

MODUL *FIELD LAB*
EDISI REVISI I

KETERAMPILAN KEDOKTERAN KELUARGA :
KUNJUNGAN PASIEN DI RUMAH
(*HOME VISIT*)



Disusun oleh :
Prof. Bhisma Murti, dr., MPH, MSc, PhD
Sri Hartati Hadinoto, Dra, Apt, SU
Galih Herlambang, S.Ked

FIELD LAB
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
2011

TIM REVISI

1. Prof. Bhisma Murti, dr., MPH, MSc, PhD
2. Sri Hartati Hadinoto, Dra, Apt, SU
3. Galih Herlambang, S.Ked

Ucapan terima kasih kepada :

1. Putu Suriyasa, dr, PAK, Sp.Ok
2. Arsita Eka Prasetyawati, dr., M.Kes
3. Eti Poncorini Pamungkasari, dr., MPd
4. Anik Lestari, dr., M.Kes
5. Dr. Diffah Hanim, Dra., MSi.

Kata Pengantar

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT., karena atas berkah dan karunia-Nya modul keterampilan kedokteran keluarga: Kunjungan Pasien di Rumah (*Home Visit*) ini dapat tersusun. Modul ini disusun oleh tim revisi modul Field Lab FK UNS. Revisi modul ini merupakan revisi pertama atas masukan dan evaluasi dari puskesmas, tim pengelola dan mahasiswa yang sudah melaksanakan *Field lab* topik tersebut.

Seorang dokter nantinya akan banyak dihadapkan dengan masyarakat luas, apalagi tuntutan masyarakat terhadap dokter juga sudah berbeda dibandingkan jaman dulu. Dokter masa depan diharapkan adalah seorang dokter yang mumpuni, dalam menangani masalah terutama masalah kesehatan, baik individu maupun masyarakat. Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia III, akan menjawab tuntutan masyarakat terhadap dokter yang kompeten. Dalam melaksanakan KIPDI III ini, maka Fakultas Kedokteran UNS melaksanakan Kurikulum Berbasis Kompetensi. Salah satu kompetensi yang harus dimiliki adalah Kedokteran Komunitas, dengan demikian perlu dilakukan bentuk pembelajaran yang mendukung tercapainya kompetensi tersebut, yaitu berbentuk Laboratorium Lapangan. Akhir kata, tim Field Lab mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya pada pihak-pihak yang telah membantu tersusunnya manual ini. Tiada gading yang tak retak, maka kami mohon kritik dan saran untuk perbaikan pelaksanaan laboratorium lapangan topik Kedokteran Keluarga : Kunjungan Pasien di Rumah (*Home Visit*).

Penyusun, September 2011

DAFTAR ISI

Tim Penyusun	1
Kata Pengantar	2
Daftar Isi	3
BAB I. Pendahuluan	4
BAB II. Tinjauan Pustaka	6
BAB III. Tata Cara Kunjungan Pasien di Rumah	18
BAB IV. Strategi Pembelajaran	24
BAB V. Prosedur Kerja	28
BAB VI. Skala Penilaian	29
Daftar Pustaka	31
Lampiran	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia adalah negara yang dianggap tertinggal dalam sektor kesehatan dibanding dengan negara-negara lain di Asia Tenggara. Angka Kematian Bayi yang tinggi (34 per 1000 kelahiran hidup), Angka Kematian Ibu melahirkan yang tinggi (228 per 100.000 jiwa), angka harapan hidup yang rendah (6.9 pertahun), tingginya angka rata-rata prevalensi malnutrisi dan penyakit menular, diperburuk dengan isu-isu terkait tidak meratanya dan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat dan peningkatan biaya berobat yang tidak terkontrol adalah faktor-faktor penyebab memburuknya sektor kesehatan di Indonesia.

WHO (2003) menekankan bahwa kunci untuk meningkatkan status kesehatan dan mencapai *Millenium Development Goals* (MDGs) 2015 adalah dengan memperkuat sistem pelayanan kesehatan primer (*Primary Health Care*). Perlu adanya integrasi dari *Community Oriented Medical Education* (COME) ke *Family Oriented Medical Education* (FOME), salah satunya adalah dengan pelayanan Kedokteran Keluarga yang melaksanakan pelayanan kesehatan holistik meliputi usaha promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dengan pendekatan keluarga.

Kedokteran keluarga berkembang secara pesat sebagai bagian dari pelayanan kesehatan primer. Pada Januari 1995, WHO dan WONCA telah merumuskan *action plan* yang tertulis dalam “*Making Medical Practice and Education Move Relevant to People’s Needs: The Role of Family Doctor*” (Fujiati, 2005).

Di Indonesia, melalui Permenkes No. 916 Tahun 1997 tentang Pelayanan Dokter Umum yang diarahkan menjadi pelayanan dokter keluarga. Bahkan, ilmu kedokteran keluarga yang nantinya bisa menghasilkan dokter-dokter keluarga dimasukkan ke dalam Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia (KIPDI) II tahun 1993, yang merupakan bagian dari ilmu kedokteran komunitas.

Dengan adanya prinsip utama pelayanan dokter keluarga secara holistik tersebut, perlulah diketahui berbagai latar belakang pasien yang menjadi tanggungannya, serta dapat selalu menjaga kesinambungan pelayanan kedokteran yang dibutuhkan oleh pasien tersebut. Untuk dapat mewujudkan pelayanan kedokteran yang seperti ini, banyak upaya yang dapat dilakukan. Salah satu di antaranya yang dipandang mempunyai peranan amat penting adalah melakukan kunjungan rumah (*home visit*) serta melakukan perawatan pasien di rumah (*home care*) terhadap keluarga yang membutuhkan.

Karena pengetahuan tentang latar belakang pasien serta terwujudnya pelayanan kedokteran menyeluruh dinilai merupakan kunci pokok keberhasilan pelayanan dokter keluarga, maka telah merupakan kewajiban pula bagi setiap dokter untuk dapat memahami serta terampil melakukan kunjungan dan perawatan pasien di rumah tersebut.

B. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini, diharapkan mahasiswa mampu melakukan kunjungan rumah (*home visit*) sebagai pelayanan kedokteran keluarga..

