

## Pencegahan Pasien ISPA pada Layanan Primer dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga

Hendra Kurniawan<sup>1</sup>, Syahrizal<sup>2</sup>, Qaid Alfayyad Haris<sup>3</sup>, Muhammad Haykal Aulia<sup>4</sup>, Nisa Salsabila<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Departemen Pulmonologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh, Indonesia

<sup>2</sup>Departemen Kedokteran Keluarga, Fakultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh, Indonesia

<sup>3,4,5</sup>Prodi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh, Indonesia

Email: <sup>1</sup>khendra@usk.ac.id, <sup>2</sup>syahrizalmedicine05@gmail.com, <sup>3</sup>qaidharis@gmail.com,

<sup>4</sup>haykalaulia21@gmail.com, <sup>5</sup>nisasalsa0509@gmail.com

### Abstract

*Acute Respiratory Infection (ARI) is one of the most common diseases encountered in primary healthcare services and can be caused by various microorganisms such as viruses, bacteria, and fungi. This study aims to evaluate the implementation of home visits in the management of ARI patients at Primary Health Center Batoh. The methods used include two home visits with a six-day interval, anamnesis, physical examination, and completion of a family folder consisting of a family genogram, family map, and family function evaluation using APGAR and SCREEM. The first home visit was conducted to collect basic patient data, provide health education, and identify risk factors in the home environment. The second visit evaluated patient adherence to therapy and changes in clinical conditions. The results of the study indicate that home visits help in monitoring patient conditions, providing more effective health education, and increasing family involvement in patient care. Additionally, home visits enable healthcare providers to identify risk factors in the home environment that may worsen the patient's condition, such as smoking habits and poor sanitation. The discussion in this study highlights that a holistic approach through home visits can improve treatment effectiveness and patient adherence to medication. In conclusion, the home visit program has proven to be an effective strategy in managing ARI in primary healthcare services and has the potential to improve the quality of life of patients and their families. Enhancing the implementation of this program is expected to become an integral part of family medicine approaches in primary healthcare facilities.*

**Keywords:** ARI, Primary Healthcare Services, Home Visit, Family Folder.

### Abstrak

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) merupakan salah satu penyakit yang sering dijumpai di layanan kesehatan primer dan dapat disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti virus, bakteri, dan jamur. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan kunjungan rumah (home visit) dalam penanganan pasien ISPA di Puskesmas Batoh. Metode yang digunakan meliputi dua kali kunjungan rumah dengan interval enam hari, anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pengisian family folder yang terdiri dari genogram keluarga, peta keluarga, dan evaluasi fungsi keluarga menggunakan APGAR dan SCREEM. Home visit pertama dilakukan untuk mengumpulkan data dasar pasien, memberikan edukasi kesehatan, serta mengidentifikasi faktor risiko di lingkungan rumah. Pada kunjungan kedua, dilakukan evaluasi terhadap kepatuhan pasien dalam menjalani terapi dan perubahan kondisi klinis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan home visit membantu dalam pemantauan kondisi pasien, memberikan edukasi kesehatan yang lebih efektif, serta meningkatkan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien. Selain itu, home visit juga memungkinkan tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi faktor risiko di lingkungan rumah yang dapat memperburuk kondisi pasien, seperti kebiasaan merokok dan sanitasi yang kurang baik. Diskusi dalam penelitian ini menyoroti bahwa pendekatan holistik melalui home visit dapat meningkatkan efektivitas terapi dan kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Kesimpulannya, program home visit terbukti menjadi strategi yang efektif dalam penanganan ISPA di layanan kesehatan primer dan berpotensi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien serta keluarganya. Peningkatan implementasi program ini diharapkan dapat menjadi bagian integral dari pendekatan kedokteran keluarga di fasilitas layanan primer.

**Kata Kunci:** ISPA, Layanan Kesehatan Primer, Home Visit, Family Folder.

## A. PENDAHULUAN

Pusat kesehatan masyarakat, atau puskesmas, adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjalankan fungsi utama dalam upaya kesehatan masyarakat dan individu. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan tahun 2019, puskesmas bertugas melaksanakan berbagai upaya pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi, dengan menitikberatkan pada pendekatan promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Selain itu, puskesmas juga berperan penting sebagai pusat pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, terintegrasi, dan berkelanjutan. (Peraturan Menteri Kesehatan, 2019). Home Visite atau biasa lebih dikenal dengan Kunjungan rumah merupakan salah satu prinsip pelayanan didalam bidang kedokteran keluarga yang bertujuan untuk lebih mengenal pasien dan memberikan pertolongan medis sesuai kebutuhan. (Wenny,2022). Fungsi utama dari program kunjungan rumah adalah untuk meningkatkan pemahaman dokter tentang kondisi pasien dalam lingkungan sehari-harinya, yang mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Sehingga memungkinkan dokter memberikan pelayanan yang lebih holistik dan komprehensif. Melalui kunjungan rumah, dokter juga dapat mengidentifikasi faktor-faktor risiko yang mungkin tidak terdeteksi seperti kondisi sanitasi, kebiasaan hidup, dan dukungan keluarga. (Bhisma,2021)

