronic diseases: The mediating role of perceived social support and the moderating role of health literacy. *BMC Public Health*, 24(1), 3398. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20906-x>
- Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, 16(4), 223–237. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>

- Muharram, F. R., Multazam, C. E. C. Z., Mustofa, A., Socha, W., Andrianto, Martini, S., Aminde, L., & Yi-Li, C. (2024). The 30 years of shifting in the Indonesian cardiovascular burden—Analysis of the Global Burden of Disease Study. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 14(1), 193–212. <https://doi.org/10.1007/s44197-024-00187-8>
- Pavković, L., Jakšetić, D., Marić, S., Vočanec, D., & Džakula, A. (2024). Holistic care and complex needs: Unveiling the full potential of modern nursing. *Croatian Medical Journal*, 65(6), 530–531. <https://doi.org/10.3325/cmj.2024.65.530>
- Ramaswami, S. B., Jensen, T., Berghaus, M., De-Oliveira, S., Russ, S. A., Weiss-Laxer, N., Verbiest, S., & Barkin, S. (2022). Family health development in life course research: A scoping review of family functioning measures. *Pediatrics*, 149(Suppl. 5), e2021053509J. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-053509J>
- Ramli, D. B., Shahar, S., Mat, S., Ibrahim, N., & Tohit, N. M. (2024). The effectiveness of preventive home visits on resilience and health-related outcomes among community-dwelling older adults: A systematic review. *PLOS ONE*, 19(7), e0306188. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306188>
- Siddiqui, H., Imran, Z., Ali, D., Sajid, M., Khan, T. M., Salim, H., Uddin, M. S., Qureshi, S., Farhan, M., & Waqas, S. A. (2025). A rising crisis: Escalating burden of diabetes mellitus and hypertension-related mortality trends in the United States, 2000–2023. *Clinical Cardiology*, 48(7). <https://doi.org/10.1002/clc.70167>
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *The Journal of Family Practice*, 15(2), 303–311.
- Soeatmadji, D. W., Rosandi, R., Saraswati, M. R., Sibarani, R. P., & Tarigan, W. O. (2023). Clinicodemographic profile and outcomes of type 2 diabetes mellitus in the Indonesian cohort of DISCOVER: A 3-year prospective cohort study. *Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies*, 38(1), 68–74. <https://doi.org/10.15605/jafes.038.01.10>
- Uthman, O. A., Ayorinde, A., Oyebode, O., Sartori, J., Gill, P., & Lilford, R. J. (2022). Global prevalence and trends in hypertension and type 2 diabetes mellitus among slum residents: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 12(2), e052393. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052393>
- Wu, Y., Xiong, S., Zhu, G., Chen, X., Zhang, M., Gong, E., Li, C., Jia, P., Østbye, T., & Yan, L. L. (2024). Patient, family, and community factors associated with medication adherence among people with hypertension or diabetes: A cross-sectional analysis. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 15, 100482. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2024.100482>
- Yu, Y., Yan, L., Yao, M., Sun, G., Xu, L., & Tang, H. (2025). Family support and its determinants among older patients with chronic diseases in Guangzhou communities: A mixed-methods study. *Scientific Reports*, 15(1), 21719. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-08354-y>
- Yusuf, S., Joseph, P., Rangarajan, S., Islam, S., Mente, A., Hystad, P., Brauer, M., Kutty, V. R., Gupta, R., Wielgosz, A., AlHabib, K. F., Dans, A., Lopez-Jaramillo, P., Avezum, A., Lanas, F., Oguz, A., Kruger, I. M., Diaz, R., Yusoff, K., ... Dagenais, G. (2020). Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155,722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): A prospective cohort study. *The Lancet*, 395(10226), 795–808. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32008-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32008-2)
- Zhang, M., Zhang, W., Liu, Y., Wu, M., Zhou, J., & Mao, Z. (2021). Relationship between family function, anxiety, and quality of life for older adults with hypertension in low-income communities. *International Journal of Hypertension*, 2021, 5547190. <https://doi.org/10.1155/2021/5547190>

*Pendekatan Kedokteran Keluarga Melalui Kunjungan Rumah pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi Di Kota Surabaya: Sebuah Laporan Kasus*

Zhou, B., Rayner, A. W., Gregg, E. W., Sheffer, K. E., Carrillo-Larco, R. M., Bennett, J. E., Shaw, J. E., Paciorek, C. J., Singleton, R. K., Barradas Pires, A., Stevens, G. A., Danaei, G., Lhoste, V. P., Phelps, N. H., Heap, R. A., Jain, L., D'Ailhaud de Brisis, Y., Galeazzi, A., Kengne, A. P., ... Ezzati, M. (2024). Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: A pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. *The Lancet*, 404(10467), 2077–2093. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02317-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02317-1)