Adapun *learning outcome* pembelajaran ini adalah diharap mahasiswa :

1. Menjelaskan dasar-dasar kunjungan rumah (*home visit*) dalam kedokteran keluarga
2. Melakukan tahapan-tahapan dan prosedur kegiatan kunjungan rumah (*home visit*) dalam pelayanan kedokteran keluarga

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Kedokteran Keluarga

Menurut *National University of Singapore* (2004) kedokteran keluarga adalah ilmu yang menekankan pentingnya pemberian pelayanan kesehatan yang personal, primer, komprehensif dan berkelanjutan (kontinu) kepada individu dalam hubungannya dengan keluarga, komunitas, dan lingkungannya. Istilah lain dari kedokteran keluarga adalah *Primary Care Medicine, General Practice, Family Medicine*. Kedokteran keluarga menekankan keluarga sebagai unit sosial yang memberikan dukungan kepada individu. Masalah kesehatan pasien sering disebabkan oleh masalah pada keluarga dan begitu juga sebaliknya bahwa masalah kesehatan pasien dapat menyebabkan masalah kesehatan keluarga.

Beberapa nilai utama yang dianut dalam kedokteran keluarga antara lain:

- Pelayanan berpusat pada pasien (*patient centered care*) dan perhatian khusus kepada hubungan dokter pasien,
- Pendekatan holistik: masalah penyakit pasien tidak hanya disebabkan dimensi fisik tetapi juga dari segi psikologi dan sosial (bio-psiko-sosial) dari pasien, keluarga dan komunitasnya. Pendekatan holistik sangat penting pada zaman sekarang ketika teknologi tinggi kedokteran telah menyebabkan dehumanisasi pasien dan fragmentasi pelayanan kesehatan,

- Kedokteran pencegahan: memberikan dampak kepada status kesehatan yang lebih panjang daripada kedokteran kuratif ,
- Mencakup semua usia (*Life cycle*): melayani pasien segala usia, sehingga disebut “*specialist in breadth*”,
- Tempat pelayanan: klinik, di rumah pasien, setting pelayanan lainnya.

Pelayanan kedokteran keluarga adalah pelayanan yang menyeluruh/komprehensif yang memusatkan pelayanannya kepada keluarga sebagai suatu unit dimana tanggungjawab dokter terhadap pelayanan kesehatan tidak dibatasi oleh golongan umur atau jenis kelamin pasien, juga tidak oleh organ tubuh atau jenis penyakit tertentu saja. Selain itu, pelayanan kedokteran keluarga merupakan pelayanan spesialis yang luas yang bertitik tolak dari suatu pokok ilmu yang dikembangkan dari berbagai disiplin ilmu lainnya terutama ilmu penyakit dalam, ilmu kesehatan anak, ilmu kebidanan dan penyakit kandungan, ilmu bedah, ilmu kedokteran jiwa yang membentuk kesatuan yang terpadu, diperkaya dengan ilmu perilaku, biomedik dan klinik sehingga mampu mempersiapkan dokter untuk mempunyai peran unik dalam menyelenggarakan penatalaksanaan pasien, penyelesaian masalah, pelayanan konseling serta bertindak sebagai dokter pribadi yang mengkoordinasikan seluruh pelayanan kesehatan.

Dokter keluarga (DK) merupakan dokter praktek umum (DPU) dan dokter pelayanan primer (DPP) yang menerapkan pendekatan kedokteran keluarga (Wonodirekso, 2008). Sebagai DPU, dokter keluarga

memiliki cakupan pelayanan tidak dibatasi oleh golongan usia, jenis kelamin, organologi, jenis penyakit dan status sosial. Dan sebagai DPP, dokter keluarga melakukan kontak pertama dengan pasien dan kewenangannya sebatas pelayanan kesehatan tingkat primer atau bukan spesialisik. Penerapan konsep kedokteran keluarga diperoleh dokter lulusan melalui pendidikan lanjutan khusus.

Dokter keluarga merupakan bagian utama dari pelayanan kesehatan primer. DK merupakan dokter tempat kontak pertama dan kelanjutannya (*continuing care*) dengan pasien guna menyelesaikan secara komprehensif dan terpadu semua masalah sedini dan sedapat mungkin dengan mengutamakan pencegahan dan pemantauan berkala pada penyakit kronis.

Namun, kompetensi sebagai dokter layanan primer ini sebatas yang diperoleh selama pendidikan yaitu kedokteran dasar. Hal ini menggambarkan belum seluruh cakupan ilmu dan keterampilan dokter layanan primer dikuasai dan dimahiri. Selain itu, masih banyaknya dokter yang masih belum memahami peran dokter keluarga terutama sebagai DPP. Di sisi lain, perlu disadari bahwa layanan kesehatan primer bukan layanan kesehatan yang sederhana namun masalah kesehatan yang dihadapi sangat kompleks dan luas serta membutuhkan pemahaman ilmu kedokteran dan ilmu sosial yang luas dan dalam (Abrori, 2010).

Dokter keluarga dalam pelayanannya memiliki 9 prinsip antara lain:

1. Komprehensif dan holistik
2. Kontinu

3. Mengutamakan pencegahan
4. Koordinatif dan kolaboratif
5. Personal sebagai bagian integral dari keluarganya
6. Mempertimbangkan keluarga, lingkungan kerja, dan lingkungan
7. Menjunjung tinggi etika, moral, dan hukum
8. Sadar biaya dan sadar mutu
9. Dapat diaudit dan dipertanggungjawabkan

B. Definisi dan Batasan Kunjungan Rumah (*Home Visit*) dalam Kedokteran Keluarga

Batasan kunjungan dan perawatan pasien di rumah banyak macamnya. Secara sederhana, yang dimaksud dengan kunjungan rumah adalah kedatangan petugas kesehatan ke rumah pasien untuk lebih mengenal kehidupan pasien dan atau memberikan pertolongan kedokteran sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan pasien. Sedangkan yang dimaksud dengan perawatan pasien di rumah adalah apabila pertolongan kedokteran yang dilakukan di rumah tersebut. Telah tidak termasuk lagi dalam kelompok pelayanan rawat jalan (*ambulatory services*), melainkan dalam kelompok rawat inap (*hospitalization*).