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2020, ISPA merupakan penyakit menular yang menjadi salah satu penyebab utama kematian dan kesakitan secara global. Diperkirakan sekitar 4 juta orang meninggal setiap tahun akibat ISPA, dengan sekitar 98% di antaranya terkait dengan infeksi saluran pernapasan bagian bawah. (Saripudin,2024). Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) adalah infeksi yang menyerang saluran pernapasan, baik bagian atas maupun bawah, yang berlangsung hingga 14 hari. Penyakit ini dapat disebabkan oleh berbagai mikroorganisme, termasuk virus, bakteri, dan jamur. Virus merupakan penyebab paling umum dari ISPA, seperti rhinovirus, coronavirus, dan influenza. Namun, bakteri seperti *Streptococcus pneumoniae* juga dapat menyebabkan ISPA. (WHO,2020). Menurut laporan Kementerian Kesehatan Indonesia, pada tahun 2012 terdapat 549.708 kasus penderita ISPA (pneumonia), dengan jumlah tertinggi tercatat di Provinsi Jawa Barat sebanyak 189.233 kasus (Kemenkes RI, 2013). Pada tahun 2013, jumlah kasus ISPA meningkat menjadi 571.547 jiwa, di mana Provinsi Jawa Barat masih mencatat jumlah kasus tertinggi, yaitu 164.839 kasus (Kemenkes RI, 2014). Selanjutnya, pada tahun 2014, jumlah penderita ISPA kembali meningkat menjadi 657.490 jiwa, dengan Provinsi Jawa Barat mencatat jumlah kasus tertinggi sebesar 197.654 kasus (Kemenkes RI, 2015).

Gejala Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) bervariasi sesuai dengan bagian saluran pernapasan yang terkena infeksi. Pada infeksi saluran pernapasan atas, gejala yang sering muncul meliputi batuk, bersin, hidung tersumbat, pilek, demam, sakit kepala, dan nyeri tenggorokan. Sementara itu, infeksi saluran pernapasan bawah biasanya ditandai dengan batuk berdahak, sesak napas, demam tinggi, dan rasa nyeri di dada. ISPA mudah menular melalui percikan droplet saat penderita batuk atau bersin, serta melalui kontak langsung dengan orang yang terinfeksi (Meilania,2024). Sedangkan faktor lain terjadinya ISPA adalah kondisi lingkungan dan faktor penjamu. Kondisi lingkungan yang dapat memicu ISPA antara lain polusi udara, di mana keberadaan zat berbahaya di udara dapat merugikan kesehatan saluran pernapasan, serta tingkat kelembapan yang memengaruhi keberlangsungan hidup mikroorganisme, termasuk patogen penyebab ISPA. Faktor penjamu penyebab ISPA adalah usia, kebiasaan merokok, status gizi dll. (Ali,2024)

Berdasarkan data dari Puskesmas Batoh jumlah kasus ISPA pada tahun 2020 tercatat sebanyak 526 kasus, kemudian meningkat menjadi 584 kasus pada tahun 2021. Peningkatan yang signifikan terjadi pada tahun 2022, dengan jumlah kasus mencapai 1.134. Selama tiga tahun terakhir, ISPA juga termasuk dalam 10 penyakit dengan angka kejadian tertinggi di wilayah kerja Puskesmas Batoh. (Fitriasih,2024). Tenaga kesehatan di layanan kesehatan primer memiliki peran penting dalam memberikan informasi dan mendukung masyarakat untuk menerapkan perilaku hidup sehat yang dapat mencegah terjadinya ISPA. Apabila langkah-langkah pencegahan ini tidak diterapkan, ISPA dapat berkembang menjadi kondisi yang lebih serius dan menimbulkan berbagai komplikasi. Oleh karena itu, penerapan langkah-langkah pencegahan ISPA di layanan kesehatan primer sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi dan menghindari komplikasi serius yang dapat membahayakan kesehatan individu dan masyarakat secara keseluruhan. (Ridwan,2020)

## B. PELAKSANAAN DAN METODE

Kegiatan pengabdian masyarakat ini dilakukan dalam bentuk kunjungan rumah (home visit) terhadap pasien penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di wilayah kerja Puskesmas Batoh, Banda Aceh. Home visit ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman pasien dan keluarganya mengenai manajemen ISPA melalui pendekatan kedokteran keluarga serta untuk memantau kondisi pasien secara komprehensif dalam lingkungan rumah.

### **Kriteria Inklusi dan Eksklusi**

Pasien yang dipilih untuk home visit harus memenuhi kriteria inklusi, yaitu:

1. Pasien yang telah didiagnosis dengan ISPA oleh tenaga medis di Puskesmas Batoh.
2. Pasien yang rutin berkunjung ke puskesmas untuk berobat dan menunjukkan gejala yang tidak kunjung membaik dalam dua minggu terakhir.
3. Bersedia untuk dikunjungi di rumah dan mengikuti seluruh tahapan kegiatan.
4. Pasien yang berusia di atas 5 tahun dan tinggal bersama keluarga yang dapat memberikan informasi terkait riwayat kesehatan keluarga.

Sedangkan kriteria eksklusi meliputi:

1. Pasien yang memiliki komorbiditas berat seperti gagal jantung atau penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) yang membutuhkan penanganan lebih lanjut di rumah sakit.
2. Pasien yang tidak dapat dihubungi atau menolak untuk dilakukan home visit.
3. Pasien yang tinggal sendiri tanpa dukungan keluarga.