Jika diperhatikan kedua batasan di atas, terlihat bahwa ruang lingkup kegiatan pada kunjungan rumah lebih bersifat terbatas jika dibandingkan dengan ruang lingkup kegiatan pada perawatan pasien di rumah. Ruang lingkup kegiatan pada kunjungan rumah hanya untuk lebih mengenal kehidupan pasien serta melakukan pertolongan kedokteran yang bersifat rawat jalan saja. Sedangkan pada perawatan pasien di rumah, ruang lingkup kegiatan tersebut telah mencakup kegiatan pertolongan kedokteran yang bersifat rawat inap.

C. Alasan Dilakukan Kunjungan dan Perawatan di Rumah dalam Kedokteran Keluarga

Banyak alasan kenapa kunjungan dan perawatan pasien di rumah perlu dilakukan oleh dokter keluarga. Jika disederhanakan, berbagai alasan tersebut secara umum dapat dibedakan atas dua macam, yakni :

1. Untuk lebih mengenal kehidupan pasien

Telah disebutkan bahwa pelayanan dokter keluarga adalah pelayanan kedokteran menyeluruh. Untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kedokteran menyeluruh ini, diperlukan antara lain tersedianya data yang lengkap tentang keadaan pasien, sedemikian rupa sehingga dapat dikenal kehidupan pasien secara lebih lengkap. Untuk dapat mengumpulkan data ini tidak ada upaya lain yang dapat dilakukan kecuali melakukan kunjungan ke rumah pasien.

2. Untuk melakukan pertolongan kedokteran

Telah disebutkan bahwa salah satu karakteristik pokok pelayanan dokter keluarga adalah pelayanan kedokteran yang berkesinambungan. Untuk dapat mewujudkan pelayanan kedokteran yang seperti ini, tentu tidak cukup jika pelayanan dokter keluarga yang diselenggarakan hanya bersifat pasif, dalam arti hanya menanti pasien berkunjung ke tempat praktek saja. Pelayanan dokter keluarga yang baik harus bersifat aktif, dalam arti, jika memang diperlukan, melakukan kunjungan dan atau merawat pasien di rumah pasien.

Banyak alasan kenapa pertolongan kedokteran perlu dilakukan melalui kunjungan dan ataupun perawatan di rumah tersebut. Dua di antaranya yang dipandang mempunyai peranan yang amat penting, yakni :

a. Karena keadaan kesehatan pasien tidak memungkinkan untuk datang ke tempat praktek

Alasan pertama perlunya dilakukan pertolongan kedokteran melalui kunjungan dan atau perawatan di rumah adalah karena keadaan

kesehatan pasien tidak memungkinkan untuk datang berobat ke tempat praktek, atau kalau tetap dipaksakan, akan lebih memperberat keadaan pasien. Keadaan yang tidak memungkinkan tersebut banyak macamnya. Secara umum dapat dibedakan atas tiga macam, yakni :

- 1) Karena menderita penyakit akut yang tidak memungkinkan pasien untuk dibawa ke tempat praktek, atau kalau dibawa dan kebetulan menderita penyakit menular, dapat membahayakan orang lain.
 - 2) Karena menderita penyakit kronis, terutama apabila dialami oleh orang yang telah lanjut usia
 - 3) Karena menderita penyakit stadium terminal yang telah tidak ada harapan untuk hidup lagi.
- b. Sebagai tindak lanjut pelayanan rawat inap di rumah sakit

Alasan kedua perlunya dilakukan pertolongan kedokteran melalui kunjungan dan atau perawatan di rumah adalah untuk menindaklanjuti pelayanan rawat inap bagi pasien yang baru saja keluar dari rumah sakit. Dokter keluarga yang baik seyogyanya dapat melakukan pelayanan tindak lanjut ini, sedemikian rupa sehingga keadaan kesehatan pasien kembali pada keadaan semula serta dapat melakukan kegiatan rutin sehari - hari. Pada akhir - akhir ini, pelayanan tindak lanjut rawat inap melalui kunjungan dan atau perawatan di rumah, tampak makin bertambah penting. Penyebab utamanya adalah karena mahalnyanya biaya perawatan di rumah sakit, sehingga pasien karena kesulitan biaya, meskipun belum sembuh sempurna telah minta untuk segera dipulangkan.

D. Manfaat Kunjungan dan Perawatan Pasien di Rumah

Apabila kunjungan dan atau perawatan di rumah dapat dilakukan dengan sebaik-baiknya, akan diperoleh banyak manfaat. Beberapa dari manfaat tersebut antara lain adalah:

1. Dapat lebih meningkatkan pemahaman dokter tentang pasien

Adanya peningkatan pemahaman yang seperti ini mudah dimengerti, karena memanglah dengan dilakukannya kunjungan dan atau perawatan pasien di rumah tersebut, dokter akan memperoleh banyak keterangan tentang pasien yang dimaksud.

2. Dapat lebih meningkatkan hubungan dokter - pasien

Sama halnya dengan pemahaman, peningkatan hubungan dokter - pasien ini adalah juga sebagai hasil dari dilakukannya kunjungan dan atau perawatan pasien di rumah.

3. Dapat lebih menjamin terpenuhinya kebutuhan dan tuntutan kesehatan pasien

Dengan makin meningkatnya pemahaman dokter tentang keadaan pasien, dan atau dengan makin baiknya hubungan dokter - pasien, berarti sekaligus akan meningkatkan pula pemahaman dokter tentang kebutuhan serta tuntutan kesehatan pasien. Adanya pemahaman yang seperti ini jelas akan berperan besar dalam upaya lebih menjamin terpenuhinya kebutuhan dan tuntutan kesehatan pasien.

4. Dapat lebih meningkatkan kepuasan pasien

Pelayanan kedokteran yang dapat memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan pasien, apalagi jika disertai dengan hubungan dokter - pasien yang baik, pasti mempunyai peranan yang amat besar dalam lebih meningkatkan kepuasan pasien (*patient satisfaction*). Sesuatu yang pada akhir - akhir ini telah disepakati sebagai salah satu tolok ukur yang paling penting dari pelayanan kesehatan yang bermutu.

E. Masalah Kunjungan dan Perawatan di Rumah

Sekalipun kunjungan dan perawatan pasien di rumah banyak mendatangkan manfaat, bukan berarti pelaksanaan kunjungan dan perawatan pasien di rumah tersebut tidak menghadapi masalah. Dari pengalaman sehari - hari, paling tidak ditemukan ada tiga masalah pokok yang sering dihadapi. Ketiga masalah pokok yang dimaksud adalah:

1. Terbatasnya pertolongan kedokteran yang dapat dilakukan

Masalah pokok pertama yang sering ditemukan adalah terbatasnya pertolongan kedokteran yang dapat dilakukan pada waktu kunjungan rumah. Untuk dapat memberikan pertolongan kedokteran yang lengkap, diperlukan antara lain peralatan yang lengkap pula. Tentu mudah dipahami karena peralatan kedokteran lengkap tidak mungkin dibawa pada waktu kunjungan rumah, menyebabkan pertolongan kedokteran yang dapat dilakukan akan sangat terbatas sekali. Apalagi jika kebetulan berhadapan dengan penyakit yang cukup serius yang sebelumnya tidak diketahui.

2. Panggilan kunjungan rumah yang tidak diperlukan

Masalah pokok kedua yang sering dihadapi adalah adanya panggilan kunjungan rumah dari pasien atau keluarga pasien yang sebenarnya tidak diperlukan. Terjadinya peristiwa yang seperti ini tentu saja tidak diinginkan. Jika ditinjau dari sudut dokter hanya membuang waktu dan tenaga, yang apabila berlanjut sampai timbul rasa kesal, dapat membuat hubungan dokter-pasien menjadi buruk, yang tentu saja akan merugikan pasien sendiri.

3. Ketergantungan pasien atau keluarga yang berlebihan

Maksud dilakukannya kunjungan rumah antara lain adalah untuk memberikan pertolongan kedokteran sesuai dengan keperluan pasien. Tentu amat diharapkan dengan pertolongan kedokteran yang dilakukan tersebut sekaligus dapat ditingkatkan pula kemandirian

pasien memelihara kesehatannya. Sayangnya untuk beberapa pasien atau keluarga tertentu, kemandirian yang diharapkan ini tidak pernah muncul sehingga pasien atau keluarga tersebut akhirnya sangat tergantung dengan dokter, yang tentu saja apabila banyak ditemukan, akan memberatkan pekerjaan dokter.

Untuk menghindari terjadinya masalah pertama dan kedua, sangat dianjurkan kiranya dokter dapat mengumpulkan data selengkapnya tentang keadaan pasien sebelum melakukan kunjungan rumah. Dengan lengkapnya keterangan tersebut, di satu pihak dokter dapat mempersiapkan diri sebelum berkunjung ke rumah, serta di pihak lain, dapat secara bijaksana menolak melakukan kunjungan, jika memang keadaan penyakit pasien tidak memerlukannya.

Sedangkan untuk menghindari terjadinya masalah ketiga, tidak ada upaya lain yang dapat dilakukan, kecuali melakukan pendidikan kesehatan tentang hak dan kewajiban pasien terhadap diri dan atau penyakitnya sendiri, pada setiap kali berkomunikasi dengan pasien.

F. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kunjungan dan Perawatan Pasien di Rumah

Sayang sekali pelayanan kunjungan dan perawatan pasien di rumah, yang apabila dapat dilaksanakan secara semestinya akan mendatangkan banyak manfaat tersebut, namun pada akhir - akhir ini tampak mulai jarang dilakukan. Banyak faktor yang berperan sebagai penyebab di sini, yang jika diselenggarakan, secara umum dapat dibedakan atas 4 macam (McWhinney, 1981; Pritchard, 1978). Keempat faktor yang dimaksud adalah :

1. Makin mudahnya sistem komunikasi

Faktor pertama yang mempengaruhi makin berkurangnya pelayanan kunjungan dan atau perawatan

pasien di rumah adalah karena makin mudahnya sistem komunikasi, baik berupa mobil pribadi dan atau kendaraan umum. Akibatnya, apabila kebetulan ada anggota keluarga yang jatuh sakit, tidak perlu memanggil dokter ke rumah, tetapi dapat langsung membawa si sakit ke tempat praktek dokter. Di dalam faktor kemudahan sistem komunikasi ini, termasuk pula penggunaan pesawat telepon yang makin sering dilakukan. Sehingga pasien untuk penyakit yang sederhana, tidak perlu memanggil dokter ke rumah, tetapi cukup menghubungi dokter melalui telepon.

Sayangnya, untuk daerah perkotaan kemudahan sistem komunikasi ini tidaklah ditemukan. Kota besar memang selalu menghadapi masalah lalu lintas yang padat. Akibatnya, ternyata juga berpengaruh pada penurunan pelayanan kunjungan dan atau perawatan di rumah. Karena dokter yang mengalami kesulitan transportasi enggan mengunjungi pasien di rumah.

2. Makin majunya ilmu dan teknologi kedokteran

Faktor kedua yang mempengaruhi makin berkurangnya pelayanan kunjungan dan atau perawatan pasien di rumah adalah karena makin majunya ilmu dan teknologi kedokteran, terutama dalam bidang pencegahan penyakit. Akibatnya, jumlah pasien yang menderita penyakit akut, terutama bayi dan anak, yang sering dipakai sebagai alasan memanggil dokter ke rumah, mulai berkurang.

3. Penggunaan berbagai alat kedokteran canggih

Faktor ketiga yang mempengaruhi makin berkurangnya pelayanan kunjungan dan atau perawatan pasien di rumah adalah karena makin banyak dipergunakannya alat kedokteran canggih yang sulit dibawa berpergian. Sehingga pasien, untuk hasil pertolongan kedokteran yang optimal, lebih memilih untuk datang langsung berobat ke tempat praktek dokter, bukan memanggilnya datang ke rumah.

4. Sikap dan perilaku dokter

Faktor keempat yang mempengaruhi makin berkurangnya pelayanan kunjungan dan atau perawatan pasien di rumah adalah karena adanya sikap dan perilaku dokter tertentu yang enggan atau menolak untuk melakukan kunjungan dan merawat pasien di rumah. Akibatnya, tidak mengherankan jika pelayanan kunjungan dan atau perawatan pasien di rumah tampak semakin berkurang.