### **Waktu dan Tempat**

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Batoh, Banda Aceh, dengan mempertimbangkan faktor geografis dan sosial yang memungkinkan implementasi pendekatan kedokteran keluarga. Pelaksanaan home visit dilakukan selama dua minggu pada bulan Agustus 2024, dengan dua kali kunjungan dalam rentang waktu 6 hari.

### **Prosedur Pelaksanaan**

Pelaksanaan home visit ini dilakukan oleh tiga mahasiswa program studi pendidikan profesi dokter (dokter muda) yang sedang menjalani rotasi klinik di Departemen Family Medicine, Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala, di bawah supervisi dosen pembimbing.

Tahapan kegiatan dimulai dengan pengarahan oleh dosen pembimbing mengenai pengisian family folder dan teknik wawancara medis berbasis keluarga. Setelah pengarahan, mahasiswa berkoordinasi dengan kepala puskesmas untuk menentukan pasien yang memenuhi kriteria inklusi.

Pada home visit pertama, kegiatan yang dilakukan meliputi:

1. Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik: Wawancara terkait keluhan pasien, riwayat penyakit sebelumnya, serta pemeriksaan fisik dasar.
2. Identifikasi Faktor Risiko: Menggali faktor lingkungan dan gaya hidup yang dapat memperburuk kondisi pasien.
3. Pengisian Family Folder: Meliputi pembuatan genogram keluarga, family life cycle, family map, family APGAR, dan family SCREEM (Soeharso, 2019).
4. Edukasi Kesehatan: Penyuluhan mengenai manajemen ISPA di rumah, seperti ventilasi yang baik dan pola konsumsi obat yang benar.

Pada home visit kedua, yang dilakukan enam hari setelah kunjungan pertama, fokus kegiatan adalah:

1. Evaluasi Pengobatan: Menilai kepatuhan pasien dalam konsumsi obat dan perubahan gejala.
2. Pemeriksaan Lingkungan: Observasi kondisi tempat tinggal yang dapat berkontribusi terhadap kejadian ISPA.
3. Wawancara Lanjutan: Menggali lebih dalam terkait aspek psikososial yang mungkin memengaruhi kondisi pasien.

### **Teknik Pengambilan dan Analisis Data**

Data yang dikumpulkan selama kegiatan home visit meliputi data primer dari hasil wawancara dan pemeriksaan pasien serta data sekunder dari rekam medis di puskesmas. Teknik pengambilan data dilakukan dengan metode wawancara terstruktur menggunakan instrumen family folder serta pemeriksaan klinis yang sesuai dengan pedoman kedokteran keluarga.

Analisis data dilakukan secara deskriptif untuk mengidentifikasi pola faktor risiko dalam keluarga, kepatuhan pasien terhadap pengobatan, serta faktor sosial yang berpengaruh terhadap kesehatan pasien.

Data yang terkumpul dibandingkan dengan hasil kunjungan kedua untuk melihat perubahan kondisi pasien dan efektivitas edukasi yang telah diberikan.

### Pemantauan dan Evaluasi

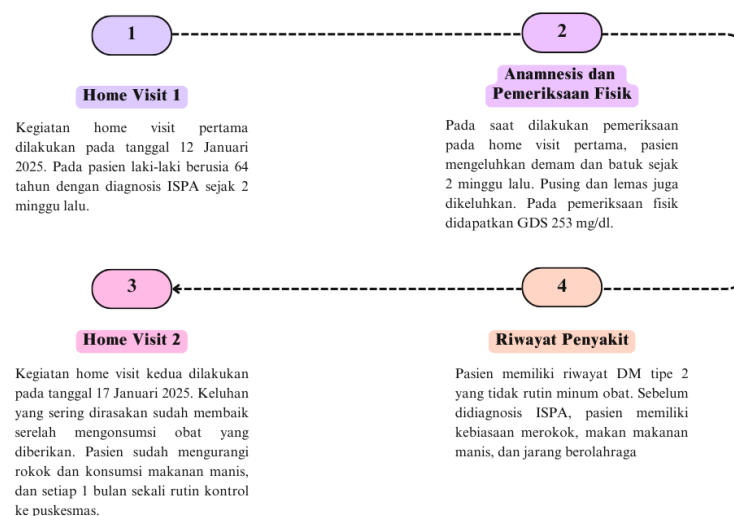
Seluruh kegiatan home visit dan pengisian family folder diawasi dan dievaluasi oleh dosen pembimbing dari Departemen Family Medicine. Mahasiswa diwajibkan untuk menyusun laporan kegiatan yang mencakup analisis kondisi pasien, evaluasi pengobatan, serta rekomendasi tindak lanjut berdasarkan prinsip kedokteran keluarga.

### Hambatan dan Solusi

Beberapa hambatan yang diidentifikasi dalam pelaksanaan kegiatan ini antara lain keterbatasan waktu mahasiswa dalam melakukan kunjungan serta kemungkinan perubahan struktur keluarga yang memerlukan pembaruan data secara berkala. Solusi yang diterapkan adalah dengan pemberian pelatihan lebih lanjut terkait manajemen waktu dan pendokumentasian yang efisien serta penggunaan nomor rekam medis unik untuk setiap anggota keluarga guna menghindari kesalahan identifikasi pasien (Permenkes, 2022).

## C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan home visit pertama dilakukan tanggal 12 Januari 2025 pada pasien perempuan berusia 64 tahun dengan diagnosis ISPA sejak 2 minggu yang lalu. Saat dilakukan pemeriksaan pada home visit pertama, pasien mengeluhkan demam dan batuk sejak 2 minggu yang lalu. Pasien juga mengeluhkan pusing dan lemas sesekali ketika gula darah pasien meningkat. Pasien juga memiliki Riwayat DM Tipe II yang tidak rutin minum obat. Sebelum pasien didagnosis ISPA, pasien memiliki kebiasaan sering merokok, makan makanan manis dan jarang berolahraga. Namun saat ini, pasien sudah mengurangi merokok dan makan makanan manis. Setiap satu bulan sekali pasien rutin kontrol ke puskesmas dan mengambil obat. Hal tersebut dilakukan pasien karena merasa khawatir penyakitnya semakin memburuk dan menimbulkan komplikasi. Saat dilakukan home visit kedua pada tanggal 18 Januari 2025, keluhan yang dirasakan pasien sudah membaik setelah mengonsumsi obat yang diberikan.



Jika kita melihat penelitian-penelitian yang telah dilakukan di beberapa daerah dengan pasien ISPA yang sudah berusia lanjut. Pada penelitian yang dilakukan oleh Agustina, AS tahun 2023. di Puskesmas Gunung Tinggi, Deli Serdang, Sumatera Utara, didapatkan bahwa pengetahuan pencegahan ISPA di masyarakat sudah cukup baik dengan presentasi 56,5 %. Selain tingkat pengetahuan, pada sikap pencegahan ISPA juga masih sangat rendah di angka 60,9 %. Pada tindakan pencegahan ISPA juga didapatkan 76,1%. Hal menunjukkan bahwa pengetahuan tentang pencegahan ISPA sudah baik, namun pada sikap dan tindakan pencegahan masih sangat sulit dijumpai pada masyarakat. Kami percaya bahwa masyarakat sebenarnya banyak yang sudah mengetahui bagaimana pencegahan ISPA, terlebih bila berada di perkotaan. Akan tetapi, kesadaran masyarakat yang ditunjukkan melalui sikap dan tindakan yang masih sangat kurang. Maka melalui kegiatan home visit yang dilakukan oleh puskesmas, akan sangat membantu masyarakat dalam mengarahkan bagaimana sikap dan tindakan pencegahan ISPA atau penyakit lainnya yang sebaiknya dilakukan. Sehingga upaya puskesmas tidak hanya mengobati pasien saja, namun juga melakukan promosi dan pencegahan suatu penyakit. (Tambunan, Agustina S. 2023.)

Hal yang serupa juga dijumpai pada penelitian lainnya oleh Akbar, Zul *et al* tahun 2023. di Puskesmas Bunut, Kabupaten Palalawan. Didapatkan pada sikap negatif dan tidak mencegah dalam pencegahan ISPA sebesar 65,7 %. Lalu pada kebiasaan merokok di dalam rumah dalam pencegahan ISPA didapatkan sebesar 52,9 %. Pada penelitian oleh Akbar, Zul *et al* 2023. ini didapatkan kesimpulan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan ISPA adalah status imunisasi, pekerjaan dan peran orang tua, sedangkan faktor yang tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan ISPA yaitu pendidikan, pengetahuan, sikap, dan merokok. Dari penelitian tersebut dapat dilihat bahwa masyarakat sangat butuh kepada Puskesmas dalam meningkatkan promosi kesehatan dan berbagai upaya pencegahan suatu penyakit, sehingga memudahkan masyarakat untuk lebih memahami tentang perilaku pencegahan ISPA di usia sedini mungkin. (Akbar, Zul. 2023).

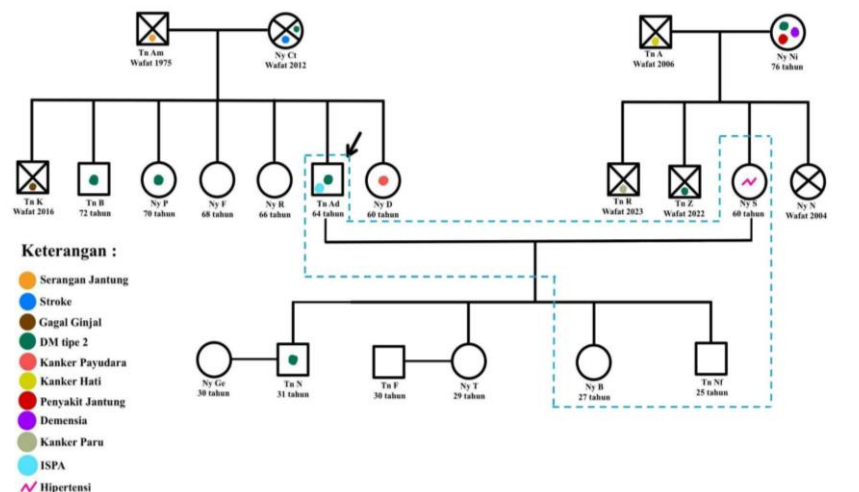


Gambar 1. Kegiatan home visit

Instrumen yang digunakan pada *family folder* yaitu instrumen penilaian keluarga (*Family Assessment Tools*) yang terdiri dari genogram keluarga, siklus kehidupan keluarga (*family life cycle*), peta keluarga (*family map*), APGAR keluarga, dan *family SCREEM* (Abera, 2019). Berikut pengisian masing-masing komponen dalam instrumen family folder pasien ISPA.