Bersamaan dengan ditemukannya berbagai faktor yang berperan sebagai penyebab makin berkurangnya pelayanan kunjungan dan perawatan pasien di rumah sebagaimana dikemukakan di atas, ditemukan pula berbagai faktor lainnya yang berperan sebagai pendorong makin perlu dilakukannya kunjungan dan perawatan pasien di rumah tersebut. Faktor - faktor pendorong yang dimaksudkan di sini secara umum dapat dibedakan atas tiga macam, yakni :

1. Makin meningkatnya usia hidup rata - rata anggota masyarakat

Faktor pertama yang diperkirakan mempunyai peranan yang amat besar dalam mendorong makin pentingnya pelayanan kunjungan dalam perawatan pasien di rumah adalah makin meningkatnya usia hidup rata - rata dari anggota masyarakat. Akibatnya jumlah penduduk lanjut usia akan semakin banyak ditemukan. Keadaan yang seperti ini pasti akan besar peranannya dalam mengubah sistem pelayanan kedokteran. Sebagai akibat dari masalah kesehatan penduduk lanjut usia yang bersifat khas, menyebabkan pelayanan kedokteran telah tidak dapat lagi jika hanya mengandalkan diri pada pelayanan yang bersifat pasif saja. Untuk hasil yang optimal dari pelayanan kedokteran orang usia lanjut tersebut diperlukan pelayanan kedokteran yang lebih aktif, yang antara lain

dapat diwujudkan melalui pelayanan kunjungan dan perawatan pasien di rumah.

2. Makin meningkatnya biaya pelayanan rawat inap di rumah sakit

Pada saat ini, sebagai pengaruh dari berbagai faktor, termasuk penggunaan berbagai alat kedokteran canggih, menyebabkan biaya pelayanan kesehatan, terutama pelayanan rawat inap di rumah sakit, tampak semakin meningkat. Dalam keadaan yang seperti ini tidak mengherankan jika banyak anggota masyarakat mencoba menghindar dari perawatan rumah sakit. Atau walaupun sempat dirawat, berusaha untuk segera pulang, meskipun sebenarnya keadaan kesehatan orang tersebut belum sepenuhnya pulih. Untuk dapat tetap memperoleh pertolongan kedokteran sesuai dengan kebutuhan, banyak anggota masyarakat akhirnya memang lebih suka memilih perawatan di rumah saja untuk hasilnya yang optimal, jelas sangat memerlukan pelayanan kunjungan dan ataupun perawatan pasien di rumah.

3. Karena desakan program asuransi kesehatan

Pada akhir - akhir ini, sebagai akibat dari makin meningkatnya biaya kesehatan, banyak pihak mulai mengembangkan program asuransi kesehatan. Untuk memperkecil risiko finansial, perusahaan asuransi kesehatan biasanya tidak memperlakukan sistem pembiayaan atas dasar tagihan (*indemnity*), melainkan atas dasar kapitasi (*capitation*). Dengan sistem pembiayaan yang seperti ini, tidak ada pilihan lain bagi dokter kecuali aktif menyelenggarakan pelayanan pencegahan penyakit, yang antara lain dapat dilakukan melalui pelayanan kunjungan dan perawatan pasien di rumah.

BAB III

TATA CARA KUNJUNGAN PASIEN DI RUMAH

Tata cara kunjungan pasien di rumah mencakup bidang yang amat luas. Jika ditinjau dari tenaga pelaksana, dapat dibedakan atas dua macam. Pertama, dilakukan sendiri oleh dokter yang menyelenggarakan pelayanan dokter keluarga. Kedua, dilakukan oleh petugas kesehatan khusus, lazimnya tenaga paramedis, yang telah mendapatkan pelatihan.

Sedangkan, jika ditinjau dari pihak yang mengambil inisiatif, juga dapat dibedakan atas dua macam. Pertama, atas inisiatif dokter keluarga yang melaksanakan pelayanan dokter keluarga. Kedua, atas inisiatif pasien yang memerlukan pertolongan kedokteran dari dokter keluarga.

Hanya saja, terlepas dari kategori tenaga yang akan melaksanakan dan atau para pihak yang mengambil inisiatif, suatu kunjungan pasien di rumah yang baik memang harus mengikuti suatu tata cara tertentu. Tata cara yang dimaksud secara umum dapat dibedakan atas tiga macam hal, yaitu :

A. Untuk Mengumpulkan Data tentang Pasien

Jika tujuan kunjungan rumah adalah untuk mengumpulkan data tentang pasien, tata cara yang ditempuh adalah sebagai berikut :

1. Mempersiapkan daftar nama keluarga yang akan dikunjungi

Apabila memang ada kemampuan, seyogyanya dokter keluarga dapat melakukan kunjungan rumah kepada semua keluarga yang menjadi tanggung jawabnya, terutama apabila keluarga tersebut merupakan pasien baru. Tetapi apabila kemampuan tersebut tidak dimiliki, kunjungan rumah untuk

pengumpulan data cukup dilakukan terhadap keluarga yang sangat membutuhkan saja, yakni keluarga yang termasuk dalam kelompok berisiko tinggi (*high risk family*), seperti misalnya menderita penyakit menular, isteri sedang hamil, atau keluarga dengan anak balita. Siapkanlah daftar nama keluarga yang akan dikunjungi tersebut.

2. Mengatur jadwal kunjungan

Tidak ada gunanya melakukan kunjungan rumah apabila kepala keluarga yang dapat menjelaskan tentang kehidupan keluarga yang ingin diketahui dan atau anggota keluarga yang ingin dikunjungi, sedang tidak berada di tempat. Untuk menghindari kunjungan rumah yang sia - sia ini, perlulah dilakukan pengaturan jadwal kunjungan rumah yang sebaik - baiknya.

3. Mempersiapkan macam data yang akan dikumpulkan

Macam data yang akan dikumpulkan banyak macamnya, yang kesemuanya sangat tergantung dari masalah kesehatan yang ada pada keluarga. Macam data minimal yang patut dikumpulkan adalah tentang identitas keluarga, keadaan rumah dan lingkungan pemukiman pasien, struktur keluarga (*genogram*), fungsi keluarga serta interaksi anggota keluarga dalam menjalankan fungsi keluarga. Data minimal ini sering disebut sebagai data dasar (*data base*) keluarga dan atau disebut pula sebagai *profil keluarga*.

4. Melakukan pengumpulan data

Apabila ketiga persiapan di atas selesai dilakukan, kegiatan dilanjutkan dengan melakukan kunjungan rumah serta mengumpulkan data sesuai dengan yang telah direncanakan.