#### A. Genogram Keluarga (*Family Genogram*)

Genogram keluarga adalah bagan yang menggambarkan keturunan keluarga dalam tiga generasi atau lebih, yaitu generasi diri pasien, orang tua pasien, dan keturunan dibawahnya. Genogram mempresentasikan silsilah keturunan sebuah keluarga. Genogram berisi data dasar pasien dan keluarganya yaitu nama, jenis kelamin, usia, penyakit yang diderita, waktu dan penyebab kematian setiap individu di dalamnya. Data lainnya berupa data riwayat penyakit yang diderita oleh setiap anggota keluarga. Genogram dapat memberikan berbagai informasi mengenai sejarah keluarga serta kondisi kesehatan pasien dan keluarga terdekatnya (Nurhani, 2019). Apabila genogram tidak digunakan dalam layanan primer, tenaga kesehatan mungkin kehilangan informasi penting mengenai faktor risiko genetik dan dinamika keluarga yang berpengaruh pada kesehatan pasien, yang dapat mengakibatkan pendekatan pengobatan yang kurang komprehensif dan berpotensi menurunkan efektivitas intervensi medis yang diberikan. (Alexander, 2024) Contoh genogram keluarga pasien dapat dilihat pada Gambar 2.

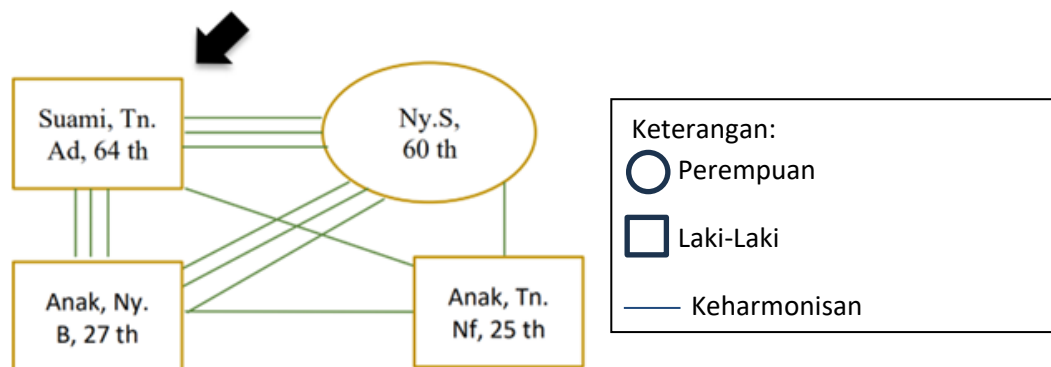


Gambar 2. Contoh genogram keluarga pasien



## B. Peta Keluarga (*Family Map*)

Family Map adalah alat asesmen berbasis wawancara semiterstruktur yang digunakan dalam bidang kedokteran keluarga untuk mengevaluasi berbagai aspek penting dalam kehidupan keluarga dan lingkungannya. Alat ini membantu dalam mengidentifikasi faktor-faktor risiko serta kekuatan yang ada dalam suatu keluarga, sehingga intervensi yang efektif dapat dirancang untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Melalui wawancara yang dilakukan dalam proses pemetaan, keluarga dapat lebih memahami peran mereka dalam menciptakan lingkungan yang sehat dan mendukung, baik secara fisik maupun emosional. (Ainun,2022) Penerapan peta keluarga melibatkan pengumpulan informasi melalui wawancara dengan pasien dan anggota keluarga lainnya, di mana data mengenai hubungan emosional, konflik, aliansi, serta jarak emosional antara anggota keluarga dicatat secara detail. Langkah-langkah dalam pembuatan peta keluarga meliputi identifikasi semua anggota keluarga, penentuan jenis hubungan di antara mereka (misalnya, harmonis, konflik, atau acuh tak acuh), dan representasi visual dari hubungan tersebut menggunakan simbol atau garis yang berbeda untuk menunjukkan kualitas interaksi. (Fitriana,2023) Contoh peta keluarga (*family map*) pada pasien dapat dilihat pada Gambar 3.