Kumpulkanlah data tersebut selengkap-lengkapnyanya, tetapi jangan terburu-buru karena kecuai dapat meninggalkan kesan yang kurang baik, juga biasanya data yang dikumpulkan melalui satu kunjungan saja, sering tidak menggambarkan keadaan yang sebenarnya.

5. Melakukan pencatatan data

Kegiatan berikutnya yang dilakukan adalah mencatat semua data yang berhasil dikumpulkan. Catatan data dasar pasien ini biasanya dilakukan pada rekam medis khusus yang disebut dengan nama rekam medis keluarga.

6. Menyampaikan nasehat dan atau penyuluhan kesehatan

Sekalipun tujuan utama kunjungan rumah adalah untuk mengumpulkan data pasien, namun sangat dianjurkan pada waktu kunjungan rumah tersebut dapat sekaligus disampaikan nasehat dan ataupun dilakukan penyuluhan kesehatan, sesuai dengan hasil temuan.

Misalnya, menyampaikan nasehat tentang kebersihan perseorangan, kebersihan lingkungan pemukiman, dan lain sebagainya. Sesungguhnya melalui kunjungan rumah akan dapat dikumpulkan data tentang pasien secara lengkap, yang jika dilakukan hanya melalui wawancara di ruang praktek, hampir tidak mungkin diperoleh. Pasien memang akan lebih bersikap terbuka jika berada di lingkungan yang lebih dikenalnya, yakni lingkungan rumah dan keluarganya, bukan lingkungan tempat praktek.

B. Untuk Memberikan Pertolongan Kedokteran Atas Inisiatif Dokter Keluarga

Jika tujuan kunjungan rumah tersebut adalah untuk memberikan pertolongan kedokteran atas inisiatif dokter keluarga, misalnya untuk keperluan pelayanan tindak lanjut yang telah terjadwal dan disepakati bersama, maka tata cara yang dilakukan mencakup enam kegiatan pokok sebagai berikut :

1. Mempersiapkan jadwal kunjungan

Kegiatan pertama yang harus dilakukan adalah mempersiapkan jadwal kunjungan yang berisikan daftar nama pasien yang akan dikunjungi sesuai dengan tanggal dan jam kunjungan yang telah ditetapkan dan

disepakati oleh pasien. Ada baiknya jadwal kunjungan tersebut disusun untuk satu minggu sekali.

2. Menyampaikan jadwal kunjungan yang telah disusun kepada pasien

Jika keadaan memungkinkan ada baiknya jadwal kunjungan tersebut disampaikan kepada pasien yang akan dikunjungi. Misalnya melalui surat dan ataupun telepon, yang sebaiknya disampaikan minimal tiga hari sebelum tanggal kunjungan. Maksudnya untuk mengingatkan kembali pasien tentang perjanjian kunjungan yang akan dilakukan, yang apabila ada perubahan, masih sempat diperbaiki.

3. Mempersiapkan keperluan kunjungan

Sebelum berkunjung ke tempat pasien, dokter harus mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan, sesuai dengan pertolongan kedokteran yang akan dilakukan. Jangan lupa pula membawa rekam medis keluarga untuk pasien yang akan dikunjungi tersebut.

4. Melakukan kunjungan dan pertolongan kedokteran

Sesuai dengan tanggal dan jam yang telah ditetapkan dalam jadwal kunjungan, dokter keluarga berkunjung ke tempat pasien serta melakukan pertolongan kedokteran sesuai dengan keperluan pasien. Patut diingat dalam pertolongan kedokteran ini termasuk pula pemberian nasehat atau penyuluhan kesehatan yang ada hubungannya dengan kesehatan pasien.

5. Mengisi rekam medis keluarga

Kegiatan kelima yang dilakukan adalah mencatat semua hasil temuan serta tindakan kedokteran yang dilakukan pada rekam medis keluarga. Isilah rekam medis keluarga tersebut dengan lengkap.

6. Menyusun rencana tidak lanjut

Kegiatan terakhir yang dilakukan adalah bersama pasien menyusun rencana pelayanan tindak lanjut yang perlu dilakukan. Jika memang perlu pelayanan rawat inap di rumah sakit, bicarakanlah dengan sebaik - baiknya.

C. Untuk Memberikan Pertolongan Kedokteran Atas Inisiatif Pasien Atau Pihak Keluarga

Jika pihak yang mengambil inisiatif adalah pasien atau keluarganya, yang biasanya terjadi apabila menderita penyakit yang bersifat mendadak (*acute*), tata cara yang ditempuh adalah sebagai berikut :

1. Menanyakan selengkapnya tentang keadaan pasien
Kegiatan pertama yang dilakukan ialah menanyakan selengkapnya tentang keadaan pasien yang memerlukan kunjungan dan atau perawatan di rumah yang bersifat mendadak tersebut. Jika panggilan melalui anggota keluarga, pertanyaan dapat langsung ditanyakan kepada anggota keluarga. Tetapi jika panggilan diterima melalui telepon, usahakanlah berbicara langsung dengan pasien yang memerlukan pertolongan kedokteran di rumah tersebut.
2. Mempersiapkan keperluan kunjungan
Kegiatan kedua yang dilakukan adalah mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan, sesuai dengan pertolongan kedokteran yang diperkirakan akan dilakukan. Bawalah semua alat dan ataupun obat yang diperlukan. Jangan lupa pula membawa rekam medis keluarga untuk pasien yang akan memperoleh pertolongan kedokteran tersebut.
3. Melakukan kunjungan serta pertolongan kedokteran
Kegiatan ketiga yang dilakukan adalah mengunjungi rumah pasien serta melakukan pertolongan kedokteran sesuai dengan keperluan pasien. Sama halnya dengan kunjungan rumah atas inisiatif dokter, dalam pertolongan kedokteran yang dimaksudkan di sini termasuk pula pemberian nasehat atau penyuluhan kesehatan yang ada hubungannya dengan kesehatan pasien.
4. Mengisi rekam medis keluarga

Kegiatan keempat yang dilakukan adalah mencatat semua hasil temuan serta tindakan kedokteran yang dilakukan pada rekam medis keluarga. Isilah rekam medis keluarga tersebut dengan lengkap.

5. Menyusun rencana tindak lanjut

Kegiatan kelima yang dilakukan adalah bersama pasien menyusun rencana pelayanan tindak lanjut yang perlu dilakukan. Jika memang diperlukan pelayanan rawat inap di rumah sakit, bicarakanlah dengan sebaik-baiknya.

BAB IV

STRATEGI PEMBELAJARAN

A. Tahap Persiapan:

1. Kegiatan laboratorium lapangan dilakukan dalam kelompok yang terdiri dari 10-12 mahasiswa.
2. Tiap kelompok dipandu oleh 1 instruktur lapangan (dokter/petugas puskesmas)
3. Lokasi: 6 DKK yang mempunyai kerjasama dengan FK UNS (Sragen, Wonogiri, Sukoharjo, Klaten, Karanganyar, Boyolali).
4. Pembagian kelompok dilakukan oleh pengelola *Field Lab*, dengan konfirmasi jadwal kelompok kepada DKK dan puskesmas terkait. Pembagian kelompok untuk kunjungan rumah dibagi menjadi 3-4 kelompok kecil.
5. Pembekalan materi diberikan pada kuliah pengantar *field lab*, sesuai jadwal dari pengelola KBK FK UNS
6. Pada saat kuliah pengantar dilakukan pretest untuk mahasiswa
7. Sebelum pelaksanaan, mahasiswa disarankan melakukan survei lokasi dan menemui instruktur lapangan dengan konfirmasi sebelumnya (nomor telpon instruktur lapangan tersedia di sekretariat *field lab*).
8. Tiap mahasiswa wajib membuat lembar cara kerja, ditulis di buku tulis secara singkat dan jelas, yang diserahkan kepada instruktur lapangan untuk diperiksa. Lembar cara kerja berisi:
 - a. Tujuan Pembelajaran
 - b. Alat/ Bahan yang diperlukan
 - c. Cara Kerja

B. Tahap Pelaksanaan:

1. Pelaksanaan di lapangan 3 hari, sesuai jadwal dari tim pengelola KBK FK UNS.

Hari I :

Mempelajari data-data pasien puskesmas setempat untuk memilih keluarga yang akan dilakukan kunjungan rumah (*home visit*) pada hari kedua. Pembagian kelompok kecil untuk kunjungan rumah. Membuat jadwal kunjungan rumah dengan keluarga pasien yang akan dikunjungi.

Hari II :

Pelaksanaan, pencatatan dan pelaporan kunjungan rumah (*home visit*)

Hari III :

Pengumpulan laporan dan evaluasi

2. Peraturan yang harus dipenuhi mahasiswa :
 - a. Mahasiswa harus memakai jas laboratorium di lapangan dengan kancing jas lab dikancingkan secara rapi.
 - b. Mahasiswa datang sesuai jam kerja Puskesmas, menemui instruktur dan mengikuti kegiatan sesuai arahan instruktur lapangan.
 - c. Apabila kelompok mengganti hari, diperbolehkan, dengan catatan tidak mengganggu kegiatan pembelajaran lain di FK dan melaporkan pada pengelola *field lab*/pengampu topik.

C. Tahap Pembuatan Laporan

Tiap mahasiswa membuat laporan kelompok kecil 2 eksemplar, diketik komputer, 5-10 halaman (tidak termasuk cover dan halaman pengesahan), hari ketiga kegiatan harus diserahkan instruktur lapangan untuk disetujui/disahkan, ditunjukkan dengan lembar tanda tangan persetujuan instruktur lapangan.

Format Laporan :

- Halaman cover
- Lembar pengesahan instruktur lapangan

- Daftar isi

I. Pendahuluan dan tujuan pembelajaran

Uraikan secara singkat tentang kunjungan rumah (home visit) dalam kedokteran keluarga dan tujuan pembelajaran.

II. Hasil kegiatan kunjungan rumah

III. Pembahasan hasil kunjungan rumah

IV. Penutup

V. Daftar Pustaka

Satu eksemplar laporan diserahkan pada instruktur lapangan, 1 laporan diserahkan pada pengelola *field lab* setelah disahkan instruktur lapangan (laporan untuk *field lab* diserahkan ke bagian field lab paling lambat 1 minggu sesudah pelaksanaan).

Apabila ada mahasiswa yang membuat laporan sama persis dengan temannya akan dikembalikan dan pengurangan nilai.

D. Tata Cara Penilaian

1. Instruktur memberi penilaian terhadap mahasiswa sesuai dengan *checklist* yang ditetapkan dalam buku panduan.
2. Posttest dilaksanakan di Fakultas Kedokteran sesuai jadwal pengelola *Field Lab*.
3. Apabila mahasiswa tidak mengikuti salah satu dari tiga kegiatan *Field lab* (pretest, lapangan, posttest) maka dinyatakan tidak memenuhi syarat dan nilai akhir tidak bisa diolah.
4. Pretest dan posttest susulan dapat diberikan pada mahasiswa yang tidak dapat mengikuti karena sakit, ditunjukkan dengan bukti surat keterangan sakit dari dokter atau rumah sakit. Mahasiswa yang bersangkutan dapat menghubungi pengelola topik segera.

NILAI AKHIR MAHASISWA :

1 (pretest) + 1 (posttest) + 3 pelaksanaan lapangan (checklist)

5

5. Batas nilai yang dinyatakan lulus adalah 70 %.
6. Bila ada mahasiswa mendapat nilai kurang dari 70%, akan dilakukan remidi yang akan dijadwalkan oleh *field lab*. Bila remidi tidak lulus maka mengulang semester depan.
7. Nilai remidiasi maksimal 70.

BAB V

PROSEDUR KERJA

HARI PERTAMA

1. Mempelajari data-data pasien rawat jalan di puskesmas setempat untuk memilih sasaran keluarga yang akan dikunjungi sesuai jumlah kelompok kecil.
2. Melakukan survey pasien yang akan dikunjungi pada hari kedua dan membuat janji jadwal kunjungan yang akan dilakukan kemudian dikonsultasikan kepada instruktur lapangan.
3. Mengidentifikasi dan membuat prioritas masalah yang ada di dalam keluarga yang akan dikunjungi untuk persiapan pemberian nasehat/penyuluhan pada saat pelaksanaan kegiatan kunjungan pasien di rumah (*home visit*).
4. Mengisi form-form pelaporan kegiatan kunjungan rumah (*home visit*) yang ada di puskesmas.
5. Mempersiapkan alat yang akan dipakai dalam kunjungan pasien di rumah (tensimeter, stetoskop, termometer, senter, media penyuluhan)