Gambar 3. *Family map* pasien

## C. APGAR Keluarga (*Family APGAR*)

APGAR keluarga adalah alat penilaian sederhana yang digunakan dalam kedokteran keluarga untuk mengukur fungsi dan kesejahteraan keluarga berdasarkan lima elemen utama: Adaptation (adaptasi), Partnership (kemitraan), Growth (pertumbuhan), Affective (kasih sayang), dan Resolve (pemecahan masalah). Alat ini pertama kali diperkenalkan oleh Smilkstein pada tahun 1978 sebagai metode yang mudah diterapkan oleh tenaga kesehatan untuk mengevaluasi tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap dukungan yang mereka terima dalam berbagai aspek kehidupan. APGAR keluarga bertujuan untuk membantu mengidentifikasi disfungsi keluarga yang dapat berdampak pada kesehatan fisik maupun mental anggota keluarga. (Ainun,2022) Penerapan Family APGAR melibatkan penggunaan kuesioner singkat yang dirancang untuk menilai lima fungsi utama keluarga tersebut, dengan setiap pertanyaan mewakili salah satu dimensi dan responden diminta untuk menilai tingkat kepuasan mereka terhadap masing-masing aspek. Langkah-langkah penerapannya meliputi administrasi kuesioner kepada pasien atau anggota keluarga, penghitungan skor berdasarkan jawaban yang diberikan, dan interpretasi hasil untuk menentukan apakah fungsi keluarga berada dalam kategori baik, sedang, atau kurang. Jika penilaian menunjukkan adanya disfungsi keluarga, intervensi yang tepat dapat direncanakan untuk memperbaiki area yang bermasalah. Apabila Family APGAR tidak diterapkan, tenaga kesehatan mungkin tidak menyadari adanya masalah dalam fungsi keluarga yang dapat memengaruhi kesehatan pasien, sehingga intervensi yang diberikan mungkin tidak komprehensif dan kurang efektif dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. (Susi,2019) Namun, terdapat beberapa keterbatasan dalam penggunaan Family APGAR. Salah satunya adalah sifatnya yang subjektif, karena penilaian didasarkan pada persepsi individu terhadap fungsi keluarga, yang dapat dipengaruhi oleh faktor emosional atau bias pribadi. Selain itu, kuesioner Family APGAR mungkin tidak mencakup semua aspek kompleks dari dinamika keluarga, sehingga tidak dapat memberikan gambaran menyeluruh tentang fungsi keluarga. Keterbatasan lainnya adalah kemungkinan adanya hambatan budaya atau bahasa yang dapat memengaruhi pemahaman dan interpretasi pertanyaan dalam kuesioner, terutama di komunitas dengan keragaman budaya yang tinggi. (Susi,2019) Contoh pengisian APGAR keluarga pasien disajikan pada Tabel 1.

**Tabel 1.** Contoh APGAR Keluarga pasien

APGAR Keluarga	Hampir selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Hampir tidak pernah (0)
1. Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	√		
2. Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya.	√		
3. Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya.	√		
4. Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta.	√		
5. Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama.	√		
<b>Skor Total</b>	<b>10 (Sangat fungsional)</b>		

**Skala pengukuran:**

Hampir selalu = 2

Kadang-kadang = 1

Hampir tidak pernah = 0

**Skor:**

8-10 = Sangat fungsional

4-7 = Disfungsional sedang

0-3 = Disfungsional berat

**D. Family SCREEM**

Family SCREEM adalah instrumen yang digunakan dalam kedokteran keluarga untuk menilai sumber daya dan fungsi eksternal keluarga dalam menghadapi berbagai kondisi sulit. SCREEM merupakan akronim dari enam domain utama: Social (sosial), Cultural (budaya), Religious (agama), Economic (ekonomi), Educational (pendidikan), dan Medical (medis). Fungsi utama dari *Family SCREEM* adalah untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan dalam sumber daya keluarga yang dapat mempengaruhi respons mereka terhadap situasi stres atau krisis. Dengan mengevaluasi keenam domain tersebut, tenaga kesehatan dapat memperoleh gambaran komprehensif mengenai kapasitas keluarga dalam memberikan dukungan sosial, mempertahankan nilai-nilai budaya, menjalankan praktik keagamaan, mengelola sumber daya ekonomi, menyediakan pendidikan yang memadai, dan memenuhi kebutuhan medis anggota keluarga. (Ainun,2022) Langkah-langkah dalam penerapannya meliputi identifikasi faktor-faktor yang memengaruhi setiap dimensi SCREEM, penilaian kapasitas keluarga dalam mengakses dan memanfaatkan sumber daya yang tersedia, serta identifikasi potensi hambatan atau tantangan yang dihadapi keluarga dalam memanfaatkan sumber daya tersebut. Dengan menggunakan *Family SCREEM*, tenaga kesehatan dapat memperoleh gambaran yang lebih komprehensif tentang konteks keluarga pasien, yang memungkinkan perencanaan intervensi yang lebih tepat sasaran dan efektif. Namun, terdapat beberapa keterbatasan dalam penggunaan *Family SCREEM*. Salah satunya adalah sifatnya yang subjektif, karena penilaian didasarkan pada persepsi individu terhadap sumber daya keluarga, yang dapat dipengaruhi oleh faktor emosional atau bias pribadi. Selain itu, kuesioner *Family SCREEM* mungkin tidak mencakup semua aspek kompleks dari dinamika keluarga, sehingga tidak dapat memberikan gambaran menyeluruh tentang sumber daya keluarga. Keterbatasan lainnya adalah kemungkinan adanya hambatan budaya atau bahasa yang dapat memengaruhi pemahaman dan interpretasi pertanyaan dalam kuesioner, terutama di komunitas dengan keragaman budaya yang tinggi. (Julianti,2019)

**Tabel 2.** Pengisian *Family SCREEM* pada *Family Folder* pasien

Aspek SCREEM	Kekuatan	Kelemahan
<i>Social</i>	Pasien mengaku memiliki hubungan yang baik dengan keluarga dan tetangga sekitar lingkungan tempat tinggal.	-
<i>Cultural</i>	Pasien dan keluarga bersuku aceh (tidak memengaruhi status kesehatan pasien saat ini).	Rumah terlalu sempit untuk orang tua dan anaknya dikarenakan adanya usaha milik anak pasien
<i>Religious</i>	Pasien dan keluarga beragama Islam. Pasien dan keluarga cukup taat dalam beribadah	Pasien merasa ibadahnya sering terganggu bila penyakitnya kambuh

<i>Educational</i>	Pendidikan terakhir pasien SI sehingga mudah untuk menerima informasi yang menunjang kesehatan dirinya dan keluarga. Pasien dan keluarga juga memiliki anggota keluarga yang berlatar Pendidikan Kesehatan sehingga cenderung terpapar dengan isu Kesehatan yang tepat	-
<i>Economic</i>	Pasien mengaku kehidupan ekonominya tercukupi dari usaha yang dijalankan, dan dibantu oleh anak-anaknya	Pasien merasakan cemas disebabkan karena takut kekurangan dana untuk pernikahan putrinya
<i>Medical</i>	Pasien memiliki BPJS dan akses ke Puskesmas dekat rumahnya kira- kira 7 menit menggunakan sepeda motor. Pasien juga rutin melakukan pemeriksaan Kesehatan di Puskesmas	Pasien hanya berobat Ketika ada masalah pada kesehatannya

Family folder dapat dilengkapi dengan instrumen penilaian indikator pola hidup bersih dan sehat (PHBS) keluarga, serta instrumen indikator keluarga sehat. Instrumen tersebut bermanfaat untuk mengevaluasi kondisi kesehatan keluarga dan lingkungan sehingga mendukung upaya peningkatan status kesehatan sebuah keluarga. Pengisian indikator PHBS dan indikator keluarga sehat pada pasien disajikan pada Tabel 3 dan Tabel 4.

**Tabel 3.** Pengisian Indikator PHBS Keluarga pasien

\	Indikator PHBS	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan	✓	
2.	Pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0 - 6 bulan	✓	
3.	Menimbang berat badan balita setiap bulan	✓	
4.	Menggunakan air bersih yang memenuhi syarat kesehatan	✓	
5.	Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun	✓	
6.	Menggunakan jamban sehat	✓	
7.	Melakukan pemberantasan sarang nyamuk di rumah dan lingkungannya sekali seminggu		✓
8.	Mengonsumsi sayuran dan atau buah setiap hari		✓
9.	Melakukan aktivitas fisik atau olahraga		✓
10	Tidak merokok di dalam rumah	✓	
<b>Kesimpulan: 70%</b>			

**Tabel 4.** Pengisian Indikator Keluarga Sehat pasien

No.	Indikator Keluarga Sehat	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Keluarga mengikuti program KB	-	✓
2.	Ibu melahirkan (bersalin) di fasilitas pelayanan kesehatan	✓	-
3.	Bayi usia 0-11 bulan diberikan imunisasi lengkap	✓	-
4.	Pemberian ASI Eksklusif bayi 0-6 bulan	✓	-
5.	Pemantauan pertumbuhan balita (2-59 bulan)	✓	-
6.	Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar	-	-
7.	Penderita Hipertensi yang berobat teratur	✓	-
8.	Penderita gangguan jiwa berat (Schizophrenia) berobat dengan benar	-	-
9.	Tidak ada anggota keluarga yang merokok	✓	-
10.	Sekeluarga sudah menjadi anggota JKN	✓	-
11.	Mempunyai sarana air bersih	✓	-
12.	Menggunakan jamban keluarga	✓	-
<b>Kesimpulan: 75% (Keluarga Pra-Sehat)</b>			



#### **D. KETERBATASAN DALAM PENELITIAN**

Penulis menyadari terdapat banyak kekurangan dalam penelitian ini. Beberapa hal berupa keterbatasan yang Penulis alami dalam penelitian ini diantaranya:

1. Pencarian pasien yang Penulis lakukan di puskesmas terbilang cukup sulit, mengingat puskesmas tempat penulis melakukan penelitian berada di kecamatan yang sangat dekat dengan beberapa rumah sakit baik pemerintah maupun swasta. Sehingga pasien-pasien dengan kondisi kesehatan yang memburuk cenderung lebih memilih untuk berobat ke rumah sakit.
2. Masyarakat sekitar puskesmas tergolong masyarakat dengan pendapatan menengah ke atas, sehingga banyak masyarakat yang bekerja dari pagi hingga sore. Sehingga pasien yang sering berobat ke puskesmas mayoritasnya adalah lansia. Sehingga puskesmas kurang bisa memberikan promosi dan pencegahan pada masyarakat usia produktif.
3. Kebanyakan pasien lansia yang mengikuti program-program kesehatan puskesmas seperti posyandu dan posbindu. Sehingga program-program yang diadakan oleh puskesmas untuk menargetkan masyarakat belum terpenuhi, karena masyarakat dengan usia produktif tidak memiliki waktu untuk mengikuti program-program puskesmas. Akibatnya Penulis tidak mengetahui bagaimana persebaran penyakit dari berbagai umur di masyarakat.