HARI KEDUA

6. Melaksanakan kunjungan rumah (*home visit*) sesuai dengan tata cara yang telah dipelajari sebelumnya
7. Mengisi form-form data kunjungan rumah yang telah ditentukan.
8. Melaporkan secara lisan kegiatan yang telah dilaksanakan kepada instruktur atau pihak puskesmas
9. Membuat analisa atas data-data yang telah dikumpulkan
10. Menyusun laporan akhir kegiatan

HARI KETIGA

11. Mengumpulkan laporan akhir dan presentasi hasil kunjungan rumah

BAB VI. SKALA PENILAIAN

NO	HAL	0	1	2	3	4
1.	Persiapan					
	Membuat format rencana kerja sesuai panduan					
2.	Prosedur pelaksanaan					
	Menunjukkan kedisiplinan (datang tepat waktu)					
	Menunjukkan penampilan rapi dan sikap sopan terhadap staf puskesmas dan atau masyarakat yang dilayani (bila ada)					
	Mampu membuat identifikasi masalah dan prioritas masalah keluarga					
	Mampu melakukan pelayanan kunjungan pasien di rumah (<i>home visit</i>)					
	Mampu melakukan nasehat/penyuluhan pada keluarga berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun sebelumnya					
	Mampu membuat analisis data yang telah terkumpul untuk menentukan tindak lanjut (monitoring dan evaluasi) terhadap masalah keluarga					
3	Laporan dan Presentasi					
	Isi laporan sesuai tujuan pembelajaran					
	Format laporan sesuai panduan					
	Cara penyampaian materi dan media presentasi hasil kunjungan rumah					
	Diskusi dan tanya jawab					
	JUMLAH					

Keterangan

- 0 : tidak melakukan
- 1 : melakukan, 25% benar
- 2 : melakukan, 50% benar
- 3 : melakukan, 75% benar
- 4 : melakukan, 100% benar

NILAI : ----- X 100 % =

44

DAFTAR PUSTAKA

- Abrori, 2010. *Perbedaan antara Dokter dan Dokter Keluarga*. Diunduh dari : <http://blog.unila.ac.id/hadinata/2010/06/12/perbedaan-antara-dokter-dan-dokter-keluarga/> (Diakses 06 September 2010).
- Allan H., Lawren A. May, Alber G Muller JR. 1995. *Primary Care Medicine*. JB. Lipincott Company.
- Azwar, A. 1996. *Pengantar Pelayanan Dokter Keluarga*. Jakarta : Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia.
- Azwar, A. 1999. *Pemanfaatan Dokter Keluarga dalam Pelayanan Kesehatan Indonesia*. Disampaikan pada Semiloka Standarisasi Pelayanan dan Pelatihan Dokter Keluarga. Jakarta : PB IDI.
- Azwar, A. 1999. *Implementasi Kedokteran Keluarga pada Fakultas Kedokteran*. Jakarta : Orasi Ilmiah Dies Natalis UI ke-49.
- Azwar dan Trihono. 2000. *Puskesmas Peduli Keluarga*. Disampaikan pada Semiloka Penerapan Pendekatan Kesehatan Keluarga di Puskesmas. Kerjasama DepKes Prop. Jateng dengan UNS.
- Family Medicine Team of FM-UGM, FM-UNS, FM-UI, and PDKI Pusat Jakarta. 2009. *Family Medicine Education and Development in National Health System*. Yogyakarta : Center of Family Medicine.
- Jurusan IKM FK UNS. 2002. *Modul Kedokteran Keluarga : Pelayanan di Keluarga*. KK 05. Surakarta : Program Semi Que IV Peningkatan Kualitas Pendidikan Sarjana dan Manajemen Perguruan Tinggi Indonesia.

- Kanwil Depkes Jateng. 2000. *Pedoman Upaya Kesehatan melalui Pendekatan Keluarga*. Semarang.
- Murtagh, J. 1998. *General Practice*. Mc Graw Hill Company.
- Robert B. Taylor (ed). 1993. *Family Medicine Principles and Practice*. Springer-Verlag.
- Wonodirekso, Sugito. 2008. *Karir Dokter di Ranah Pelayanan Kesehatan Primer*. Diunduh dari : <http://staff.ui.ac.id/internal/130520511/material/Pe%20maparan%20tentang%20Dokter%20Keluarga.pdf> (Diakses 6 September 2010).

LAMPIRAN

Formulir Kunjungan Rumah

A. Karakteristik Demografis Keluarga								
No	Nama	Ke du du ka n	L / P	U m u r	Pen didi kan	Pek erja an	Pende rita Klini k	Ket

B. Identitas Penderita

1. Nama
2. Umuer
3. Jenis kelamin
4. Agama
5. Pekerjaan
6. Alamat
7. Status pernikahan
8. Tanggal kunjungan

C. Penetapan Masalah Pasien

1. Riwayat medis
2. Riwayat penyakit keluarga
3. Riwayat kebiasaan
4. Riwayat sosial ekonomi
5. Riwayat gizi
6. Diagnosis holistik (biopsikososial)

D. Fungsi Keluarga

- a. Fungsi biologis
- b. Fungsi sosial
- c. Fungsi psikologis
- d. Fungsi ekonomi dan pemenuhan kebutuhan

<ul style="list-style-type: none"> e. Fungsi penguasaan masalah dan kemampuan beradaptasi f. Fungsi fisiologis (skor APGAR) g. Fungsi patologis (SCREEM) h. Kesimpulan permasalahan fungsi keluarga
<p>E. Struktur Keluarga (Genogram)</p>
<p>F. Interaksi Keluarga</p>
<p>G. Keadaan Rumah dan Lingkungan</p>
<ul style="list-style-type: none"> a. Ukuran rumah b. Ruang tamu c. Ruang keluarga d. Kamar tidur e. Kamar mandi/WC

<ul style="list-style-type: none"> f. Dapur g. Dinding rumah h. Ventilasi rumah i. Lantai rumah j. Sumur/sumber air k. Septi tank l. Tempat pembuangan sampah
H. Denah Rumah
I. Daftar Masalah
<ul style="list-style-type: none"> a. Masalah medis b. Masalah nonmedis
J. Kesimpulan dan Saran
<ul style="list-style-type: none"> a. Kesimpulan (pasien, bentuk keluarga, diagnosis biopsikososial) b. Saran (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif)