#### **D. PENUTUP**

##### **Simpulan**

Program home visit dalam penanganan ISPA di layanan kesehatan primer terbukti efektif dalam pemantauan kondisi pasien dan edukasi kesehatan. Pelaksanaan home visit memungkinkan dokter untuk memahami kondisi pasien secara lebih komprehensif, termasuk aspek fisik, psikologis, dan sosial. Dengan pendekatan ini, terjadi peningkatan kepatuhan pasien terhadap pengobatan dan perbaikan kualitas hidup mereka. Oleh karena itu, home visit direkomendasikan sebagai bagian dari standar perawatan pasien dengan ISPA di layanan kesehatan primer.

##### **Saran**

Agar program home visit lebih optimal, disarankan adanya pelatihan rutin bagi tenaga kesehatan terkait metode asesmen keluarga dan edukasi pasien. Selain itu, perlu dikembangkan sistem pencatatan dan pemantauan berbasis digital untuk meningkatkan efisiensi dan akurasi data pasien. Kolaborasi antara puskesmas, keluarga, dan komunitas juga perlu diperkuat untuk mendukung keberlanjutan perawatan pasien di lingkungan rumah mereka. Dukungan kebijakan dari pemerintah dalam bentuk regulasi dan pendanaan juga menjadi faktor penting dalam keberlanjutan program ini.

#### **E. DAFTAR PUSTAKA**

- Peraturan Menteri Kesehatan RI. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019 tentang Puskesmas. Kementerian Kesehatan RI, Nomor 65(879), 2004–2006.
- Wenny Widyawati. 2022. Kedokteran Keluarga Dan Home Visit
- Bhisma Murti, Sri Hartati, Galih Herlambang. 2021. Kedokteran Keluarga Dan Home Visit
- Saripudin, R. W. (2024). Literatur Review: Hubungan Kondisi Lingkungan Fisik Rumah Dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernafasan Akut (Ispa) Pada Balita Di Indonesia. *Jurnak Bidkesmas Respati*, 1, 27–47.
- World Health Organization. 2020. Pencegahan dan pengendalian infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) yang cenderung menjadi epidemi dan pandemi di fasilitas pelayanan Kesehatan
- Kemendes RI. (2013). Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta
- Kemendes RI. (2014). Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta
- Kemendes RI. (2015). Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta
- Meilania Eka Putri, Rapi'ah, Feni Tika Susanti, Rozanawati, Huilianti Pertiwi, Tilukman. 2024. Pemberdayaan Ibu Balita dalam Penanganan ISPA melalui Demonstrasikan TRIO DISPA dengan metode Tabletop

- Ali Indra Haryanto, Hamka, Male Sitti Nurzahra. 2024. Karakteristik Epidemiologi Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Puskesmas Telaga Biru. *Healthy Tadulako Journal*.
- Fitriasih, D., Ichwansyah, F., & Amin, F. (2024). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) Pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh. *urnal romotif reventif*, 7(6),
- Arfiza Ridwan, Zahriani. 2020. Pencegahan Primer Penyakit infeksi Saluran Pernafasan Akut Pada Balita
- Soeharso D, Kusumowidagdo A. 2019. Pengaruh Family Life Cycle Dalam Keputusan Memilih Desain Rumah Tinggal dan Lingkungan. *aksen Volume 1 Nomor 2*.
- Kadek Meidi Antika, Anak Agung Sagung Sawitri, Luh Seri Ani. 2021. Gambaran tingkat pengetahuan tenaga kesehatan terhadap penerapan rekam medis berbasis family folder
- Harjanti, Astri Sri Wariyanti. 2020. Kelebihan dan Kekurangan Penerapan Family Numbering System di Puskesmas
- Tambunan, Agustina S. 2023. Perilaku Pencegahan ISPA Masyarakat di Puskesmas Gunung Tinggi Tahun 2023
- Akbar, Zul. 2023. Perilaku Pencegahan ISPA di Wilayah Kerja Puskesmas Bunut Kabupaten Pelalawan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2022. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Kedokteran Keluarga
- Abera Z, Shiferaw A. 2019. From Multiple Register to Family folder: The Transition of Data Collection and Reporting Tools for Health Extension Workers in Ethiopia. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*
- Nurhani F. 2019. Penggunaan Metode Genogram untuk Meningkatkan Kemampuan Perencanaan Karir. *Professional, Empathy and Islamic Counseling Journal*. 2(2): 279-288.
- Joanne H. Alexander, Jane E.M. Callaghan, Lisa C. Fellin. 2024. Genograms in Research: Participants' Reflections of the Genogram Process
- Ulfi Ainun Hanifah, Nita Arisanti, Dwi Agustian, Dany Hilmanto. 2022. Hubungan Fungsi Keluarga dengan Status Gizi Anak di Kecamatan Soreang Kabupaten Bandung
- Fitriana, Dewi Yuniasih, Tira Alfiani Laariya, RR Wiwara Awisarita. 2023. Buku Panduan Belajar Layanan Kesehatan Primer Dan Kedokteran Komunitas
- Susi Oktowaty, Elsa Pudji Setiawati, Nita Arisanti. 2019. Hubungan Fungsi Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Kronis Degeneratif di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
- Hari Peni Julianti, Nita Arisanti, Kuswandewi Mutyara. 2019. Faktor Determinan Sosial Dan Fungsi Keluarga Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup