



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR RISIKO PENYAKIT JANTUNG
KORONER (PJK) DIKAITKAN DENGAN PROGRAM
PROMOSI KESEHATAN PEKERJA
DI PT. X TAHUN 2005 - 2007**

TESIS

OLEH:

MUHAMMAD SOFFIUDIN

0706189526

PROGRAM STUDI

MAGISTER KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS INDONESIA

2008

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI
MAGISTER KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

TESIS, DESEMBER 2008

Muhammad Soffiudin

Analisis Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner Dikaitkan Dengan Program Promosi Kesehatan Pekerja di PT X Tahun 2005 – 2007

101 halaman, 14 tabel, 8 gambar, 6 grafik, 5 lampiran

ABSTRAK

Prevalensi Penyakit Jantung Koroner (PJK) di seluruh dunia dari tahun ke tahun terus meningkat. PJK telah menjadi penyebab kematian di beberapa negara di dunia dan diprediksi akan menjadi penyebab kematian nomor satu di dunia. Di kalangan *Kontraktor Production Sharing* (KPS) penyebab kematian diantara para pekerja KPS adalah penyakit kardiovaskuler.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor risiko PJK yang kemudian dihubungkan dengan program Promosi Kesehatan Pekerja di PT X dari tahun 2005 – 2007.

Penelitian ini menggunakan subjek pekerja pada PT X. Penelitian ini dilakukan di Pulau Kalimantan pada bulan Oktober 2008. Desain penelitian yang dilakukan adalah *cross sectional* dengan pendekatan secara kuantitatif dan kualitatif. Teknik sampling yang digunakan yaitu *purposive sampling*.

Medical Department PT X bertanggung jawab untuk masalah kesehatan karyawan secara komprehensif meliputi pelayanan yang bersifat *promotive, preventive, curative* dan *rehabilitative*. Budget perusahaan terbesar diberikan ke *Medical Department* untuk pelayanan yang bersifat *curative* dan *rehabilitative*.

Prevalensi hipertensi pada tahun 2005 diketahui 11,4%, tahun 2006 meningkat menjadi 16,5% dan tahun 2007 terjadi peningkatan sebesar 17,36%. Prevalensi DM pada tahun 2005 diketahui 8,97%, tahun 2006 meningkat menjadi 9,72% dan tahun 2007 terjadi peningkatan sebesar 12,13%. Prevalensi dislipidemia pada tahun 2005 diketahui 5,34%, tahun 2006 meningkat menjadi 6,67% dan tahun 2007 terjadi peningkatan sebesar 8,09%.

Prevalensi hipertensi dari tahun 2005-2007 terus mengalami peningkatan, prevalensi diabetes mellitus dari tahun 2005-2007 terus mengalami peningkatan, prevalensi dislipidemia dari tahun 2005-2007 terus mengalami peningkatan. Promosi Kesehatan Pekerja yang dikembangkan PT X dikembangkan berdasarkan model dari Ottawa Charter 1986. Kebijakan perusahaan berkaitan dengan masalah kesehatan karyawan sudah ada walaupun dalam pelaksanaannya masih kurang baik. *Budget* terbesar perusahaan saat ini adalah untuk penanganan kasus-kasus yang bersifat *curative* dan *rehabilitative* untuk para karyawan dan keluarganya (*dependent*).

Promotion & prevention harus menjadi prioritas utama seperti; Kebijakan hari Rabu sebagai hari olahraga harus dilaksanakan sehingga tidak boleh ada kegiatan lain setelah pukul 16.00 selain kegiatan olahraga dengan melakukan sosialisasi ulang, promosi kesehatan melalui media *intranet (health desk)* harus lebih disosialisasikan, perlu adanya seorang *nutrisionist* di *camp service* sehingga kadar gizi para karyawan dapat terkontrol, dalam merumuskan kebijakan yang berkaitan dengan promosi kesehatan harus melibatkan seluruh karyawan sehingga program-program yang dilaksanakan dapat lebih efektif dan efisien.

Kata kunci : penyakit jantung koroner, promosi kesehatan pekerja

Referensi : 34 (1986 – 2008)

UNIVERSITY OF INDONESIA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
POST GRADUATE PROGRAM
OF OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY

THESIS, DECEMBER 2008

Muhammad Soffiudin

Risk Factor Analysis Coronary Heart Disease Related With Work Health Promotion Program At PT X Year 2005 – 2007

101 pages, 14 tables, 6 charts, 8 pictures, 5 appendixes

ABSTRACT

Coronary Heart Disease (CHD) in the world from year to year has been increased. CHD has been dead caused at several countries in the world and get predicted will be the first dead caused in the world. At Kontraktor Production Sharing (KPS) dock dead caused among KPS worker is cardiovascular disease.

Research was performed to find risk factor CHD and then related with Work Health Promotion program at PT X year 2005 – 2007.

The research subject was worker at PT X. The research was held on October 2008 at Kalimantan island. the research design of this study is cross sectional with kuantitative and kualitative approach. Sampling technique that used was purposive sampling.

Medical Department get responsible for employees health problem in komprehensif including promotive, preventive, curative and rehabilitative services. The biggest budget only for curative and rehabilitative. The study defined that the prevalence of hypertension year 2005 is 11,4%, year 2006 increase to 16,5% and year 2007 increase to 17,36%. Prevalence of Diabetes Mellitus (DM) year 2005 is 8,97%, year 2006 increase to 9,72% and year 2007 increase to 12,13%. Prevalence of

dislipidemia year 2005 is 5,34%, year 2006 increase to 6,67% and year 2007 increase to 8,09%.

Prevalence of hypertension year 2005 – 2007 has been increased, prevalence of DM year 2005 – 2007 has been increased, prevalence of dislipidemia year 2005 – 2007 has been increased. Work Health Promotion at PT X was developed based on Ottawa Charter 1986. The company policies about work health is good enough although shortage in implementation. The biggest budget only for curative and rehabilitative for employees and their dependents.

Promotion and prevention have to become a priority such as; the policy that decided Wednesday as a sport day must be realized so no more activity after 4 pm except sport. Health promotion by intranet media has to socialized. There's need a nutritionist at camp service to control worker nutrition status. In ascertain policy be related with health promotion must involved worker so the policy can be more effective.

Keywords : coronary hearth disease, work health promotion

Bibliography : 34 (1986 – 2008)



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR RISIKO PENYAKIT JANTUNG
KORONER (PJK) DIKAITKAN DENGAN PROGRAM
PROMOSI KESEHATAN PEKERJA
DI PT. X TAHUN 2005 - 2007**

Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keselamatan Dan Kesehatan Kerja

OLEH:

MUHAMMAD SOFFIUDIN

0706189526

PROGRAM STUDI
MAGISTER KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS INDONESIA

2008

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Depok, 5 Desember 2008

Pembimbing

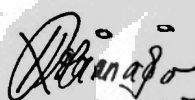


(DR. Robiana Modjo, SKM, MKes)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS PROGRAM MAGISTER KESELAMATAN
DAN KESEHATAN KERJA UNIVERSITAS INDONESIA**

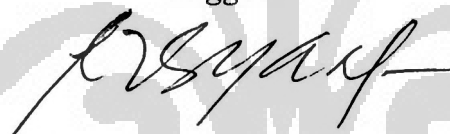
Depok, 5 Desember 2008

Ketua



(DR. Robiana Modjo, SKM, MKes)

Anggota



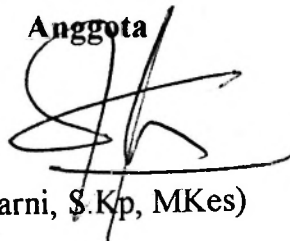
(Drs. Ridwan Z. Sjaaf, MPH)

Anggota



(Drs. Anwar Hasan, MPH)

Anggota



(Mayarni, S.Kp, MKes)

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Muhammad Soffiudin
NPM : 0706189526
Mahasiswa : Program Pasca Sarjana Program Studi Magister
Keselamatan dan Kesehatan Kerja FKM UI
Kelas / Peminatan : Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penyusunan tesis saya yang berjudul :

**“ANALISIS FAKTOR RISIKO PENYAKIT JANTUNG KORONER
DIKAITKAN DENGAN PROGRAM PROMOSI KESEHATAN PEKERJA DI
PT. X TAHUN 2005 – 2007 “**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi sebagaimana yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Depok, 5 Desember 2008



Muhammad Soffiudin

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang yang telah melimpahkan segala rahmat Nya, sehingga tesis yang berjudul Analisis Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner (PJK) Pada Karyawan di PT X Pada Tahun 2005 – 2007 dapat diselesaikan.

Tesis ini merupakan tugas akhir sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Program Magister Keselamatan dan Kesehatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Ucapan terima kasih dan penghargaan sebesar-besarnya Penulis sampaikan kepada :

1. DR. Robiana Modjo, SKM, MKes, atas bimbingan, arahan, dukungan dan berbagai bantuannya sehingga tesis ini dapat terlaksana dengan cukup baik.
2. Drs. Ridwan Z Sjaaf, MPH, atas masukan dan kesediaannya menjadi penguji seminar proposal, seminar hasil tesis dan sidang tesis, juga sebagai Kepala Departemen K3 FKM UI.
3. dr. Iwan. G.T, MKes selaku manajer medis PT X terimakasih atas ijin untuk dilakukannya penelitian ini.
4. Mayarni, S.Kp, MKes dan Drs. Anwar Hasan, MPH, atas kesediaannya menjadi penguji dan telah memberikan masukan serta arahan dalam ujian tesis ini, untuk kesempurnaan tesis ini.
5. dr. Agung, dr. Suhartono, dr. Budi, pak Rahmat, Pak Agung selaku staf medis PT X yang telah memberikan banyak bantuan dalam pengumpulan data penelitian ini.

6. Pak Fredy dan Pak Huda, atas bantuannya selama dilakukannya penelitian di PT X
7. Seluruh Manajemen dan Karyawan PT. X atas kesediannya untuk menjadi informan dalam rangka pengumpulan data kualitatif berupa FGD maupun *indepth interview*.
8. Terimakasih yang tak terhingga kepada kedua orang tua kami Bapak Asmawi Sainin dan Ibu Siti Namroh atas dukungan do'a dan materiil sejak awal hingga selesainya masa pendidikan.
9. Terimakasih kepada kak selvi dan mas nanang atas dukungannya
10. *Someone special, nisa thanks a lot hon.*
11. Seluruh civitas akademi Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
12. Teman – teman MK3 UI, *specially to* uda jefry dan teman-teman lainnya yang mohon maaf tidak dapat disebutkan satu-persatu atas dukungan, motivasi dan bantuannya. Jangan pernah lupain ane yee!
13. Semua pihak yang karena kealpaan penulis, tidak disebutkan dalam kata pengantar ini dan telah memberikan bantuan dalam bentuk apapun, terimakasih...!

Depok, Desember 2008

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR GRAFIK	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
RIWAYAT HIDUP	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah	8
1.3. Pertanyaan Penelitian	8
1.4. Tujuan	9
1.4.1. Tujuan Umum	9
1.4.2. Tujuan Khusus	9
1.5. Manfaat Penelitian	10
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1. Definisi Kesehatan Kerja	12
2.2. Definisi Promosi Kesehatan Pekerja (PKP)	16
2.3. Model Program Promosi Kesehatan Pekerja	17
2.4. Alasan PKP penting	20
2.4.1. Menitikberatkan Pada Kesehatan.....	21

	2.4.2. Menitikberatkan Pada Persepsi	24
	2.4.3. Menitikberatkan Pada Strategi Bisnis	24
	2.5. Penyakit Jantung Koroner (PJK)	27
	2.5.1 Faktor-Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner.	31
	2.5.2 Hipertensi	32
	2.5.3. Komplikasi Kronik Diabetes Melitus PJK	38
	2.5.4. Dislipidemia	43
BAB III	KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP	57
	3.1. Kerangka Teori	57
	3.2. Kerangka Konsep	58
	3.3. Definisi Operasional	59
BAB IV	METODOLOGI	61
	4.1. Jenis Penelitian	61
	4.2. Tempat dan Waktu Penelitian.....	61
	4.3. Populasi dan Sampel.....	61
	4.3.1. Populasi	61
	4.3.2. Sampel	61
	4.4. Pengumpulan Data.....	62
	4.4.1. Data Primer	62
	4.4.2. Data Sekunder	62
	4.5. Instrumen/Alat Pengumpul Data	62
	4.6. Responden	64
	4.7. Proses Pengolahan Data	65
	4.8. Analisis Data	66

	4.8.1. Analisis Data Kuantitatif	66
	4.8.2. Analisis Data Kualitatif.....	66
BAB V	HASIL PENELITIAN.....	67
	5.1. Gambaran Program Promosi Kesehatan Pekerja PT X.....	67
	5.2. Gambaran Perbandingan Jumlah Karyawan Yang Menderita Hipertensi Dengan Jumlah Keseluruhan Karyawan PT X.....	76
	5.3. Gambaran Prevalensi Hipertensi PT X	77
	5.4. Gambaran Perbandingan Jumlah Karyawan Yang Menderita DM Dengan Jumlah Keseluruhan Karyawan PT X	78
	5.5. Gambaran Prevalensi DM PT X	79
	5.6. Gambaran Perbandingan Jumlah Karyawan Yang Menderita Dislipidemia Dengan Keseluruhan Jumlah Karyawan PT X.....	80
	5.7. Gambaran Prevalensi Dislipidemia PT X	81
BAB VI	PEMBAHASAN	82
	6.1. Pembahasan Hipertensi	82
	6.2. Pembahasan Diabetes Mellitus	84
	6.3. Pembahasan Dislipidemia	87
	6.4. Pembahasan Data Kualitatif	88
BAB VII	KESIMPULAN DAN SARAN	96
	7.1. Kesimpulan	96
	7.2. Saran	97
	DAFTAR PUSTAKA	98

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan JNC VII.....	32
Tabel 2.2.	Kriteria Pengendalian Diabetes Mellitus	41
Tabel 2.3.	Kadar Kolesterol Dalam Berbagai Tingkatan.....	46
Tabel 2.4.	Kadar Kolesterol Total Juga Dapat Menggambarkan Kadar Kolesterol LDL	47
Tabel 2.5.	Klasifikasi EAS (<i>European Atherosclerosis Society</i>)	47
Tabel 2.6.	Klasifikasi NECP (<i>National Cholesterol Education Program</i>)	47
Tabel 2.7.	Klasifikasi WHO (<i>World Health Organization</i>).....	48
Tabel 2.8.	Faktor-faktor Risiko PJK	49
Tabel 2.9.	Komposisi I – II	51
Tabel 3.1.	Definisi Operasional	59
Tabel 4.1.	Responden Pendekatan Studi dan Cara/Alat Pengumpulan Data	65
Tabel 5.1.	Matriks Hasil FGD Dan <i>Indepth Interview</i>	72
Tabel 5.2.	Program Promosi Kesehatan Pekerja Dan Pelaksanaannya.....	73
Tabel 5.3.	Matriks <i>Ottawa Charter</i>	74

DAFTAR GAMBAR

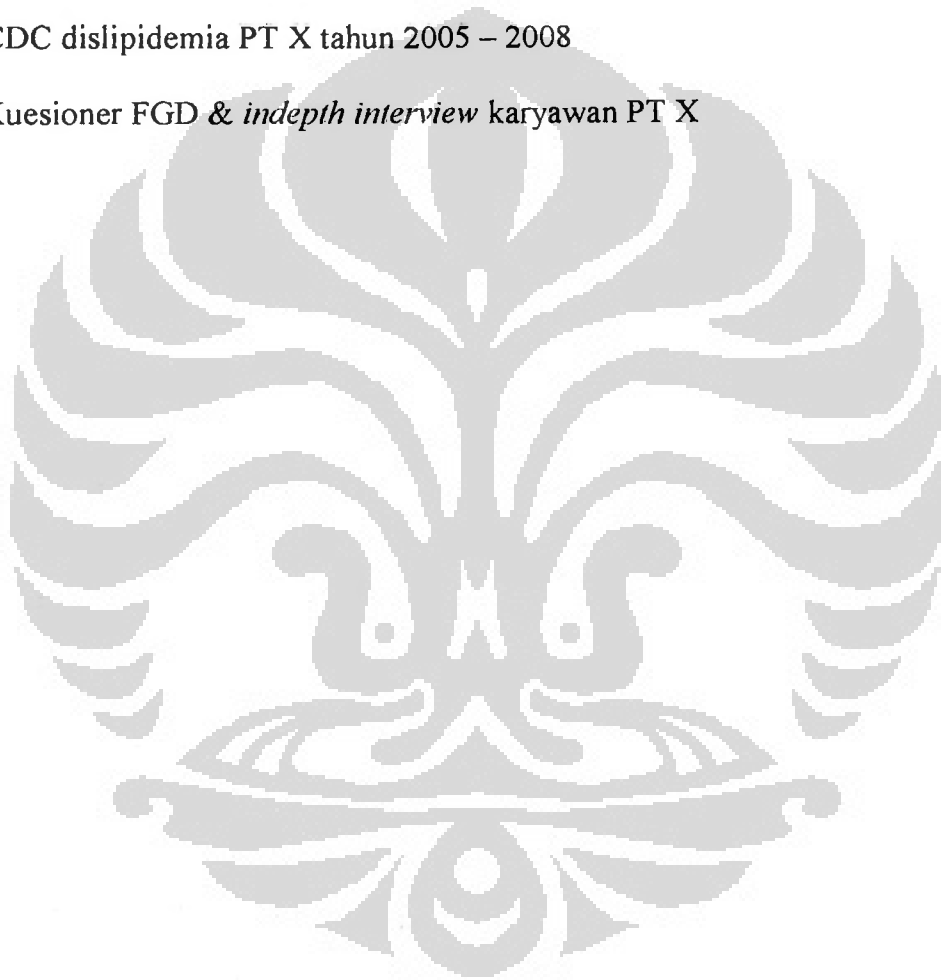
Gambar 2.1.	<i>Ottawa Charter</i>	18
Gambar 2.2.	<i>Risk Factors of Cardiovascular Disease</i>	31
Gambar 2.3.	Langkah-langkah Pengelolaan Pasien Dislipidemia Untuk Penderita PJK	53
Gambar 2.4.	Langkah-langkah Pengelolaan Pasien Dislipidemia Dengan Usia >30 Tahun Tanpa PJK Namun Mempunyai 2 Faktor Risiko Atau Lebih.....	54
Gambar 2.5.	Langkah-langkah Pengelolaan Pasien Dislipidemia Dengan Usia Diatas 30 Tahun Tanpa PJK dan Hanya ada Satu Faktor Risiko Atau Kurang.....	55
Gambar 3.1.	Kerangka Teori	57
Gambar 3.2.	Kerangka Konsep	58
Gambar 5.1	Struktur Organisasi PT X	75

DAFTAR GRAFIK

Grafik 5.1.	Perbandingan Jumlah Karyawan Penderita Hipertensi Dengan Jumlah Karyawan Total	76
Grafik 5.2.	Prevalensi Hipertensi	77
Grafik 5.3.	Perbandingan Jumlah Karyawan Penderita Diabetes Mellitus Dengan Jumlah Karyawan Total	78
Grafik 5.4.	Prevalensi Diabetes Mellitus	79
Grafik 5.5.	Perbandingan Jumlah Karyawan Penderita Dislipidemia Dengan Jumlah Karyawan Total	80
Grafik 5.6.	Prevalensi Dislipidemia	81

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Jumlah karyawan PT X tahun 2005 – 2008
- Lampiran 2. CDC hipertensi PT X tahun 2005 – 2008
- Lampiran 3. CDC DM PT X tahun 2005 – 2008
- Lampiran 4. CDC dislipidemia PT X tahun 2005 – 2008
- Lampiran 5. Kuesioner FGD & *indepth interview* karyawan PT X



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Muhammad Soffiudin
Tempat, Tanggal Lahir : Jakarta, 18 November 1983
Agama : Islam
Alamat : Jl. Assakinah raya no. 33 Kelurahan Kebagusan,
Kecamatan Pasar minggu Jakarta Selatan 12520
Telepon : (021) 7820614 / 081511011065
E – Mail : dr_sofy_mkkk@yahoo.co.id

RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Pasca Sarjana Program Magister Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Universitas Indonesia : 2007 – 2009
2. Sarjana Kedokteran, Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi : 2002 – 2006
3. SMUN 28 Jakarta Selatan : 1999 – 2002
4. SMPN 41 Jakarta Selatan : 1996 – 1999
5. SD Islam Al-Azhar Pasar minggu Jakarta Selatan : 1990 – 1996

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Setiap pekerja berhak atas derajat kesehatan yang optimal sebagai modal yang azasi untuk dapat menjalankan aktivitas yang produktif. Pekerja baik di sektor swasta maupun pemerintah, perusahaan formal maupun informal, selain proporsinya lebih dari 70 % dari seluruh populasi, pada hakekatnya merupakan jantungnya organisasi dan motornya produktivitas. Di tempat kerja kemungkinan terdapat tiga sumber utama bahaya potensial kesehatan kerja yaitu; 1) lingkungan kerja, 2) pekerjaan, serta 3) manajemen yang belum terlatih tentang kesehatan dan keselamatan kerja. Apabila kondisi bahaya potensial dari ketiga sumber utama tersebut dapat diminimalkan, apalagi dieliminasi; maka pekerja dapat lebih leluasa mewujudkan tanggung jawabnya masing-masing untuk melakukan perawatan diri menuju tingkat kesehatan dan pemeliharaan kesehatan yang setinggi-tingginya. Sebagai sumber daya terpenting dalam organisasi, wajar apabila pekerja dijamin aksesnya untuk berpartisipasi dalam program kesehatan kerja yang memfasilitasi pencapaian derajat kesehatan dan kapasitas kerja yang setinggi-tingginya, sambil juga melindungi pekerja dari kemungkinan pengaruh yang merugikan kesehatan karena pemajanan oleh bahaya potensial terhadap kesehatan di tempat kerja. (Depkes, 2008)

Fokus program promosi kesehatan kerja di tempat kerja, bermanfaat untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kebugaran atau kapasitas kerja dan juga dapat

mencegah penyakit degeneratif kronik seperti misalnya penyakit jantung koroner, stroke, kanker, penyakit paru obstruksi kronik dan lain-lain. Bahkan penyakit degeneratif kronik itu, kini telah menjadi penyebab kematian nomor satu pekerja usia prima melebihi kematian yang disebabkan oleh kecelakaan kerja, penyakit akibat kerja maupun penyakit menular. (WHO, 1996)

Oleh karena itu pelayanan kesehatan kerja tidak cukup hanya melindungi kesehatan pekerja dari pengaruh buruk yang ditimbulkan oleh pemajanan dengan *hazard* kesehatan yang berasal dari lingkungan kerja dan pekerjaan. Akan tetapi kesehatan kerja masa kini harus memprioritaskan program promosi kesehatan pekerja di tempat kerja yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan kerja yang melaksanakan upaya perbaikan derajat kesehatan fisik, mental dan sosial pekerja serta dalam rangka pencegahan penyakit yang jelas tinggi prevalensinya diantara pekerja, selain mendukung sumber daya manusia dalam mencapai kinerja, jenjang karir dan produktivitas organisasi atau tempat kerja yang setinggi-tingginya. (Depkes, 2008)

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan problema kesehatan utama di negara maju. Di Indonesia telah terjadi pergeseran kejadian Penyakit Jantung dan pembuluh darah dari urutan ke-10 tahun 1980 menjadi urutan ke-8 tahun 1986. Sedangkan penyebab kematian tetap menduduki peringkat ke-3. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya Penyakit Jantung Koroner sehingga usaha pencegahan harus bentuk multifaktorial juga. (Johan, 2004)

Pencegahan harus diusahakan sedapat mungkin dengan cara pengendalian faktor faktor risiko PJK dan merupakan hal yang cukup penting dalam usaha

pencegahan PJK, baik primer maupun sekunder. Pencegahan primer lebih ditujukan pada mereka yang sehat tetapi mempunyai risiko tinggi, sedangkan sekunder merupakan upaya memburuknya penyakit yang secara klinis telah diderita. (Johan, 2004)

Berbagai Penelitian telah dilakukan selama 50 tahun lebih dimana didapatkan variasi insidens PJK yang berbeda pada geografis dan keadaan sosial tertentu yang makin meningkat sejak tahun 1930 dan mulai tahun 1960 merupakan penyebab kematian utama di negara Industri. Mengapa didapatkan variasi insidens yang berbeda saat itu belum diketahui dengan pasti, akan tetapi didapatkan jelas terjadi pada keadaan keadaan tertentu. (Johan, 2004)

Penelitian epidemiologis akhirnya mendapatkan hubungan yang jelas antara kematian dengan pengaruh keadaan sosial, kebiasaan merokok, pola diet, *exercise*, dsb yang dapat dibuktikan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya PJK antara lain: umur, kelamin ras, geografis, keadaan sosial, perubahan masa, kolesterol, hipertensi, merokok, diabetes, obesitas, *exercise*, diet, perilaku dan kebiasaan lainnya, stress serta keturunan. (Johan, 2004)

Di Indonesia, sebelum tahun 1950 penyakit jantung koroner (PJK) jarang dijumpai, tetapi mulai 1970 penyakit jantung koroner merupakan jenis penyakit jantung yang banyak dijumpai di rumah sakit besar. Menurut survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) Departemen Kesehatan RI 1986 dilaporkan bahwa morbiditas penyakit jantung dan pembuluh darah naik dari urutan ke 10 pada tahun 1981 menjadi urutan ke 3 pada tahun 1986. Kenaikan ini disebabkan oleh naiknya morbiditas penyakit jantung koroner. (Sargowo, 2002)

PJK telah menjadi salah satu penyebab kematian terbanyak di beberapa negara. Di Amerika Serikat, PJK berada di peringkat pertama. Hampir 14 juta orang Amerika menderita penyakit jantung dan hampir 500.000 orang meninggal karenanya setiap tahun. Laporan Asosiasi Jantung Amerika Serikat di Eropa menyatakan bahwa PJK tetap menjadi penyebab utama kematian pada pria yang berusia 45 tahun ke atas dan pada wanita yang berusia di atas 55 tahun. Di Malaysia, grafik populasi penderita PJK menunjukkan peningkatan yang berarti. Antara tahun 1981 sampai 1989, jumlah penderita di Malaysia meningkat dari 15,3 per 100000 penduduk menjadi 37 per 100000 penduduk. Lalu bagaimana dengan Indonesia? Data khusus mengenai salah satu jenis penyakit jantung ini belum ada. Yang ada hanya data mengenai penyakit jantung secara umum yaitu menempati peringkat kedua dari penyebab kematian terbanyak di Indonesia dengan persentase 10,1 %. (Mughtar, 2007)

Sejak tahun 1987 terjadi peningkatan prevalensi pada perempuan berusia 35-44 tahun, yakni dari 100.000 orang ada 8,2 perempuan yang meninggal karena PJK. Sedangkan angka pada pria relatif stabil, yakni 26 kematian per 100.000 orang. (Kompas, 2007)

Penelitian Whitehall Civil Servants pada 18-240 laki antara umur 40-64 tahun mendapatkan hubungan antara miokard iskemik, faktor risiko dan kematian akibat PJK. Faktor risiko PJK yang utama adalah: Hipertensi, Hiperkolesterolemia, dan merokok. (Johan, 2004)

Nyeri dada akibat PJK dialami jutaan penduduk dunia. Di Amerika, dua belas juta orang didiagnosis PJK. Penyebab angka kematian terbesar adalah akibat

penyakit jantung koroner – "*the silence killer*". Tingginya angka kematian di Indonesia akibat penyakit jantung koroner (PJK) mencapai 26%. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga Nasional (SKRTN), dalam 10 tahun terakhir angka tersebut cenderung mengalami peningkatan. Pada tahun 1991,1992, angka kematian akibat PJK adalah 16 %. kemudian di tahun 2001 angka tersebut melonjak menjadi 26,4 %. Angka kematian akibat PJK diperkirakan mencapai 53,5 per 100.000 penduduk di negara kita. Tingginya angka tersebut, mengakibatkan PJK sebagai penyebab kematian nomor satu. (Witri & Pody, 2007)

Berdasarkan data dari Departemen Kesehatan tahun 2001, "**penyakit jantung**" merupakan salah satu penyebab kematian di Indonesia, yaitu sebanyak 26.3 %. Bahkan di Amerika **penyakit jantung** merupakan penyebab nomor satu kematian warganya. Setiap tahunnya di Amerika Serikat terdapat:

- 478000 orang meninggal karena "**penyakit jantung koroner**".
- 1,5 juta orang mengalami serangan jantung.
- 407000 orang mengalami operasi peralihan.
- 300000 orang menjalani angioplasti. (CBN & Wikipedia)

Berdasarkan data *Center for Disease Control and Prevention*, AS, pada tahun 2002 ada 25.000 pria dan 8000 wanita berusia 35-54 di Amerika Serikat yang meninggal karena penyakit jantung koroner (PJK).(Kompas, 2007)

Berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan adanya keadaan keadaan, sifat dan kelainan yang dapat mempercepat terjadinya penyakit jantung koroner, apalagi memiliki faktor risiko lebih dari satu seperti hipertensi dan obesitas maka

akan mempunyai 2 kali atau 3 kali berpeluang terkena penyakit jantung koroner dibandingkan mereka yang tidak. (Soeharto, 2002)

Di Negara negara maju seperti Eropa dan Amerika, penyakit jantung koroner (PJK) sudah mulai menunjukkan penurunan. Hal ini terjadi karena perubahan pola hidup termasuk pola makan. Namun di negara berkembang seperti Indonesia angka kejadian penyakit jantung koroner malah ada kecenderungan meningkat, walaupun belum ada data pasti, namun menurut catatan para ahli dugaan ini mendekati kebenaran. Pola makan yang salah mungkin merupakan salah satu faktor meningkatnya kasus penyakit jantung koroner dinegara berkembang. Makanan berkadar lemak tinggi, seperti susu, telur, keju, minyak kelapa, mentega, merupakan kebiasaan yang sulit diatasi. (Sanif, 2002)

Tahun 2020 diperkirakan penyakit jantung koroner merupakan penyakit penyebab kematian dan kecacatan nomor satu di dunia. Bahkan penyakit kardiovaskuler ini akan mengakibatkan kematian 25 juta penderita setiap tahunnya. Hal ini dikemukakan oleh Prof dr Bambang Irawan Martohusodo, SpPD-KKV, SpJP (K), FIHA dalam Pidato Pengukuhan Guru Besar di Bali Senat UGM, Senin (13/8/2007). Bambang Irawan mengatakan tahun 1990-an memang penyakit infeksi dan malnutrisi adalah penyebab kematian utama di dunia. Badan Kesehatan Dunia (WHO) juga memperkirakan bahwa penyakit jantung koroner dan stroke pada tahun 2020 akan menjadi penyebab terbanyak kasus kematian di seluruh dunia.

Namun, seiring dengan perkembangan zaman dan pola hidup secara bertahap penyakit jantung koroner mulai meningkat, dan diramalkan pada tahun 2020 merupakan penyebab kematian paling tidak satu dari tiap tiga kematian. Diramalkan

pada tahun 2020 mendatang penyakit jantung koroner merupakan penyebab kematian dan kecacatan nomor satu di dunia. (Irawan, 2007)

Menurut Dr Anthony DeMaria, yang mempublikasikan data tersebut, secara umum sebenarnya terdapat perbaikan yang positif dalam penanganan penyakit jantung. Sejak tahun 1980-2002, angka kematian akibat sumbatan pembuluh darah menurun pada pria dan wanita berusia di atas 35 tahun. Kemajuan tersebut dicapai salah satunya karena obat-obatan penurun kolesterol. (Kompas, 2007)

Namun angka tersebut kini memburuk. Jika sebelumnya serangan jantung banyak dialami oleh orang berusia di atas 55 tahun, kini makin banyak orang muda yang terkena serangan fatal tersebut. "Lemak dan sumbatan plak berlangsung bertahun-tahun sebelum berakibat fatal, tapi kombinasi berbagai faktor, seperti genetik, kegemukan, dan kolesterol tinggi makin meningkatkan risiko pada orang muda," kata Anthony. (Kompas, 2007)

Dalam uraian medik (*Medical Record*) RSUD Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan jumlah kasus penyakit jantung koroner pada tahun 2000 khusus rawat inap terdapat 109 orang dan meninggal 15 orang, tahun 2001 meningkat menjadi 185 orang dan meninggal 33 orang sedangkan kasus penyakit jantung koroner yang rawat jalan lebih banyak dari rawat inap. (Depkes, 2002) .

Berdasarkan data di beberapa perusahaan migas asing (*Kontraktor Production Sharing/KPS*) yang ada di Indonesia, ditemukan gejala serta penyakit-penyakit seperti jantung koroner, kencing manis, hipertensi, stroke ringan, dan lain-lain. Di kalangan KPS pada pertemuan Surabaya 2002 telah dipaparkan bahwa

penyebab kematian terbesar diantara para pekerja KPS adalah penyakit kardiovaskuler (Suharnyoto, 2002)

Berdasarkan data pemeriksaan kesehatan tahun 2003 sampai dengan Maret 2006 pada PT X, didapatkan adanya peningkatan prevalensi jumlah karyawan yang menderita PJK. Pada tahun 2003, prevalensi diketahui 2,64%, tahun 2004 meningkat menjadi 4,73%, tahun 2005 meningkat sebesar 6,3% dan sampai dengan bulan Maret 2006 terjadi peningkatan sebesar 6,9%. Menurut data administration and benefit section, PJK merupakan peringkat pertama dalam pengeluaran biaya di PT X ini, yaitu sebesar 1,6 miliar rupiah dan waktu kerja yang hilang rata-rata per kasus selama 7-14 hari. (Modjo, 2006)

1.2. Rumusan Masalah

Faktor risiko Penyakit Jantung Koroner (hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia) dapat mengakibatkan terjadinya PJK sehingga penting untuk diteliti. Program Promosi Kesehatan Pekerja sangat penting untuk meminimalisasi kejadian faktor risiko PJK tersebut. Semakin meningkatnya prevalensi PJK di PT.X dan sampai saat ini belum diketahui faktor risiko PJK dikaitkan dengan program Promosi Kesehatan Pekerja di PT X dari tahun 2005 – 2007 sehingga penulis tertarik untuk meneliti.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1.3.1. Bagaimana faktor risiko PJK dikaitkan dengan Program Promosi Kesehatan Pekerja di PT X ?

- 1.3.2. Bagaimana prevalensi hipertensi para karyawan PT X dari tahun 2005 – 2007 ?
- 1.3.3. Bagaimana prevalensi diabetes melitus para karyawan PT X dari tahun 2005 – 2007 ?
- 1.3.4. Bagaimana prevalensi dislipidemia (kadar kolesterol HDL, LDL, trygliserida) para karyawan PT X dari tahun 2005 – 2007 ?
- 1.3.5. Bagaimana program Promosi Kesehatan Pekerja di PT X (organisasi & pembiayaan) ?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor risiko PJK yang kemudian dihubungkan dengan Promosi Kesehatan Pekerja di PT X dari tahun 2005 - 2007

1.4.2. Tujuan Khusus

- Mengetahui angka hipertensi para karyawan PT X dari tahun 2005 - 2007
- Mengetahui angka diabetes mellitus para karyawan PT X dari tahun 2005 - 2007
- Mengetahui angka dislipidemia (kadar kolesterol HDL, LDL, trygliserida) para karyawan PT X dari tahun 2005 – 2007
- Mengetahui program promosi kesehatan pekerja di PT X (organisasi & pembiayaan)

1.5. Manfaat Penelitian

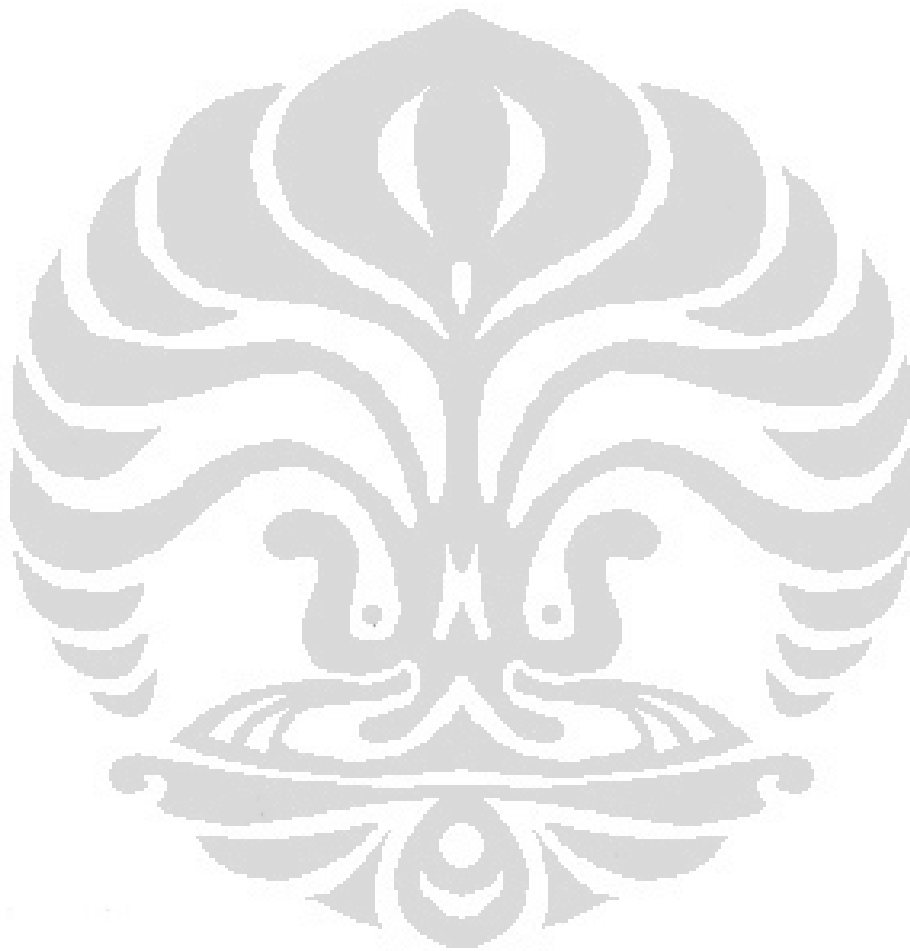
- Manfaat bagi penulis
 1. Merupakan media pemahaman untuk lebih memantapkan pengetahuan tentang faktor risiko kejadian penyakit jantung koroner.
 2. Merupakan media pemahaman terhadap program promosi kesehatan pekerja
- Manfaat bagi perusahaan
 1. Merupakan masukan atau informasi tentang faktor risiko penyakit jantung koroner pada pekerja
 2. Untuk mengevaluasi program promosi kesehatan terhadap para pekerja yang memiliki faktor risiko penyakit jantung koroner
 3. Sebagai bahan masukan untuk penyusunan program dan tindakan perbaikan dalam rangka minimalisasi faktor risiko penyakit jantung koroner pada pekerja
- Manfaat bagi keilmuan K3
 1. Memperkaya informasi tentang faktor risiko penyakit jantung koroner pada pekerja di PT X
 2. Sebagai bahan masukan bagi peneliti lain

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini menggunakan subjek pekerja pada PT X. Penelitian ini dilakukan di Pulau Kalimantan pada bulan Oktober 2008. Desain penelitian yang

dilakukan adalah *cross sectional* dengan pendekatan secara kuantitatif dan kualitatif.

Tehnik pengambilan sampling menggunakan *purposive sampling*



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Definisi Kesehatan Kerja

Kesehatan Kerja sebagai istilah terdapat dalam UU no. 1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja. Permenakertrans 03/Men/1982 menyebut Kesehatan Kerja namun dengan peran atau tugas pokok yang komprehensif (pasal 1a). UU Ketenagakerjaan No. 13/2003 paragraf 5 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja (pasal 86), dan UU no 23 tahun 1992 tentang Kesehatan juga menyebutkan tentang Kesehatan Kerja. Di dalam Permenakertrans 1982 dan UU No. 13 tentang ketenagakerjaan 2003, dapat disimpulkan bahwa cara mencapai tujuan Kesehatan Kerja adalah komprehensif meliputi upaya *promotive, preventive, curative dan rehabilitative*.

Catatan ini juga menggarisbawahi bahwa upaya mencapai tujuan Kesehatan Kerja yang dikehendaki oleh peraturan perundangan sesudah tahun 1976 hingga 2003 masih bercirikan komprehensif. Agaknya hal ini berbeda dengan pengalaman empirik sejak dekade 1990 dimana upaya *curative* dan *rehabilitative* cenderung di *out-sourcing*, terutama di Negara-negara maju dan industri-industri besar di Indonesia.

Dari segi pelayanan kesehatan untuk pekerja ada dua konsep: pelayanan kesehatan kerja komprehensif dan pelayanan kesehatan kerja fokus. Pelayanan kesehatan komprehensif meliputi upaya *promotive, preventive, curative* dan *rehabilitative*. Sedangkan pelayanan kesehatan kerja hanya fokus kepada upaya

promotive dan *preventive*, sebagaimana dirumuskan oleh panitian gabungan ILO/WHO pada dua kesempatan di tahun 1950 dan 1995 ketika mendefinisikan Kesehatan Kerja. (*Occupational Health*)

Perkembangan pemikiran ekonomi perusahaan yang menuju kepada efisiensi operasional perusahaan pada dekade 1990 telah mempengaruhi keluasan upaya kesehatan kerja. Manajemen perusahaan memberlakukan prinsip *out-sourcing* bagi operasional perusahaan yang tidak terkait dengan *core-business* perusahaan. Prinsip *outsourcing* adalah menyerahkan suatu jenis operasional perusahaan yang tidak tergolong *core-business* kepada para pihak diluar perusahaan yang dinilai memiliki kompetensi yang lebih baik. Sehingga perusahaan yang dahulu mempunyai klinik atau rumah sakit untuk upaya medik *curative* dan *rehabilitative* bagi karyawan dan keluarganya, telah menyerahkan melalui sistem rujukan atau mekanisme asuransi komponen pelayanan medik tersebut.

Alasan lain untuk *out-sourcing* upaya *curative* dan *rehabilitative* adalah makin besarnya prevalensi penyakit jantung dan pembuluh darah atau kardiovaskuler yang menyerang pekerja terutama semenjak dekade 1990. Penyakit ini telah menyerang pekerja termasuk yang berusia produktif prima, bahkan dengan prevalensi lebih tinggi daripada penduduk umum (Geotch,1996). Padahal penyakit ini sebagian besar dapat dicegah. Kelalaian pencegahan telah mengakibatkan penyakit kardiovaskuler menjadi penyakit pandemik global (WHO, 2005). Panitia gabungan ILO/WHO (1995) untuk meninjau Kesehatan Kerja telah merevisi atau memperbaiki rumusan definisi Kesehatan Kerja dengan memfokuskan program Promosi Kesehatan Pekerja sebagai komponen Kesehatan Kerja untuk mendapat

prioritas utama. ILO (2001) kembali menegaskan agar Promosi Kesehatan Pekerja menjadi program sentral dalam pelayanan Kesehatan Kerja. Promosi Kesehatan Pekerja diharapkan akan menjadi program yang dapat menahan laju kematian akibat penyakit kardiovaskuler diantara pekerja.

Dengan diserahkannya pelayanan medik *curative* dan *rehabilitative* kepada para pihak di luar perusahaan, maka bagi Kesehatan Kerja tertinggal aktivitas *promotive* dan *preventive* yang dinilai terkait erat dengan operasional inti perusahaan untuk mencapai tingkat hubungan dan produktivitas yang optimal. Sebab pekerja yang ditingkatkan derajat kesehatan dan kapasitas kerjanya juga terlindung dari *hazard* kesehatan tempat kerja akan memiliki kesempatan yang lebih tinggi untuk meningkatkan hubungan dan produktivitas. Sebaliknya pekerja yang derajat kesehatan dan kapasitas kerjanya rendah dan tak terlindung dari bahaya kesehatan, akan lebih sering sakit dan cedera, lebih tinggi angka absensinya dan berproduksi lebih rendah. Perkembangan ini sesuai dengan definisi Kesehatan kerja (*Occupational Health*) menurut komite gabungan ILO/WHO (1950) :

- *Occupational Health should aim at : the promotion and maintenance of the highest degree of physical, mental and social well-being of workers in all occupations; the prevention amongst workers of departures from health caused by they working conditions; the protection of workers in their employment from risks resulting from factors adverse to health; the placing and maintenance of the workers in an occupational environment adapted to his physiological and physiological capabilities; and to summarize; the adaptation of work to man and of reach man to his job.*

Definisi Kesehatan Kerja tersebut lalu diperbaiki oleh komite gabungan ILO/WHO pada tahun 1995. Perbaikan tersebut menunjukkan adanya dinamika, paradigma baru dan semangat reformasi para professional kesehatan kerja. Perubahan tersebut berupa tambahan paragraph sebagai berikut :

- *The main focus in occupational health is on three different objectives :*
 1. *The maintenance and promotion of worker's health and working capacity*
 2. *The improvement of the working environment and work to become conducive to safety and health; and*
 3. *The development of working organization and working cultures in a direction that supports health and safety at work and thereby also promotes a positive social climate and smooth operation and may enhance productivity of undertaking.*

The principle of working culture is intended in this context to mean a reflection of the essential value sistem adopted by the undertaking concerned. Such a culture is reflected in practice in the management systems, personnel policy, principles for participation, training policies and quality management of the undertaking.

Definisi 1995 tersebut masih belum cukup baik, antara lain karena belum memperbaiki paragraph pertama yang mengandung definisi tentang kesehatan. Dimensi mental belum dibagi dua dalam dimensi intelektual dan emosional, sedangkan dimensi spiritual belum masuk. Namun yang terpenting adalah bahwa promosi kesehatan pekerja telah dirumuskan sejak tahun 1950 dan diperjelas sesuai perkembangan ekonomi perusahaan pada tahun 1995 sebagai upaya sentral atau prioritas pertama dalam program kesehatan kerja. Maka Kesehatan Kerja bukan

hanya Hygiene Industry, dan juga bukan Kedokteran Okupasi. Kesehatan Kerja dalam sistemnya yang utuh tersusun atas 4 komponen: 1) Promosi kesehatan Pekerja, 2) Hygiene Industri, 3) Ergonomi Industri, 4) Pengembangan Organisasi Kerja dan Budaya yang mendukung kesehatan. (Suharnyoto, 2002)

2.2. Definisi Promosi Kesehatan Pekerja

Promosi kesehatan di tempat kerja merupakan komponen kegiatan pelayanan pemeliharaan/ perlindungan kesehatan pekerja dari suatu pelayanan kesehatan kerja. Sayang sekali, dalam beberapa hal promosi kesehatan di tempat kerja dikembangkan sebagai kegiatan yang terpisah dari pelayanan kesehatan kerja. Hal ini selain membuang sumber daya, juga tidak efektif dalam kemajuan program promosi kesehatan di tempat kerja. Sehat berarti tidak hanya ketiadaan suatu penyakit tapi optimalnya kondisi fisik, mental dan kesejahteraan sosial. Promosi kesehatan kerja didefinisikan sebagai proses yang memungkinkan pekerja untuk meningkatkan kontrol terhadap kesehatannya. Jika dilihat dalam konteks yang lebih luas, promosi kesehatan di tempat kerja adalah rangkaian kesatuan kegiatan yang mencakup manajemen dan pencegahan penyakit baik penyakit umum maupun penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan serta peningkatan kesehatan pekerja secara optimal.

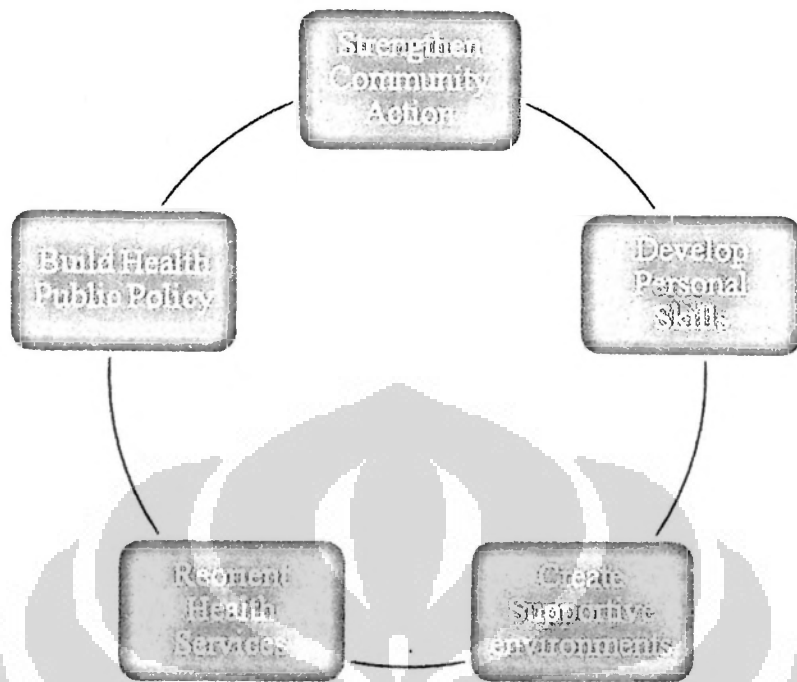
Jadi dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan di tempat kerja (*health promotion at the workplace*) adalah program kegiatan yang direncanakan dan ditujukan pada peningkatan kesehatan para pekerja beserta anggota keluarga yang ditanggungnya dalam konteks tempat kerja. Promosi kesehatan di tempat kerja diselenggarakan berdasarkan suatu kerangka konsep (*framework*), yang dibangun

melalui beberapa kunci seperti; pendekatan (*approach*), strategi (*strategies*), area prioritas (*priority areas*), faktor yang mempengaruhi (*influence factors*), dan lain-lain. (Depkes, 2008)

2.3. Model Program Promosi kesehatan Pekerja

Ottawa Charter merupakan hasil konferensi yang memberikan perhatian lebih pada perkembangan paradigma baru dalam kesehatan masyarakat di seluruh dunia. Berikut ini adalah tahapan dalam penerapan promosi kesehatan yaitu:

1. *Build Health Public Policy* untuk memastikan bahwa pengembangan kebijakan dilakukan oleh semua sector terkait yang berkontribusi terhadap kesinambungan penerapan promosi kesehatan.
2. *Create Supportive Environment* (fisik, social, ekonomi, budaya, dan spiritual) yang mendeteksi secara cepat perubahan di masyarakat, khususnya dalam bidang teknologi dan organisasi di tempat kerja, dan memastikan bahwa terdapat kontribusi yang positif terhadap kesehatan masyarakat.
3. *Strengthen Community Action* sehingga komunitas memiliki kapasitas untuk mengatur prioritas dan membuat keputusan untuk masalah-masalah yang berhubungan dengan kesehatan mereka.
4. *Develop Personal Skills* untuk mengajarkan *skill* dan pengetahuan kepada masyarakat agar dapat mengatasi perubahan dalam komunitas mereka.
5. *Reorient Health Services* untuk menciptakan sistem yang berfokus pada kebutuhan setiap orang dan merangkul partner sejati di antara *provider* dan *user* pelayanan kesehatan. (WHO, 1986).



Gambar 2.1. Ottawa Charter

Model program promosi kesehatan di tempat kerja yang dikembangkan oleh UCI *Health Promotion Centre*, terdiri atas komitmen organisasi yang konsisten terhadap kesehatan dan kesejahteraan dari seluruh organisasi pekerja. Konsep itu berjalan sebagai proses yang berkesinambungan dari implementasi program promosi kesehatan kerja yang berpotensi untuk meningkatkan kesehatan pekerja, mengevaluasi efektivitas program secara *reguler*, dan merevisi program sesuai kebutuhan. Model program promosi kesehatan itu secara komprehensif difokuskan pada empat komponen utama yaitu:

1. *Individual employees* yang terdiri atas:
 - a. Program perubahan perilaku, contohnya: program yang bertujuan untuk membantu pekerja agar berhenti merokok atau ketergantungan pada obat-obatan, penurunan berat badan, atau pengelolaan stress.

- b. Pelatihan K3, contohnya: pelatihan pekerja tentang penerapan keselamatan kerja di lingkungan kerja secara umum dan pelatihan kepada mereka yang melakukan pekerjaan yang spesifik.
- c. Pelayanan pencegahan dan pengobatan, contohnya: *screening* dan imunisasi untuk pekerja dan keluarga.

2. *Physical work environment*

- a. Menyediakan furniture yang ergonomis sesuai dengan antropometri pada setiap pekerja.
- b. Memasang alat keselamatan kerja, misalnya *machine guard*
- c. Memasang *safety sign* untuk meningkatkan kesadaran terhadap K3
- d. Menyediakan fasilitas yang dapat mendorong pekerja kearah hidup sehat, contohnya ruang *exercise*, *locker* dan *shower*, dan pembelian mesin sesuai standar kesehatan
- e. Meminimalisasi potensi bahaya di tempat kerja, contohnya penyimpanan B3 secara baik dan benar
- f. Memelihara tempat kerja terjaga secara aman, mencegah bahaya kebakaran.

3. *Organization*

- a. Memperhatikan kesehatan pekerja yang tercantum dalam kebijakan *top management* sebagai misi organisasi.
- b. Memenuhi semua peraturan K3
- c. Menerapkan kebijakan yang berhubungan dengan kesehatan seperti kebijakan dilarang merokok.

d. Melibatkan anggota keluarga pekerja dalam program promosi kesehatan organisasi

4. Komunitas

- a. Berpartisipasi dengan melakukan koalisi dengan pusat kesehatan di daerah setempat atau berkolaborasi dengan wirausaha, agen pemerintahan, dan lembaga *non-profit* untuk mengembangkan program promosi.
- b. Menawarkan pelayanan yang murah dan gratis melalui penyedia perawatan kesehatan atau organisasi *non-profit*.

2.4. Alasan Promosi Kesehatan Pekerja (PKP) penting

Banyak Negara yang makin sadar untuk menerapkan promosi kesehatan sejalan dengan reformasi dalam pemeliharaan kesehatan. Hal itu didasarkan pada beberapa alasan berikut ini:

Pertama, sistem kesehatan yang baru harus dapat menitikberatkan pada akses, efektivitas, efisiensi dan kualitas sebagaimana juga mencakup jenis, ruang lingkup, dan isi dari pengobatan kesehatan dan pelayanan promosi kesehatan, jika status kesehatan yang optimal ingin dicapai. Lebih jauh lagi reformasi pada sistem pelayanan kesehatan harus meliputi perencanaan keuangan yang berkesinambungan untuk memastikan kelangsungan hidup sistem secara ekonomi. Kedua, reformasi pada sistem pelayanan kesehatan (atau mungkin lebih tepatnya sistem pelayanan penyakit dan orang sakit) tanpa disertai program promosi kesehatan akan berakibat pada status kesehatan secara menyeluruh yang menunjukkan hasil yang marginal.

Saat ini tren yang terjadi ialah gaya hidup yang tidak sehat, seperti penggunaan alkohol dan merokok, pola makan yang tidak sehat, kurangnya berolahraga merupakan penyebab utama terjadinya morbiditas dan mortalitas.

Oleh karena itu desain program promosi kesehatan yang komprehensif harus secara strategis diterapkan untuk mengakomodasi reformasi pelayanan kesehatan, sehingga tren tersebut diharapkan dapat berubah. Poin terakhir tidak adanya hubungan yang kuat, jelas dan langsung antara program promosi kesehatan dan kebijakan fiskal pada pelayanan kesehatan, kemungkinan kecil berdampak pada status kesehatan. Inovasi pada reformasi pelayanan kesehatan yang nyata, pada akhirnya harus mempertimbangkan pengeluaran biaya untuk mempertahankan masyarakat yang sehat sebagaimana saat kompensasi biaya yang dikeluarkan untuk memelihara masyarakat ketika mereka sakit (Bob Karch, 2006)

Setiap tahun sekitar 70% dari pekerja mencoba untuk menerapkan pola hidup sehat (Allen 1998). Akan tetapi hanya sekitar 20 dari mereka yang berhasil mempertahankan pola hidup tersebut (Allen & Leutzinger 1999).

2.4.1 Menitikberatkan pada kesehatan

Mencari alasan tentang penerapan promosi kesehatan di tempat kerja menimbulkan pertanyaan : mengapa perusahaan berinvestasi untuk promosi kesehatan di tempat kerja? Saat ini beberapa perusahaan menjadi contoh penerapan dan pelaksanaan program yang sukses untuk mempromosikan kesehatan pekerja mereka. Hasil survei yang dilakukan pada lebih dari 1400 perusahaan perusahaan di Eropa (Wynne, Clarkin 1992) mengemukakan bahwa ada dua alasan mengapa

organisasi tersebut menerapkan aktivitas kesehatan di tempat kerja. Satu kelompok organisasi berpedoman pada pencapaian keuntungan, kelompok yang lain mengajukan pendapat berdasarkan pada kebutuhan dalam menyelesaikan masalah yang spesifik. Beberapa perusahaan mengatakan bahwa mereka mengimplementasikan aktivitas kesehatan di tempat kerja karena mereka yakin bahwa hal tersebut akan berdampak pada peningkatan kesehatan, moral, staf, dan lain-lain. Akan tetapi kebanyakan perusahaan (60%) memberikan alasan yang berhubungan dengan masalah atau situasi yang spesifik. Contohnya adalah persyaratan legislative, masalah kesehatan, masalah moral pekerja dan lain-lain. (Greef, M.D., Broek, K.V)

Hasil survey di Inggris menunjukkan bahwa hambatan utama dalam menjalankan aktivitas promosi kesehatan ialah terbatasnya jumlah tempat kerja yang peduli (50%), pekerja yang terlalu sibuk (11%), pekerja berpikir bahwa mereka tidak memerlukan (9%) dan tidak perlu melakukannya (9%). Kendati sekitar 60% dari survey tersebut mempertimbangkan beberapa aktivitas yang penting, saran bahwa mereka akan berusaha merespon untuk memfasilitasi aktivitas promosi kesehatan (Gee et al., 1997) "peningkatan kesehatan" sepertinya masih merupakan alasan yang paling penting dalam melakukan investasi promosi kesehatan di tempat kerja. (Greef, M.D., Broek, K.V)

Di Kanada, *National Wellness Survey Report* (2000) menunjukkan bahwa 17,5% dari pekerja menyarankan program kesehatan yang komprehensif di tempat kerja dan 64% pekerja menyarankan beberapa insentif kesejahteraan. Alasan utamanya ialah:

Kesehatan pekerja merupakan asset utama yang berharga (27,3%), bertujuan untuk mempromosikan gaya hidup sehat (25,6%), bertujuan untuk mengurangi absenteism (14,3%) dan biaya yang tidak langsung(10,1%). (Taylor, 2000).

Sebuah survey di Amerika Serikat tahun 2000 menemukan bahwa “mempertahankan kesehatan pekerja” dikemukakan oleh 84% pekerja sebuah alasan yang utama untuk menerapkan sebuah program. Pengurangan biaya kesehatan diperoleh sekitar 75% dan peningkatan produktivitas diperoleh sekitar 64%. Pengurangan biaya yang tidak langsung merupakan hal yang penting, tetapi bukan merupakan hal yang terutama (Asosiasi promosi kesehatan di tempat kerja, 2000)

Temuan itu mendukung fakta bahwa program promosi kesehatan biasanya hanya dilihat sebagai masalah kesehatan, sehingga membentuk sebuah penghalang dalam pendekatan yang *holistic* dan terintegrasi. Tambahan pula, hanya program promosi kesehatan yang komprehensif dan terintegrasi yang dapat meraih tujuan untuk menyehatkan pekerja dalam organisasi yang sehat (ENWHP, deklarasi Luxemburg, 1997). Beberapa perusahaan mencoba untuk menggunakan promosi kesehatan sebagai isu yang strategis. Studi di Swiss menunjukkan bahwa promosi kesehatan di tempat kerja kurang terintegrasi dalam manajemen korporat daripada dalam manajemen sumber daya manusia. (Bauer et al., 2002)

Di Kanada contohnya, sebuah survey diantara manager sumber daya manusia ditemukan bahwa 11% kesehatan dan ketidak mampuan manajemen merupakan hal yang “sangat penting” bagi manajemen puncak untuk mengembangkan strategi bisnis organisasi, ketika 27% hasil survey menyatakan “penting”. Dalam konteks penting secara keseluruhan dalam strategi sumber daya, kesehatan dan ketidakmampuan

manajemen dipertimbangkan sebagai hal yang penting sebesar 30% dan sangat penting sebesar 16%. Menurut Lowe, indikator ini mengindikasikan “manajemen kesehatan pekerja umumnya dilihat hanya sebagai sebuah isu kesehatan”. (Lowe, 2003).

2.4.2. Menitikberatkan pada Persepsi

Seorang manajer senior mungkin akan menilai sebuah program yang memiliki dampak yang positif dalam rekrutmen, produktivitas, turnover dan atau moral sebagai investasi yang paling baik daripada penyediaan 25% pengembalian investasi tahunan pada keuntungan biaya kesehatan dan klaim cacat (Review Literatur, Health Canada)

2.4.3. Menitikberatkan pada strategi bisnis

Sebuah studi di Swiss menemukan bahwa terdapat korelasi yang kuat antara efek seperti peningkatan kepuasan kerja, peningkatan kepuasan klien, dan lain-lain dalam organisasi di mana promosi kesehatan tempat kerja terintegrasi dalam strategi korporat (Bauer et al., 2002). Pada studi *benchmarking* dikemukakan bahwa untuk mengidentifikasi praktek terbaik perusahaan, beberapa perhatian pada factor kesuksesan secara umum dikembangkan untuk praktek terbaik bagi perusahaan (lihat pada kotak di bawah ini) (Goetzel et al., 2001). Salah satu fakta yang paling penting ialah bahwa praktek terbaik dalam manajemen kesehatan perusahaan haruslah sejalan dengan tujuan bisnis dari perusahaan.

Kotak : Faktor-faktor Kesuksesan

1. Terdapat kesesuaian antara manajemen produktivitas dan kesehatan dan keseluruhan dari strategi bisnis organisasi
2. Terdapat fokus pada interdisiplin
3. Terdapat seorang pemenang atau tim pemenang (satu orang atau grup yang memegang kunci dari proses)
4. Manajemen senior dan pelaku bisnis adalah anggota kunci dalam tim.
5. Pencegahan, promosi kesehatan, dan kesejahteraan staf merupakan hal penting yang terlibat dalam proses
6. Titik berat berfokus pada peningkatan kualitas hidup dan bukan hanya pemotongan biaya
7. Data, pengukuran, pelaporan, evaluasi dan studi ulang menjadi hal yang penting setiap waktu
8. Komunikasi menjadi hal yang berkelanjutan dan diteruskan selalu pada organisasi
9. Terdapat keinginan menjadi hal yang berkelanjutan untuk belajar dari yang lain.
10. Tim dapat merasa senang saat terlibat.

Sumber : Goetz et al., 2001

Sebuah studi yang lain juga menginformasikan hal tersebut. Berikut ini temuan peneliti yang menyatakan bahwa program yang baik tidak hanya mempunyai kajian terstruktur yang baik pada peningkatan kesehatan, penyimpanan biaya perawatan kesehatan dan absenteism, tetapi juga memiliki impresi kualitatif tentang

cara program memberikan kontribusi untuk misi dan tujuan yang ingin dicapai (dalam jangka pendek dan jangka panjang) perusahaan. (O'Donnell, 2001)

Kadangkala hal itu tidak mengembalikan investasi yang digerakkan sebuah program promosi kesehatan di tempat kerja, tetapi faktanya program dapat disejajarkan dan mendukung kunci tujuan dan inisiatif ingin dicapai. (Webster, 2001). Hal itu berarti bahwa untuk bertahan dan menjadi sukses, sebuah program promosi kesehatan harus dapat memberikan kontribusi dalam misi, tujuan jangka panjang dan prioritas organisasi dalam jangka pendek. Hal itu menjadi pantas dan daya tarik tersendiri untuk orang yang menyediakan dana untuk program. (O'Donnell, 2001)

Ada tiga hal penting yang mendasari pekerja dan pemerintah harus berinvestasi pada promosi kesehatan pekerja:

1. Penelitian mengindikasikan bahwa terdapat rasio positif keuntungan biaya bagi pekerja
2. Pekerja dapat meningkatkan kualitas hidup mereka dengan menerapkan gaya hidup sehat
3. Dan pada akhirnya lingkungan kerja sendiri merupakan determinan yang penting dari kesehatan sehingga harus menyatu dalam ruang lingkup kebijakan dan kepentingan masyarakat.

Menjadi hal yang penting juga untuk berinvestasi pada promosi kesehatan di tempat kerja karena tempat kerja dapat mempengaruhi atau menentukan status kesehatan individu. Pekerja membawa gaya hidup yang terpusat pada: merokok, penyalahgunaan obat, stress dalam keluarga, atau kebiasaan malas berolahraga dalam

tempat kerja, dan hal ini dicampuradukkan dengan kondisi pekerjaan mereka. Stress di tempat kerja, *shift* kerja, kontaminasi dari lingkungan, perubahan peraturan pemerintah, konflik antara pekerja dan manajemen, perampangan dan globalisasi merupakan sedikit dari beberapa faktor yang dapat secara negative mempengaruhi status kesehatan dari pekerja. Kombinasi dari faktor gaya hidup dan tekanan di tempat kerja dapat berakibat pada peningkatan angka kecelakaan, hilangnya waktu kerja, penurunan produktivitas, dan rendahnya dampak kesehatan bagi individu.

Definisi status kesehatan menurut *public health electronic library* ialah derajat kesehatan yang menunjukkan seseorang dapat beraktivitas secara fisik, emosional dan social dengan atau tanpa bantuan sistem pelayanan kesehatan.

2.5. PENYAKIT JANTUNG KORONER

Penyakit Jantung Koroner (PJK) adalah penyakit jantung yang disebabkan oleh karena penyempitan arteri koroner, mulai dari terjadinya aterosklerosis (kekakuan arteri) maupun yang sudah terjadi penimbunan lemak atau plak pada dinding arteri koroner, baik disertai gejala klinis atau tanpa gejala sekalipun. (Medika, 2008)

Jantung tidak hanya memompa darah, tapi seperti halnya semua otot, jantung juga perlu darah. Darah membawa oksigen yang diperlukan jantung agar jantung berfungsi dengan baik. Darah mengalir ke berbagai wilayah jantung melalui arteri koroner. Arteri yang sehat adalah arteri yang lebar dengan permukaan yang halus yang memungkinkan darah mengalir lancar. Seiring waktu, plak dapat terbentuk di pembuluh arteri koroner, menyebabkan pembuluh itu mengeras dan menyempit.

Proses ini disebut atherosclerosis dan merupakan awal dari penyakit jantung koroner. Sejalan dengan membesarnya plak, plak akan mengurangi jumlah darah yang mengalir melalui pembuluh arteri dan mengurangi jumlah oksigen yang diterima jantung.

Plak terbentuk dari kolesterol berlebih dan substansi lainnya, yang mengalir melalui aliran darah. Kolesterol kebanyakan terbentuk dari lemak yang disebut lipid atau lipoprotein. Ada beberapa tipe kolesterol, yang paling dikenal adalah kolesterol LDL (*low – density lipoproteins*) dan kolesterol HDL (*high – density lipoproteins*). Kolesterol LDL disebut “kolesterol jahat” karena kalau berlebihan dapat menempel di dinding arteri, membantu pembentukan plak. Kolesterol HDL disebut “kolesterol baik” karena dia melindungi arteri dari pembentukan plak. Ilmuwan telah mengidentifikasi beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan penyakit jantung koroner dan menggolongkannya dalam faktor risiko yang bisa diubah/dikontrol dan yang tak bisa diubah/dikontrol. Faktor risiko yang tak bisa dikontrol adalah riwayat keluarga, jenis kelamin dan usia. Secara statistik, pria lebih banyak berpeluang mengalami kejadian kardiovaskuler (misalnya *myocardial infarction, stroke, dll*) dibandingkan wanita, dan karena pembentukan plak pada umumnya lambat, seiring prosesnya yang berlangsung terus menerus, risiko penyakit jantung koroner meningkat seiring usia.

Orang yang mempunyai riwayat keluarga dengan penyakit jantung koroner mempunyai risiko lebih tinggi terkena penyakit tersebut. Faktor – faktor risiko yang dapat dipengaruhi orang disebut faktor risiko yang dapat dikontrol, meliputi kelebihan berat badan, tekanan darah tinggi yang tidak atau kurang diobati,

kolesterol tinggi dan diabetes. Stress dan kemarahan juga dapat meningkatkan risiko terkena penyakit jantung koroner, termasuk juga merokok, diet tinggi lemak, konsumsi alkohol berlebihan dan kurang berolahraga.

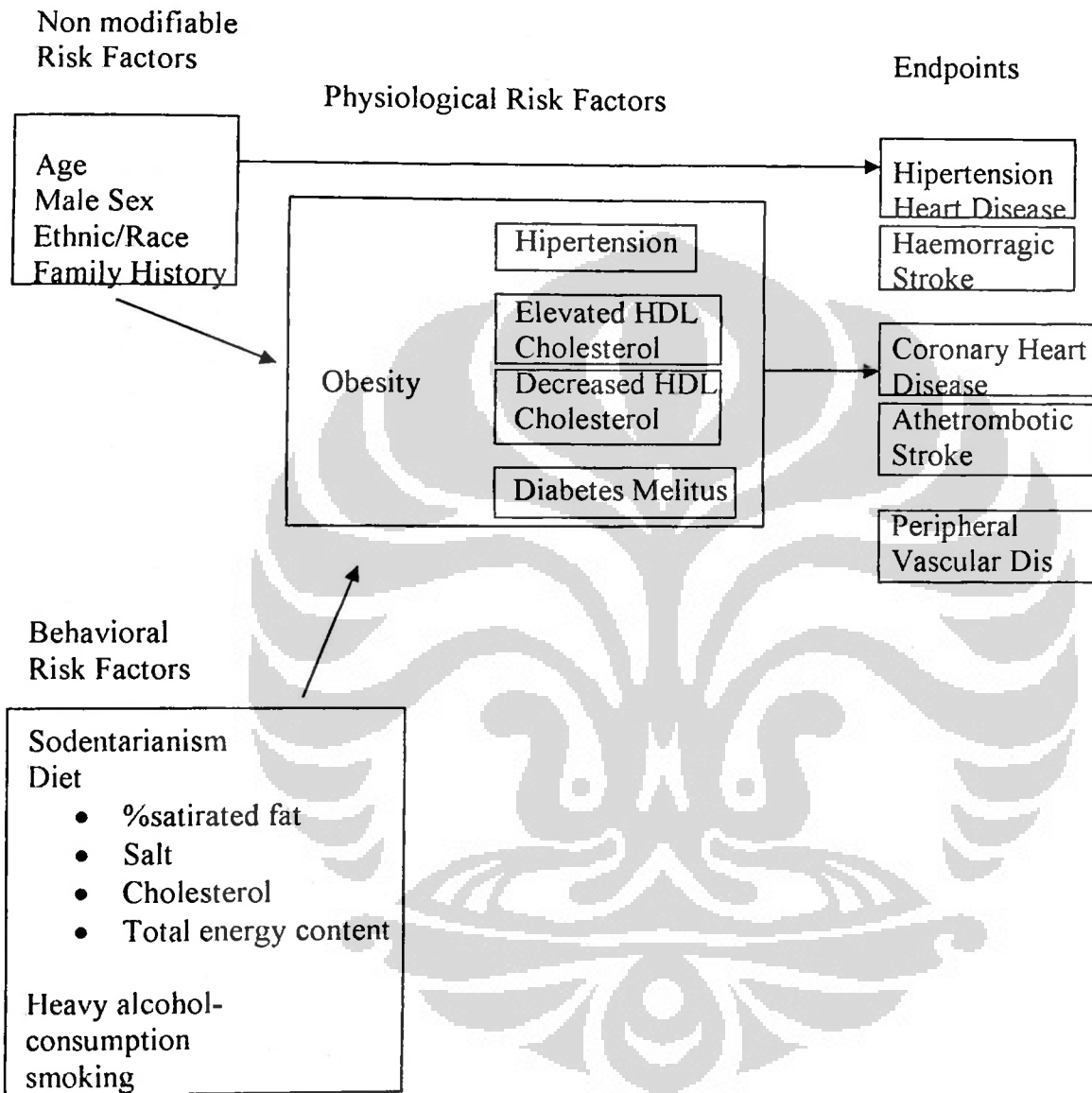
Faktor – faktor risiko sering terjadi secara bersamaan, dengan demikian meningkatkan risiko yang ada. Orang yang kelebihan berat badan atau gemuk lebih rawan terkena diabetes. Orang yang stress berat lebih rawan terkena tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi dan diabetes lebih banyak dialami oleh orang tua. Seiring terbentuknya plak didalam pembuluh arteri koroner, jumlah darah yang mengalir melaluinya berkurang. Itu artinya jantung tidak mendapat oksigen yang diperlukan dalam jumlah cukup. Kekurangan oksigen itu disebut iskemia. Iskemia biasanya diketahui ketika jantung perlu oksigen lebih banyak, seperti saat sedang olah raga. Kekurangan oksigen dapat menyebabkan nyeri dada, kejadian ini disebut *angina pectoris* atau angina saja.

Keadaan yang menyebabkan pasien dengan penyakit arteri koroner mengalami angina adalah : pada saat menaiki tangga, sedang stress, bergembira, atau pada saat makan. Angina bisa dirasakan di bawah tulang dada, di pundak sebelah kiri, tangan, leher, tenggorokan, rahang atau punggung. Gejala yang dirasakan seperti rasa tertekan, rasa penuh, sakit, rasa panas atau terpelintir. Rasa lemas, berkeringat, nafas pendek, rasa cemas, berdebar – debar, mual, kepala tersa ringan juga dapat terjadi. Kadang gejala ini disalah artikan sebagai gangguan pencernaan. Seiring dengan membesarnya plak, serangan angina biasanya makin terasa dan timbul lebih sering. Bahkan turun dari tempat tidur di pagi hari pun bisa menyebabkan munculnya angina ini. Kalau pembuluh arteri koroner benar – benar tertutup dan bagian dari

jantung tidak mendapatkan oksigen sama sekali, maka akan terjadi serangan jantung.(Novartis, 2006)

Penyakit jantung yang disebabkan oleh kelainan pada arteria koronaria. Sebagian besar (kurang lebih 98 %) disebabkan oleh karena proses aterosklerosis pada arteria koronaria, sedangkan penyebab lain hanya sekitar 2 %. Proses aterosklerosis terjadi karena interaksi beberapa faktor risiko. Faktor risiko menggambarkan karakteristik yang ditemukan pada individu sehat yang mempunyai relasi dengan kejadian aterosklerosis dikemudian hari. Faktor risiko utama terjadinya aterosklerosis adalah dislipidemia, hipertensi, diabetes mellitus, merokok, kurang olahraga dan obesitas. Riwayat keluarga, umur dan jenis kelamin juga termasuk faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. (Soetomo, 2003).

2.5.1. FAKTOR - FAKTOR RISIKO PENYAKIT JANTUNG KORONER.



Gambar 2.2. Risk Factors of Cardiovascular Disease
 (from : Djuwita. R, 2001)
 Dikutip dari Modjo. R, 2006

2.5.2. HIPERTENSI

Sampai saat ini prevalensi hipertensi di Indonesia berkisar antara 5 – 10 % sedangkan tercatat pada tahun 1978 proporsi penyakit jantung hipertensi sekitar 14,3 % dan meningkat menjadi sekitar 39 % pada tahun 1985 sebagai penyebab penyakit jantung di Indonesia. Sejumlah 85 – 90 % hipertensi tidak diketahui penyebabnya atau disebut sebagai hipertensi primer (hipertensi esensial atau idiopatik). Hanya sebagian kecil hipertensi yang dapat diterapkan penyebabnya (hipertensi sekunder).

Tidak ada data akurat mengenai prevalensi hipertensi sekunder dan sangat tergantung dimana angka itu diteliti. Diperkirakan terdapat sekitar 6 % pasien hipertensi sekunder sedangkan di pusat rujukan dapat mencapai sekitar 35 %. Hampir semua hipertensi sekunder didasarkan pada 2 mekanisme yaitu gangguan sekresi hormone dan gangguan fungsi ginjal. Pasien hipertensi sering meninggal dini karena komplikasi jantung (yang disebut sebagai penyakit jantung hipertensi). Juga dapat menyebabkan stroke, gagal ginjal, atau gangguan retina mata. (Marulam, 2006)

Tabel. 2.1. Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan JNC VII

Klasifikasi JNC VII (Joint National Committee on Hypertension)		
Kategori	Sistolik	Diastolik
Normal	< 120	< 80
Prehypertension	120-139	80-90
Hypertension stage 1	140-159	90-99
stage 2	≥ 160	≥ 100

Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko utama penyebab terjadinya PJK. Penelitian di berbagai tempat di Indonesia (1978) prevalensi Hipertensi untuk

Indonesia berkisar 6-15%, sedang di negara maju misal: Amerika 15-20%. Lebih kurang 60% penderita Hipertensi tidak terdeteksi, 20% dapat diketahui tetapi tidak diobati atau tidak terkontrol dengan baik. Penyebab kematian akibat Hipertensi di Amerika adalah Kegagalan jantung 45%, Miokard Infark 35% cerebrovaskuler accident 15% dan gagal ginjal 5%.

Komplikasi yang terjadi pada hipertensi esensial biasanya akibat perubahan struktur arteri dan arterial sistemik, terutama terjadi pada kasus-kasus yang tidak diobati. Mula-mula akan terjadi hipertropi dari tunika media diikuti dengan hialinisasi setempat dan penebalan fibrosis dari tunika intima dan akhirnya akan terjadi penyempitan pembuluh darah. Tempat yang paling berbahaya adalah bila mengenai miokardium, arteri dan arterial sistemik, arteri koroner dan serebral serta pembuluh darah ginjal. Komplikasi terhadap jantung Hipertensi yang paling sering adalah Kegagalan Ventrikel Kiri, PJK seperti angina Pectoris dan Miokard Infark. Dari penelitian 50% penderita miokard infark menderita Hipertensi dan 75% kegagalan Ventrikel kiri akibat Hipertensi. Perubahan hipertensi khususnya pada jantung disebabkan karena:

a. Meningkatnya tekanan darah.

Peningkatan tekanan darah merupakan beban yang berat untuk jantung, sehingga menyebabkan hipertropi ventrikel kiri atau pembesaran ventrikel kiri (faktor miokard). Keadaan ini tergantung dari berat dan lamanya hipertensi.

b. Mempercepat timbulnya arterosklerosis.

Tekanan darah yang tinggi dan menetap akan menimbulkan trauma langsung terhadap dinding pembuluh darah arteri koronaria, sehingga memudahkan terjadinya

arterosklerosis koroner (faktor koroner) Hal ini menyebabkan angina pectoris, Insufisiensi koroner dan miokard infark lebih sering didapatkan pada penderita hipertensi dibanding orang normal.

Tekanan darah sistolik diduga mempunyai pengaruh yang lebih besar. Kejadian PJK pada hipertensi sering dan secara langsung berhubungan dengan tingginya tekanan darah sistolik. Penelitian Framingham selama 18 tahun terhadap penderita berusia 45-75 tahun mendapatkan hipertensi sistolik merupakan faktor pencetus terjadinya angina pectoris dan miokard infark. Juga pada penelitian tersebut didapatkan penderita hipertensi yang mengalami miokard infark mortalitasnya 3x lebih besar dari pada penderita yang normotensi dengan miokard infark.

Hasil penelitian Framingham juga mendapatkan hubungan antara PJK dan Tekanan darah diastolik. Kejadian miokard infark 2x lebih besar pada kelompok tekanan darah diastolik 90-104 mmHg dibandingkan Tekanan darah diastolik 85 mmHg, sedangkan pada tekanan darah diastolik 105 mmHg 4x lebih besar. Penelitian Stewart 1979 & 1982 juga memperkuat hubungan antara kenaikan tekanan darah diastolik dengan risiko mendapat miokard infark.

Apabila Hipertensi sistolik dan Diastolik terjadi bersamaan maka akan menunjukkan risiko yang paling besar dibandingkan penderita yang tekanan darahnya normal atau Hipertensi Sistolik saja. Lichenster juga melaporkan bahwa kematian PJK lebih berkorelasi dengan Tekanan darah sistolik diastolik dibandingkan Tekanan darah Diastolik saja. Pemberian obat yang tepat pada Hipertensi dapat mencegah terjadinya miokard infark dan kegagalan ventrikel kiri tetapi perlu juga diperhatikan efek samping dari obat-obatan dalam jangka panjang.

oleh sebab itu pencegahan terhadap hipertensi merupakan usaha yang jauh lebih baik untuk menurunkan risiko PJK.

Tekanan darah yang normal merupakan penunjang kesehatan yang utama dalam kehidupan, kebiasaan merokok dan alkoholisme. Diet serta pemasukan Na dan K yang seluruhnya adalah faktor-faktor yang berkaitan dengan pola kehidupan seseorang. Kesegaran jasmani juga berhubungan dengan Tekanan darah sistolik, seperti yang didapatkan pada penelitian Fraser dkk. Orang-orang dengan kesegaran jasmani yang optimal tekanan darahnya cenderung rendah. Penelitian di Amerika Serikat melaporkan pada dekade terakhir ini telah terjadi penurunan angka kematian PJK sebanyak 25%. Keadaan ini mungkin akibat hasil dari deteksi dini dan pengobatan hipertensi, pemakaian betablocker dan bedah koroner serta perubahan kebiasaan merokok.

Telah diketahui sejak lama bahwa tekanan darah tinggi berhubungan dengan peningkatan risiko infark miokard dan stroke. Walaupun demikian batas tegas antara tekanan darah normal dan hipertensi masih kontroversial. Umumnya disepakati bahwa orang yang berumur kurang dari 60 tahun dengan tekanan darah menetap diatas 140/99 mmHg, harus diobati, seperti halnya dengan orang yang lebih tua dengan tekanan darah lebih tinggi dari 160/100 mmHg. Percobaan klinis dari pengobatan pasien – pasien demikian telah menunjukkan pengurangan kematian, baik oleh karena penyakit jantung iskemik maupun stroke. Walaupun manfaatnya berbeda – beda dalam berbagai penyelidikan sehubungan dengan faktor – faktor seperti jenis kelamin dan merokok. (Johan, 2004).

Satu hal yang terpenting untuk mencegah tekanan darah tinggi adalah pemeriksaan yang teratur. Patut diketahui bahwa semakin ringan persoalannya semakin mudah pula untuk menormalkan kembali tekanan darah sebelum menimbulkan masalah lain pada tubuh kita. Kebanyakan orang membutuhkan obat untuk mengontrol tekanan darah tinggi, tetapi yang lain-lain dapat menurunkan tekanan darah atau mengurangi penggunaan obat dengan mengatur cara hidupnya. Dokter mungkin menyarankan kepada kita untuk mengikuti cara hidup seperti dibawah ini, walaupun anda sudah menggunakan obat:

- Diet Yang Sehat

Diet yang sehat penting dalam usaha mengontrol tekanan darah tinggi dan mengurangi risiko penyakit jantung. Tidak ada peraturan yang terlalu ketat atau obat ajaib. Makanan yang sehat dimulai dan diakhiri dengan keseimbangan dan keragaman. Ini termasuk makanan dengan kadar garam rendah dan minuman alkohol yang sewajarnya. Ini adalah termasuk cara diet yang sehat.

- Garam

Banyak orang makan garam melebihi apa yang dibutuhkan tubuhnya. Garam umumnya terdapat pada makanan yang diproses atau diawetkan. Garam yang berlebihan mempengaruhi tekanan darah. Makan makanan segar yang tidak mengandung garam atau kurangi makanan yang diawetkan dengan garam dapat mengontrol tekanan darah.

- Alkohol

Minuman yang mengandung alkohol dapat meningkatkan tekanan darah. Jika minum tiga gelas atau lebih minuman keras sehari, tekanan darah dapat meningkat dan menjadi tekanan darah tinggi. Alkohol dapat mengurangi daya guna obat tekanan darah tinggi yang dimakan. Dianjurkan untuk minum kurang dari dua gelas sehari.

- **Kontrol Berat Badan**

Mengontrol berat badan adalah langkah untuk mengurangi risiko terkena darah tinggi. Berat badan yang berlebihan membebani kerja jantung. Jika sudah mengidap tekanan darah tinggi, menurunkan berat badan dapat mengontrolnya bahkan kadang-kadang perawatan dengan obat tidak diperlukan. Cara terbaik untuk mengontrol berat badan adalah dengan mengurangi makanan yang mengandung lemak dan melakukan olahraga secara teratur.

- **Kegiatan Fisik**

Olah raga harus dijadikan bagian dari kegiatan hidup sehari-hari. Tidak perlu olah raga yang berat, cukup dengan jalan, berenang, bersepeda, tenis, golf dan jenis permainan lainnya. Hindari olah raga berat dan menegangkan seperti bina raga dan angkat berat (angkat besi), yang sebenarnya bahkan dapat meningkatkan tekanan darah pada titik membahayakan

- **Tinggalkan Rokok**

Merokok bukan penyebab tekanan darah tinggi, tetapi dapat membuatnya berbahaya, yang mengarah kepada serangan jantung, stroke, gangrene

(pembusukan) kaki dan kerusakan lain-lain. Meghindari merokok dapat menghindari risiko yang ditimbulkan secara cepat. (Uripto, 2000)

2.5.3. KOMPLIKASI KRONIK DIABETES MELITUS PENYAKIT JANTUNG KORONER

Penyebab kematian dan kesakitan utama pada pasien DM (baik DM tipe 1 maupun DM tipe 2) adalah Penyakit Jantung Koroner, yang merupakan salah satu penyulit makrovaskular pada diabetes mellitus. Penyulit makrovaskular ini bermanifestasi sebagai aterosklerosis dini yang dapat mengenai organ – organ vital (jantung dan otak). Penyebab aterosklerosis pada pasien DM tipe 2 bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi kompleks dari berbagai keadaan seperti hiperglikemia, hiperlipidemia, stress oksidatif, penuaan dini, hiperinsulinemia dan/atau hiperproinsulinemia serta perubahan – perubahan dalam proses koagulasi dan fibrinolisis. Pada pasien DM, risiko payah jantung kongestif meningkat 4 sampai 8 kali. Peningkatan risiko ini tidak hanya disebabkan karena penyakit jantung iskemik.

Dalam beberapa tahun terakhir ini diketahui bahwa pasien DM dapat pula mempengaruhi otot jantung secara independen. Selain melalui keterlibatan aterosklerosis dini arteri koroner yang menyebabkan penyakit jantung iskemik juga dapat terjadi perubahan – perubahan berupa fibrosis interstisial, pembentukan kolagen dan hipertrofi sel – sel otot jantung. Pada tingkat selular terjadi gangguan pengeluaran kalsium dari sitoplasma, perubahan stuktur Troponin T dan peningkatan aktivitas piruvat kinase. Perubahan – perubahan ini akan menyebabkan gangguan

kontraksi dan relaksasi otot jantung dan peningkatan tekanan *end – diastolic* sehingga dapat menimbulkan kardimiopati restriktif. (Alwi, 2006).

Diabetes melitus adalah keadaan hiperglikemik kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah, disertai lesi pada membran basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskop elektron. Secara garis besar diabetes melitus terbagi dua yaitu *Insulin Dependent Diabetes Melitus* (IDDM) atau Diabetes Melitus Terganggu Insulin (DMTI) disebabkan oleh destruksi sel β pulau Langerhans akibat proses autoimun. Sedangkan *Non Insulin Dependent Diabetes Melitus* (NIDDM) Diabetes Melitus Tidak Terganggu Insulin (DMTTI) disebabkan kegagalan relatif sel β dan resistensi insulin. Resistensi insulin adalah turunnya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati.

Klasifikasi etiologis DM *American Diabetes Association* (1997) sesuai anjuran Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) adalah:

1. Diabetes tipe 1 (destruksi sel β , umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolut):
 - Autoimun
 - Idiopatik
2. Diabetes tipe 2 (bervariasi mulai terutama dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai terutama defek sekresi insulin disertai resistensi insulin)
3. Diabetes tipe lain

- a. Defek genetik fungsi sel β
 - Maturity onset Diabetes of the Young (MODY) 1,2,3
 - DNA mitokondria
- b. Defek genetik kerja insulin
- c. Penyakit eksokrin pada pankreas
 - Pankreatitis
 - Tumor / pankreatektomi
 - Pankreatopati fibrokalkulus
- d. Endokinopati: akromegali, sindrom Cushing, feokromositoma dan hipertiroidism
- e. Karena obat / zat kimia
 - Vacor, pentamidin, asam nikotinat
 - Glukokortikoid, hormon tiroid
 - Tiazid, dilantin, interferon α dan lain-lain
- f. Infeksi: rubela kongenital, sitomegalovirus
- g. Penyebab imunologi yang jarang : antibodi antiinsulin
- h. Sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM: sindrom Down, sindrom Klinefelter, sindrom Turner dan lain-lain

4. Diabetes Melitus Gestasional (DMG)

Diagnosis DM awalnya dipikirkan dengan adanya gejala klinis khas berupa polifagia (banyak makan), poliuria (banyak buang air kecil), polidipsi (banyak minum), lemas dan berat badan turun. Gejala lain yang mungkin dikeluarkan pasien

adalah kesemutan, gatal, mata kabur, dan impotensi pada pria, serta pruritis vulva pada wanita.

Tabel 2.2. Kriteria Pengendalian Diabetes Mellitus

	Baik	Sedang	Buruk
Glukosa darah plasma vena(mg/dl)			
- Puasa	80-109	110-139	>140
- 2 jam	110-159	160-199	>200
HbA1c(%)	4-6	6-8	>8
Kolesterol total (mg/dl)	<200	200-239	>240
Kolesterol LDL			
- Tanpa PJK	<130	130-159	≥160
- Dengan PJK	<100	100-129	≥130
Kolesterol HDL (mg/dl)	>45	35-45	<35
Trigliserida (mg/dl)			
- Tanpa PJK	<200	<200-249	>250
- Dengan PJK	<150	<150-199	>200
BMI / IMT			
- Perempuan	18,5-23,9	23-25	>25 atau <18,5
- Laki-laki	20,4-24,9	25-27	>27 atau <20
Tekanan Darah	<140/90	140-160/90-95	>160/95

Pola hidup sehat penderita DM:

1. Menghitung BB ideal dengan menggunakan rumus BROCA:

- $BB\ ideal = 90\% \times (TB - 100) \times 1\ kg$
- $BB\ ideal = (TB - 100) \times 1kg$; bagi pria dengan tinggi badan di bawah 160 cm dan wanita di bawah 150 cm atau bagi mereka yang berumur di atas 40 tahun

2. BB ideal dikalikan kebutuhan kalori basal (25 kal/kg BB untuk wanita dan 30 kal/kgBB untuk pria) ditambah dan dikurangi tergantung umur, aktifitas dan adanya komplikasi

3. Standar diit DM yang lain antara lain:

- Karbohidrat : 60-70% dari total kalori
- Protein : 10-15% dari total kalori
- Lemak : 20-25% dari total kalori
- Kolesterol : <300mg/hari
- Serat : 25 mg/hari

Diet bagi penderita diabetes/kencing manis:

- Yang harus dihindari
 - Gula murni misalnya gula pasir dan gula jawa
 - Makanan dan minuman yang dibuat dari gula murni seperti kecap manis, abon, dendeng, sarden, manisan, dodol, kue, sirop, *jelly*, susu kental manis, coklat, minuman ringan (*soft drink*), es krim.
- Yang harus dibatasi
 - Makanan yang mengandung karbohidrat seperti nasi, ubi, singkong, roti, mie, kentang, jagung, serta makanan yang diolah dari tepung-tepungan.

4. Koreksi umur :

- Anak-anak : 100 kalori/kgBB
- Umur 40-59 th : + 5%
- Umur 60-69 th : +10%
- Umur >70th : +20%

5. Jenis aktifitas :

- Istirahat di tempat tidur (*Total Bedrest*) : 10%
- Ringan : 20%

- Sedang :30%
- Berat :50%

Dianjurkan latihan jasmani teratur 3-4 kali tiap minggu selama kurang lebih setengah jam yang sifatnya sesuai CRIPE (*Continous, Rhytmical, Interval, Progressive, Endurance training*). Latihan dilakukan terus menerus tanpa berhenti, otot-otot berkontraksi dan relaksasi secara teratur, selang-seling antara gerak cepat dan lambat, berangsur-angsur dari sedikit ke latihan yang lebih berat secara bertahap dan bertahan dalam waktu tertentu. Latihan yang dapat dijadikan pilihan adalah jalan kaki, *jogging*, lari, renang, bersepeda dan mendayung. (Mansjoer, 2003)

Intoleransi terhadap glukosa sejak dulu telah diketahui sebagai predisposisi penyakit pembuluh darah. Penelitian menunjukkan laki-laki yang menderita DM risiko PJK 50 % lebih tinggi daripada orang normal, sedangkan pada perempuan risikonya menjadi 2x lipat. (Djohan 2004)

2.5.4. DISLIPIDEMIA

Telah banyak bukti-bukti yang diperoleh dari penelitian eksperimental epidemiologis dan klinis tentang peran dislipidemia pada penyakit kardiovaskuler aterosklerosis yang intinya adalah:

- ❖ Dislipidemia merupakan faktor risiko yang utama
- ❖ Perubahan gaya hidup masyarakat erat hubungannya dengan peningkatan kadar lipid
- ❖ Bahwa penurunan kadar kolesterol sebesar 1% akan menurunkan risiko PJK sebesar 2%

- ❖ Bahwa upaya mengubah gaya hidup (berenti merokok, memelihara berat badan idela, membatasi asupan makan yang mengandung kolesterol dan lemak jenuh) akan menurunkan risiko PJK dan dapat menyebabkan perlambatan bahkan regresi aterosklerosis).
- ❖ Bahwa pengendalian kadar lipid sampai batas yang dianjurkan harus merupakan bagian integral dari pencegahan primer dan terapi penderita PKV.
- ❖ Bahwa apabila cara-cara nonfarmakologist sesuai yang dianjurkan berhasil mengendalikan kadar lipid maka obat-obat pengendalian dislipidemia mempunyai peranan yang bermakna.

Dislipidemia adalah kelainan metabolisme lipid yang ditandai dengan peningkatan maupun penurunan fraksi lipid dalam plasma. Kelainan fraksi lipid yang paling utama adalah kenaikan kadar kolesterol total, kolesterol LDL, kenaikan kadar trigliserida serta penurunan kadar HDL. Dalam proses terjadinya aterosklerosis semuanya mempunyai peran yang penting dan sangat kaitannya satu dengan yang lain, sehingga tidak mungkin dibicarakan sendiri-sendiri. Ketiga-tiganya sekaligus dikenal sebagai Triad Lipid. (Johan, 2004)

Klasifikasi dislipidemia dapat berdasarkan atas primer yang tidak jelas sebabnya dan sekunder yang mempunyai penyakit dasar seperti pada sindroma nefrotik, diabetes melitus, hipotiroidisme. Selain itu dislipidemia dapat juga dibagi berdasarkan profil lipid yang menonjol, seperti hiperkolesterolemia, hipertrigliseridemi, *isolated low HDL-cholesterol*, dan dislipidemi campuran. Bentuk terakhir ini yang paling banyak ditemukan. Dilihat dari obat penurun lipid mungkin klasifikasi yang terakhir yang lebih tepat. (John, 2006)

Kapan disebut lipid normal, sebenarnya sulit dipatok pada satu angka, oleh karena normal untuk seorang belum tentu normal untuk orang lain yang disertai faktor risiko koroner multiple. Walaupun demikian *National Cholesterol Education Program Adult Panel III* (NCEP-ATP III) telah membuat satu batasan yang dapat dipakai secara umum tanpa melihat faktor risiko koroner seseorang (tabel). LDL (*Low Density Lipoprotein*) kontrol merupakan jenis kolesterol yang bersifat buruk atau merugikan (*bad cholesterol*): karena kadar LDL yang meninggi akan menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah.

Kadar LDL kolesterol lebih tepat sebagai penunjuk untuk mengetahui risiko PJK dari pada kolesterol total. HDL (*High Density Lipoprotein*) kolesterol merupakan jenis kolesterol yang bersifat baik atau menguntungkan (*good cholesterol*): karena mengangkut kolesterol dari pembuluh darah kembali ke hati untuk di buang sehingga mencegah penebalan dinding pembuluh darah atau mencegah terjadinya proses arterosklerosis. Jadi makin rendah kadar HDL kolesterol, makin besar kemungkinan terjadinya PJK. Kadar HDL kolesterol dapat dinaikkan dengan mengurangi berat badan, menambah *exercise* dan berhenti merokok. Trigliseric didalam yang terdiri dari 3 jenis lemak yaitu Lemak jenuh, Lemak tidak tunggal dan Lemak jenuh ganda. Kadar trigliseric yang tinggi merupakan faktor risiko untuk terjadinya PJK. Kadar trigliseric perlu diperiksa pada keadaan sebagai berikut: Bila kadar kolesterol total >200 mg/dl, PJK, ada keluarga yang menderita PJK < 55 tahun, ada riwayat keluarga dengan kadar trigliseric yang tinggi, ada penyakit DM & pankreas. (Johan, 2004)

Tabel 2.3. Kadar Kolesterol Dalam Berbagai Tingkatan Kolesterol Total

< 200	Optimal
200 – 239	Diinginkan
≥ 240	Tinggi
Kolesterol LDL	
< 100	Optimal
100 – 129	Mendekati Optimal
130 – 159	Diinginkan
160 – 189	Tinggi
≥ 190	Sangat Tinggi
Kolesterol HDL	
< 40	Rendah
≥ 60	Tinggi
Trigliserid	
< 150	Optimal
150 – 199	Diinginkan
200 – 499	Tinggi
≥ 500	Sangat Tinggi

Dikutip dari : *Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Programm (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High blood Cholesterol in Adult (Adult Treatment panel III) JAMA 2001; 285: 2486 – 2497*

Tabel 2.4. Kadar Kolesterol Total Juga Dapat Menggambarkan Kadar Kolesterol LDL

Kolesterol Total	Kolesterol LDL
240 mg/dl	160 mg/dl
200 mg/dl	120 mg/dl
160 mg/dl	100 mg/dl

1. klasifikasi fenotipik

Tabel 2.5. Klasifikasi EAS (*European Atherosclerosis Society*)

	Peningkatan	
	Lipoprotein	Lipid Plasma
Hyperkolesterolemia	LDL	Kolesterol > 200 mg/dl
Disiplidemia campuran (Kombinasi)	LDL + VLDL	Trigliserida \geq 200 mg/dl + Kolesterol > 240 mg/dl
Hipertrigliseridemia	VLDL	Trigliserida > 200 mg/dl

Tabel 2.6. Klasifikasi NECP (*National Cholesterol Education Program*)

	Kolesterol Total	LDL
"Ideal"	\geq 200 mg/dl	< 200 mg/dl
Batas Tinggi	200-239 mg/dl	130-159 mg/dl
Tingg	< 240 mg/dl	> 160 mg/dl

Tabel 2.7. Klasifikasi WHO (World Health Organization)

Fredricson	Klasifikasi generik	Klasifikasi terapeutik	Peningkatan Lipoprotein
I	Dislipedemia eksogen	Hipertrigliseridemia eksogen	Kilomikron
IIa	Hiperkolesterolemia	Hiperkolseterolemia	LDL
IIb	Disiplidemia Kombinasi	Hiperkolsetero Endogen + Disiplidemia kombinasi	LDL +VLDL
III	Dislipedemia remnant	Hipertrigliseridemia	Partikel – partikel remnant(Beta VLDL)
IV	Dislipedemia Endogen	Endogen	VLDL
V	Dislipedemia campuran	Hipertrigliseridemia endogen	VLDL+ Kilomikron

2. Klasifikasi Patogenik

a. Dislipidemia Primer

- Hiperkolesterolemia poligenik
- Hiperkolesterolemia familial
- Dislipidemia remnant
- Hyperlipidemia kombinasi familial
- Sindroma chylomicron
- Hypertriglyceridemia familial
- Peningkatan kolesterol HDL
- Peningkatan Apolipoprotein B

b. Dislipidemia Sekunder

Penilaian Faktor Risiko Menyeluruh

Penyakit Kardio Vaskuler (PKV) merupakan penyakit dengan etiologi multifaktorial sehingga semua faktor risiko perlu dipertimbangkan dalam upaya pencegahan, baik primer maupun sekunder. Faktor risiko tersebut ada yang bias dimodifikasi seperti: dislipidemia, hipertensi, merokok, obesitas dan diabetes mellitus, serta yang tidak dapat dimodifikasi seperti: usia, jenis kelamin laki-laki, riwayat keluarga serta riwayat PKV sebelumnya. Agar pencegahan dapat lebih berhasil maka semua faktor risiko yang dapat dimodifikasi harus dikendalikan secara serentak.

Sehubungan dengan strategi pengelolaan dislipidemia, faktor risiko lain yang perlu diperhatikan meliputi:

- a) Faktor risiko positif
- b) Faktor risiko negative

Tabel 2.8. Faktor-faktor Risiko PJK

Faktor Positif PKV	Faktor resiko Negatif
Umur Lk > 45 thn Pr > 55 thn	Kol. HDL > 60 mg/dl
Riwayat keluarga PKV	
Merokok	
Hipertensi	
Diabetes Melitus	
Kegemukan	
Kol. HDL < 35 mg/dl	

Deteksi Dini dan Evaluasi

Siapa yang sebaiknya diperiksa ?

Pemeriksaan penyaring untuk profil lipid dilakukan pada semua orang dewasa berusia diatas 30 tahun atas anjuran petugas kesehatan atas permintaan

sendiri. Pemeriksaan selektif harus dilakukan pada mereka yang berisiko tinggi untuk terjadinya PKV yaitu:

- Bukti adanya PJK dan atau manifestasi aterosklerosis yang lain.
- Riwayat keluarga PJK premature
- Riwayat keluarga dengan dislipidemia
- Bukti adanya faktor risiko PJK yang lain
 - ✓ DM
 - ✓ Hipertensi
 - ✓ Merokok
 - ✓ Obesitas ($BMI >27 \text{ kg/m}^2$)
- Atau atas permintaan sendiri

Pengelolaan Dislipidemia

I. Umum

Pilar utama pengelolaan dislipidemia adalah upaya nonfarmakologis yang meliputi modifikasi diet, latihan jasmani serta pengelolaan berat badan. Tujuan utama terapi diet disini adalah menurunkan risiko PKV dengan mengurangi asupan lemak jenuh dan kolesterol serta mengembalikan keseimbangan kalori. Sekaligus memperbaiki nutrisi. Perbaikan keseimbangan kalori biasanya memerlukan peningkatan penggunaan energy melalui kegiatan jasmani serta pembatasan asupan kalori.

II. Upaya Non Farmakologist

Terapi diet

Terapi diet dimulai dengan menilai pola makan pasien, mengidentifikasi makanan yang mengandung banyak lemak jenuh dan kolesterol serta berapa sering keduanya dimakan. Jika diperlukan ketepatan yang lebih tinggi untuk menilai asupan gizi, perlu dilakukan penilaian yang lebih rinci, yang biasanya membutuhkan bantuan ahli gizi. Penilaian pola makan penting untuk menentukan apakah harus dimulai dengan diet tahap I atau langsung ke diet tahap II. Hasil diet ini terhadap kolesterol serum dinilai setelah 4-6 minggu dan kemudian setelah 3 bulan.

Tabel 2.9. Komposisi I – II

	Tahap I	Tahap II
Karbohidrat (% kalori)	50-60	50 – 60
Protein (% kalori)	15-20	15 – 20
Lemak (% kalori)	< 30	< 30
Kolesterol mg/dl	< 300	< 200
Lemak Jenuh (% kalori)	< 10	< 7

Latihan Jasmani

Dari beberapa penelitian diketahui bahwa latihan fisik dapat meningkatkan kadar HDL, dan Apo AI, menurunkan resistensi insulin, meningkatkan sensitivitas dan meningkatkan keseragaman fisik, menurunkan trigliserida dan LDL, dan menurunkan berat badan

Setiap melakukan latihan jasmani perlu diikuti 3 tahap:

- 1) Pemanasan dengan peregangan selama 5-10 menit
- 2) Aerobic sampai denyut jantung sasaran yaitu 70-85% dari denyut jantung maksimal (220 – umur) selama 20-30 menit.

- 3) Pendinginan dengan menurunkan intensitas secara perlahan-lahan selama 5-10 menit. Frekwensi latihan sebaiknya 4-5x/minggu dengan lama latihan seperti diutarakan diatas. Dapat juga dilakukan 2-3x/minggu dengan lama latihan 45-60 menit dalam tahap aerobik.

III. Farmakologi

Bila terapi Non Farmakologi tidak berhasil maka kita dapat memberikan bermacam-macam obat normolipidemia tergantung dari jenis dislipidemia yang kita dapat. Beberapa hal yang perlu kita pertimbangkan adalah kemampuan daripada obat-obat tersebut dalam mempengaruhi KHDLD,Trigliserida, Fibrinogen, KLDL, dan juga diperhatikan pengaruh atau efek samping daripada obat-obat tersebut.

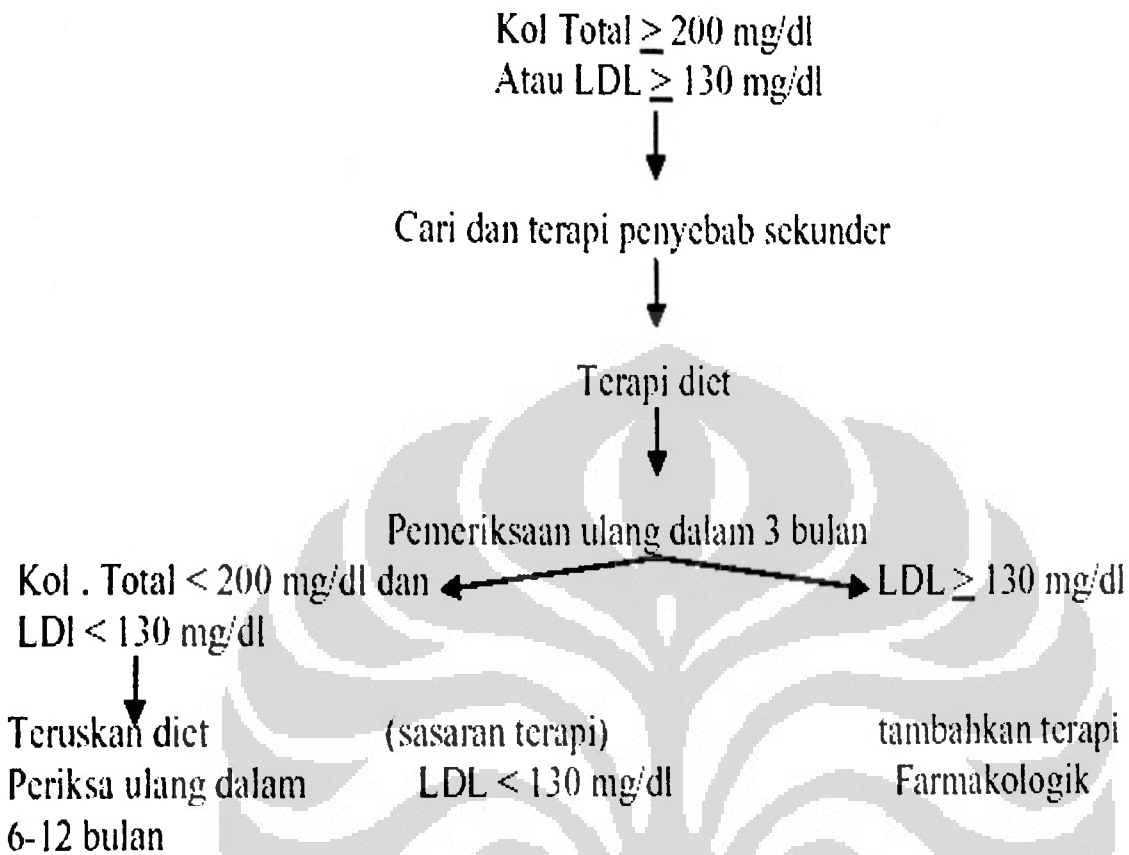
Saat ini didapat beberapa golongan obat:

- 1) Golongan resin (sequestrants)
- 2) Asam nikotinat dan Acipimox
- 3) Golongan Statin (HMG-CoA Reductase Inhibitor)
- 4) Derivat Asam Fibrat
- 5) Probutol
- 6) Lain-lain (Johan, 2004)

Langkah – langkah pengelolaan pada pasien dislipidemia dalam kaitannya dengan penyakit jantung koroner (PJK)

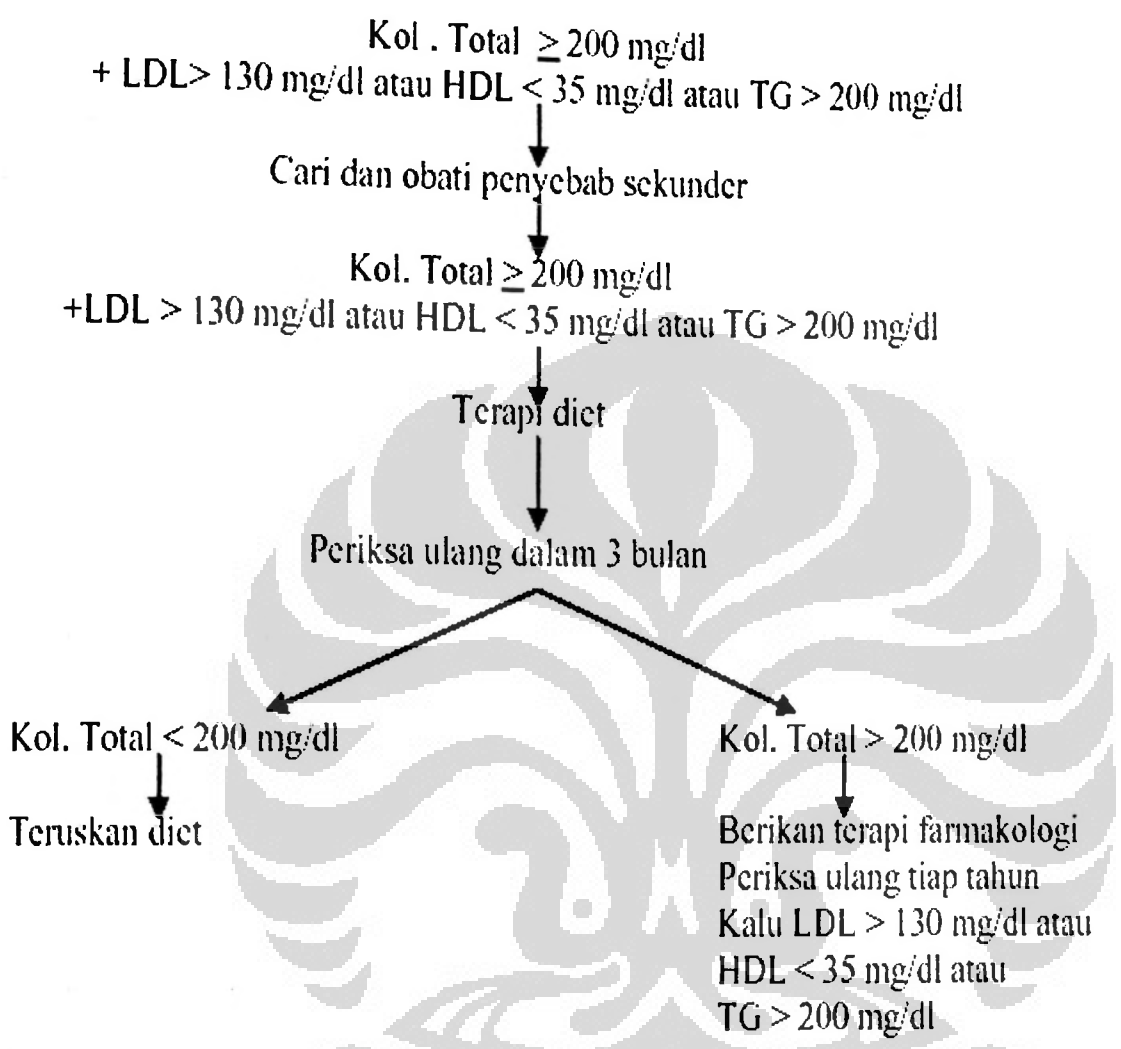
Siapa yang harus diobati ?

A. Untuk penderita PJK



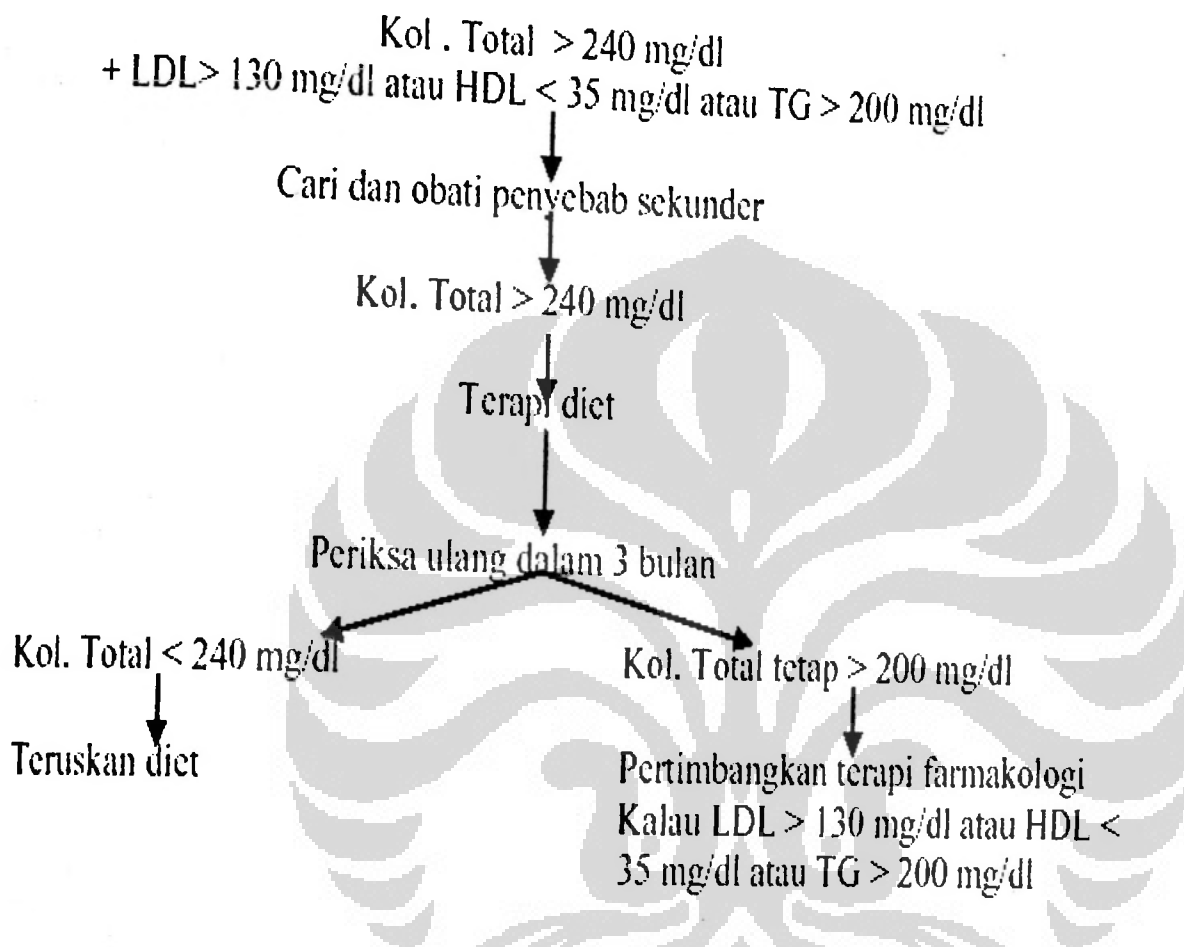
Gambar 2.3. Langkah-langkah Pengelolaan Pasien Dislipidemia Untuk Penderita PJK

B. Usia > 30 tahun tanpa PJK namun mempunyai 2 faktor resiko atau lebih



Gambar 2.4. Langkah-langkah Pengelolaan Pasien Dislipidemia Dengan Usia >30 Tahun Tanpa PJK Namun Mempunyai 2 Faktor Risiko Atau Lebih

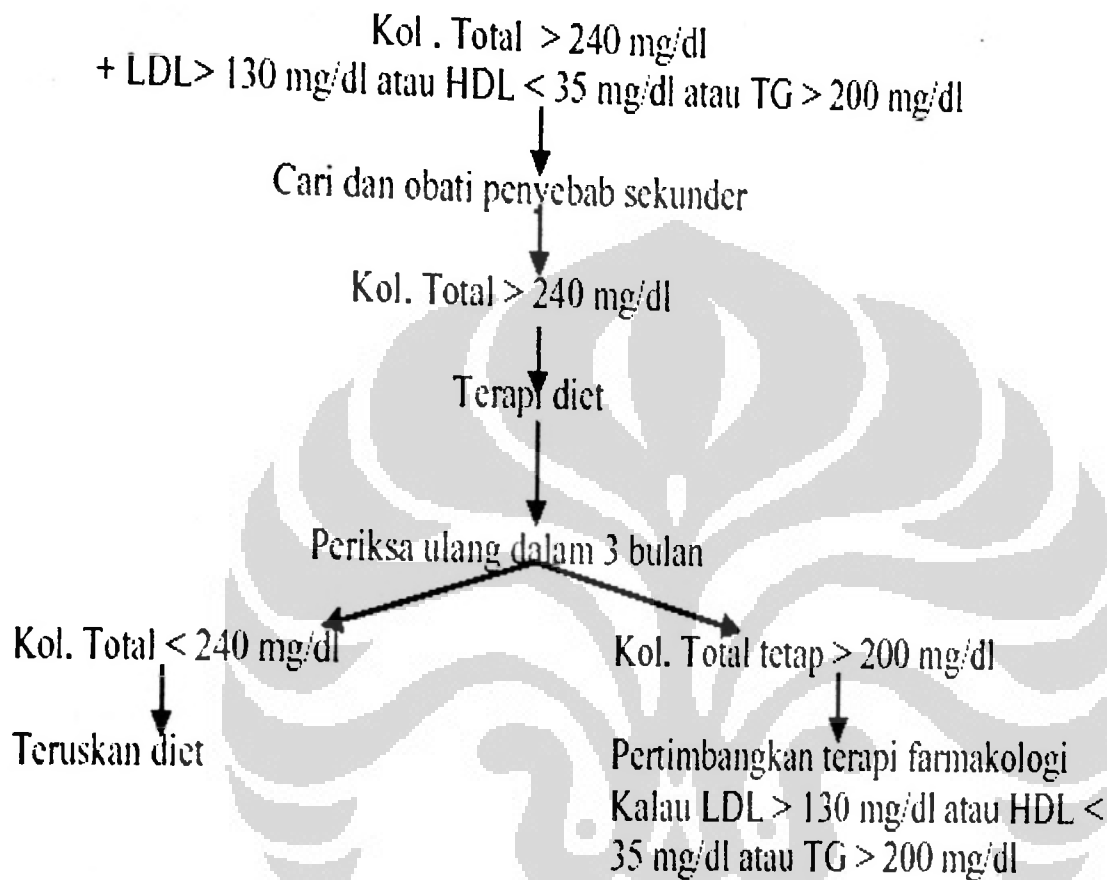
C. Usia diatas 30 tahun tanpa PJK dan hanya ada satu faktor resiko atau kurang.



Jambar 2.5. Langkah-langkah Pengelolaan Pasien Dislipidemia Dengan Usia diatas 30 Tahun Tanpa PJK Dan Hanya ada Satu Faktor Risiko Atau Kurang

Oleh karena itu mengenal faktor risiko PJK sangat penting dalam usaha pencegahan PJK merupakan salah satu usaha yang cukup besar peranannya dalam penanganan PJK untuk menurunkan risiko dan kematian akibat PJK yaitu dengan mengendalikan faktor risiko PJK. Faktor risiko Utama PJK adalah: Hipertensi, Dislipidemia dimana merupakan faktor yang dapat dikontrol dan bersifat modifiable. Faktor risiko lainnya adalah : umur, ras, jenis kelamin, keturunan (bersifat

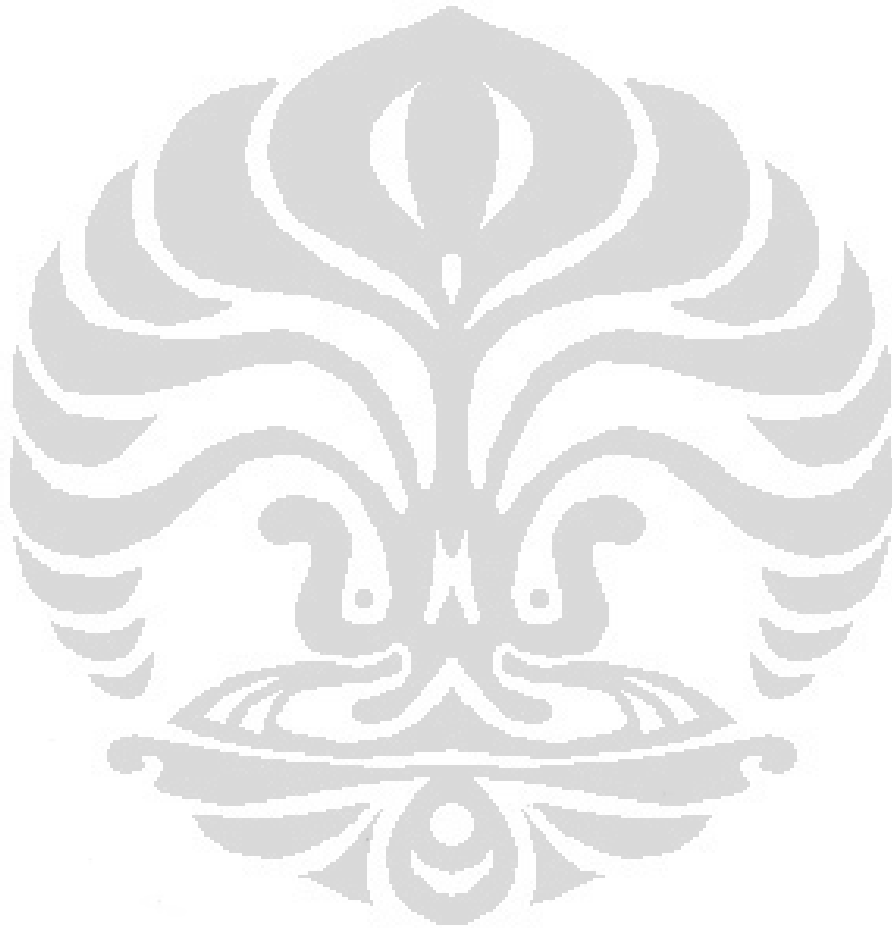
C. Usia diatas 30 tahun tanpa PJK dan hanya ada satu faktor resiko atau kurang.



Gambar 2.5. Langkah-langkah Pengelolaan Pasien Dislipidemia Dengan Usia Diatas 30 Tahun Tanpa PJK Dan Hanya ada Satu Faktor Risiko Atau Kurang

Oleh karena itu mengenal faktor risiko PJK sangat penting dalam usaha pencegahan PJK merupakan salah satu usaha yang cukup besar peranannya dalam penanganan PJK untuk menurunkan risiko dan kematian akibat PJK yaitu dengan cara mengendalikan faktor risiko PJK. Faktor risiko Utama PJK adalah: Hipertensi, DM, Dislipidemia dimana merupakan faktor yang dapat dikontrol dan bersifat reversibel. Faktor risiko lainnya adalah : umur, ras, jenis kelamin, keturunan (bersifat

Irreversibel), geografis, diet, obesitas, exercise, perilaku dan kebiasaan hidup lainnya, stress, perubahan sosial dan perubahan masa (bersifat Reversibel) Dengan mengatur, berhenti merokok dan perubahan hipertensi yang efektif, dapat menurunkan risiko dan kematian akibat PJK. (Johan, 2004)

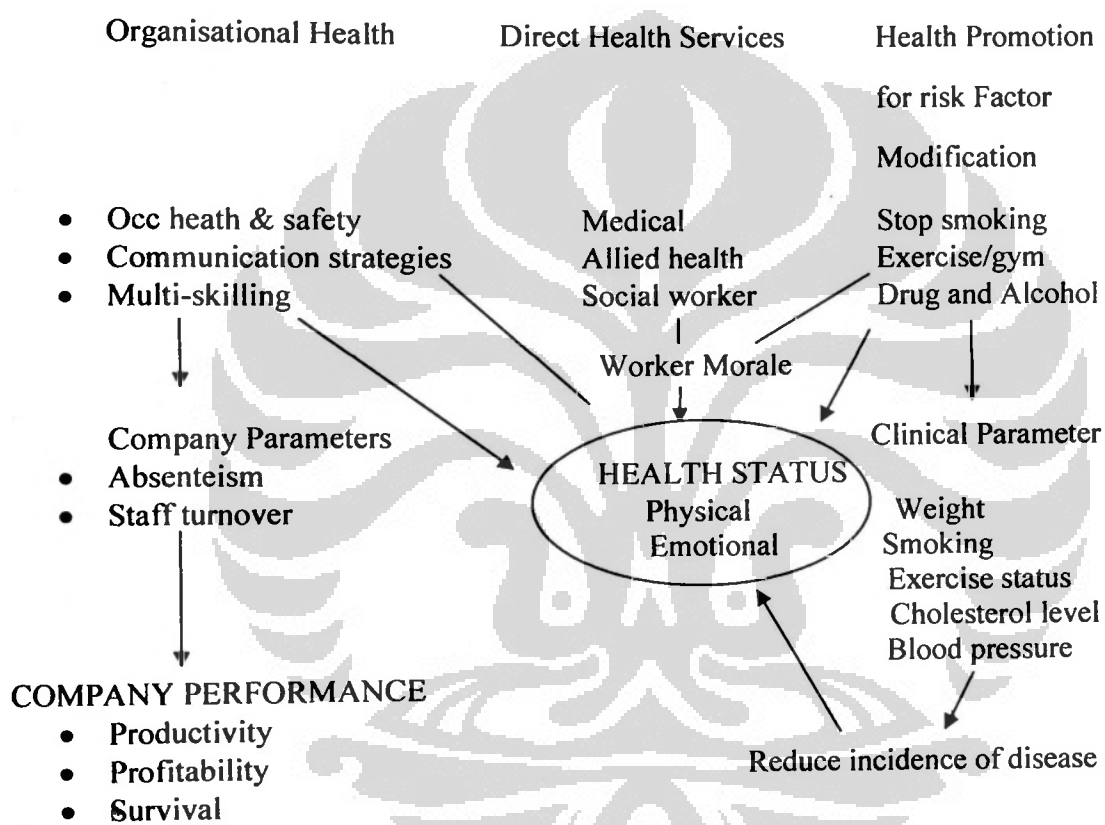


BAB III

KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP

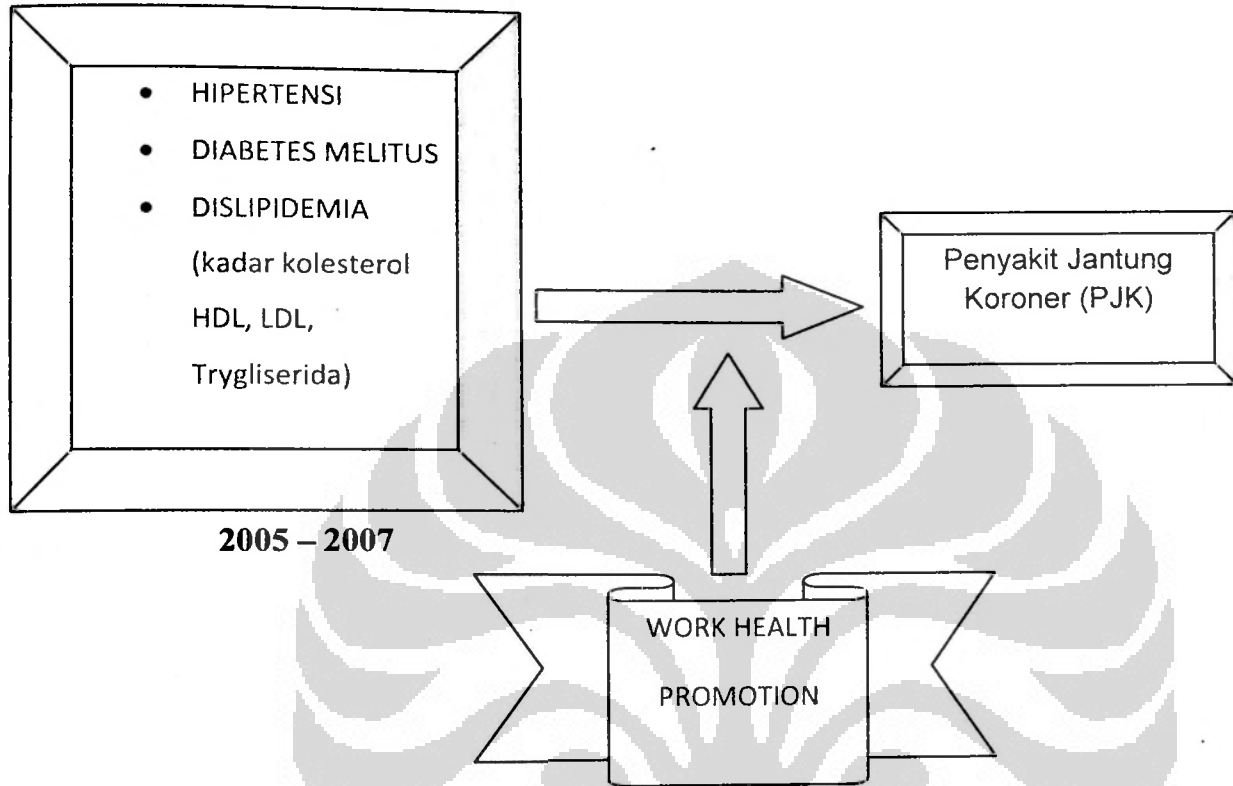
3.1. Kerangka Teori

THE WORKPLACE HEALTH PROMOTION PROGRAM



Gambar 3.1. Kerangka Teori
(dari : Segal L, 1999)
Dikutip dari Modjo. R, 2006

3.2. Kerangka Konsep

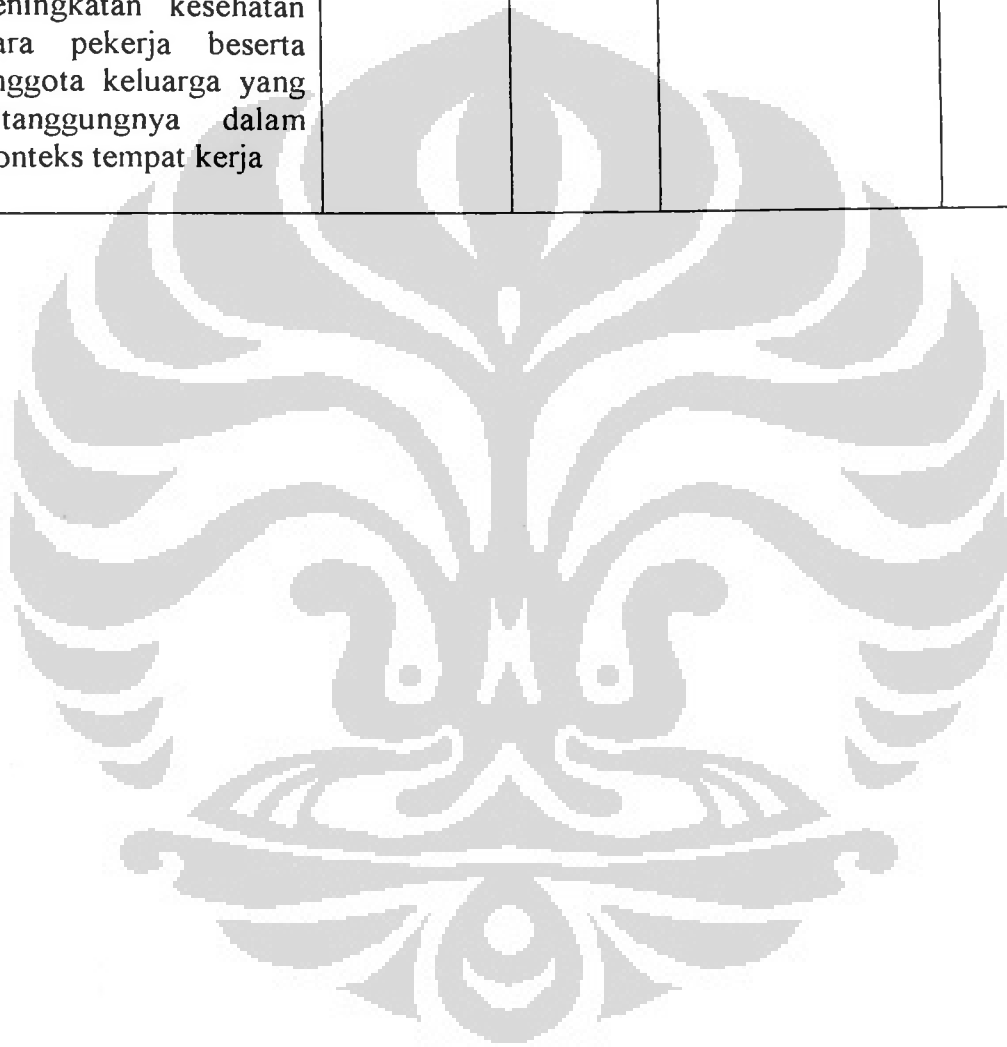


Gambar 3.2. Kerangka Konsep

Tabel 3.1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Tekanan darah	Tekanan pada pembuluh arteri saat peredaran darah yang disebabkan oleh denyutan jantung karyawan, meliputi tekanan sistolik dan diastolik	Mengecek langsung dari hasil medical record	Medical record	Kategori : 1. Normal (<120/80 mmHg) 2. Stage 1 (140-159/90-99 mmHg) 3. Stage 2 (\geq 160/100 mmHg)	Ordinal
Kadar glukosa darah	Tingkat glukosa dalam darah karyawan yang sudah berpuasa minimal 10 jam saat pengukuran dilakukan	Mengecek langsung dari hasil medical record	Medical record	Kategori : 1. Normal (80-109 mg/dl) 2. tidak normal (>140 mg/dl)	Ordinal
Dislipidemia	Tingkat HDL/LDL/Trygliserida dalam darah karyawan yang sudah berpuasa minimal 10 jam saat pengukuran dilakukan	Mengecek langsung dari hasil medical record	Medical record	Kategori: 1. dislipidemia (HDL < 40 mg/dl atau LDL \geq 160 mg/dl atau trygliserida \geq 200 mg/dl) 2. tidak dislipidemia (HDL \geq 40 mg/dl atau LDL < 160 mg/dl atau trygliserida < 200 mg/dl)	Ordinal
Penyakit jantung Koroner (PJK)	penyakit jantung yang disebabkan oleh karena penyempitan arteri koroner, mulai dari terjadinya aterosklerosis (kekakuan arteri) maupun yang sudah terjadi penimbunan				

	lemak atau plak pada dinding arteri koroner, baik disertai gejala klinis atau tanpa gejala sekalipun.				
Promosi Kesehatan Pekerja	program kegiatan yang direncanakan dan ditujukan pada peningkatan kesehatan para pekerja beserta anggota keluarga yang ditanggungnya dalam konteks tempat kerja				



BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Desain untuk studi ini adalah *Cross Sectional* dengan pendekatan secara kuantitatif dan kualitatif.

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Muara Badak Kalimantan Timur. Sedangkan waktu pengambilan data primer melalui kuesioner yang dilakukan pada bulan Oktober 2008.

4.3. Populasi dan Sampel

4.3.1. Populasi

Target populasi adalah karyawan yang bekerja di perusahaan minyak dan gas

4.3.2. Sampel

Teknik sampling yang digunakan dengan *purposive sampling*

Kualitatif → Informan (karyawan yang memiliki faktor risiko PJK, karyawan yang terkena PJK, dokter/programmer PKP)

Kuantitatif → seluruh karyawan (yang punya faktor risiko PJK) yang tersedia datanya di PT X dari tahun 2005 – 2007.

4.4. Pengumpulan Data

4.4.1. Data Primer

Data primer diperoleh dengan cara wawancara mendalam, *focus group discussion*, observasi langsung, telaah dokumen.

4.4.2. Data Sekunder

Data sekunder berupa:

- Data *medical check up* karyawan PT X tahun 2005 - 2007

4.5. Instrumen/Alat Pengumpul Data

Validitas alat yang dipakai di laboratorium PT X yaitu alat fotometer **Cobas Mira**[®] untuk pemeriksaan *lipid profile* sebagai berikut.

1. Presisi dan akurasi dari alat fotometer dikalibrasi oleh teknisi yang mengeluarkan alat tersebut (*Roche*) secara periodik 3x/tahun.
2. Secara periodik teknisi laboratorium melakukan pemeriksaan dengan menyertakan *serum control* (yang telah ditentukan konsentrasinya) sehingga bila terjadi penyimpangan dari standar deviasi $\pm 5\%$ dari konsentrasi yang telah ditentukan maka akan dilakukan *quality control*.

Alat fotometer Cobas Mira tersebut digunakan untuk pemeriksaan *lipid profile*, *Liver Function Test*, *Renal Function Test*, dan Glucose. Kalibrasi semua pemeriksaan di atas sekali jalan dilakukan setiap minggu (4x sebulan)

Pendekatan yang dilakukan yaitu berupa pendekatan kuantitatif maupun kualitatif, yaitu ;

- Pendekatan kuantitatif :
 1. Tekanan darah
 - a. Alat yang digunakan *sphygmomanometer* air raksa yang dikalibrasi secara periodic
 - b. Pemeriksaan dilakukan oleh dokter atau perawat yang sedang *on duty*.
 - c. Standar yang digunakan berdasarkan kategori JNC 7 Normal <120/80, Prehipertensi 120-139/80-89, hipertensi \geq 140/90, Stage 1 140-159/90-99, Stage 2 \geq 160/100.
 - d. Prosedur pengukuran tekanan darah
 2. Glukosa darah
 - a. Pemeriksaan sampel darah dilakukan pada pekerja setelah berpuasa selama minimal 10 jam.
 - b. Sampel darah itu diperiksa oleh laboran di perusahaan
 - c. Standar glukosa darah puasa mengikuti *cut of point* yang dipakai pada kategori normal sebesar 80-109 mg/dl dan tidak normal >140 mg/dl.
 3. Kolesterol HDL, LDL, trygliserida
 - a. Pemeriksaan sampel darah dilakukan pada pekerja setelah berpuasa selama minimal 10 jam
 - b. Sampel darah itu diperiksa oleh laboran perusahaan.
 - c. Nilai kolesterol total dikategorikan menjadi kolesterol HDL tidak normal <40 mg/dl dan normal \geq 40 mg/dl ; LDL dikategorikan menjadi normal

<160 mg/dl dan tidak normal \geq 160mg/dl ; dan trygliserida normal < 200 mg.dl dan tidak normal \geq 200 mg/dl.

- Pendekatan Kualitatif

Pedoman wawancara mendalam digunakan untuk menggali informasi dari beberapa informan kunci yaitu : *Chief Medical Officer (CMO)* perusahaan dan perawat serta pekerja.

Uji Validitas kualitatif

a. Triangulasi sumber :

1. Cross-check data dengan fakta dari sumber lainnya.
2. Membandingkan dan melakukan kontras data
3. Gunakan kelompok informan yang berbeda

b. Triangulasi metode :

Menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data, yaitu menggunakan FGD, wawancara mendalam dan juga dilakukan observasi

c. Triangulasi data/analisis :

1. Analisis data dilakukan oleh lebih dari 1 orang
2. Meminta umpan balik dari informan

4.6. Responden

Pada studi ini dilakukan wawancara terhadap pekerja di perusahaan, berikut ini adalah daftar responden dan alat serta cara pengumpulan data.

Tabel 4.1. Responden Pendekatan Studi dan Cara/Alat Pengumpulan Data

Responden/Informan	Pendekatan Studi	Cara/Alat Pengumpulan Data
• Dokter / CMO	Kualitatif	Wawancara mendalam
• Pekerja	Kuantitatif dan Kualitatif	Instrumen terstruktur/Wawancara mendalam

4.7. Proses Pengolahan Data

Proses Pengolahan data atau manajemen data untuk data primer maupun sekunder yang telah diperoleh dilakukan secara manual dan dengan menggunakan perangkat komputer dan alat perekam.

Proses pengolahan data primer melalui tahapan sebagai berikut:

1. Mengumpulkan data hasil rekaman FGD dan *indepth interview*.
2. Memindahkan (mentranskip) hasil rekaman dalam alat perekam kedalam format ketikan.
3. Membuat matriks hasil FGD dan *indepth interview*.
4. Melakukan analisis data hasil FGD dan *indepth interview*.

Proses pengolahan data sekunder melalui tahapan sebagai berikut:

1. Mengumpulkan data hasil MCU karyawan dan jumlah keseluruhan karyawan PT.X
2. Mengelompokkan karyawan yang menderita hipertensi, DM dan dislipidemia pada tahun 2005, 2006 dan 2007.

3. Menganalisis perbandingan karyawan yang menderita hipertensi, DM, dislipidemia pada tahun 2005, 2006 dan 2007 dengan jumlah keseluruhan karyawan PT.X
4. Membuat grafik prevalensi karyawan yang menderita hipertensi, DM dan dislipidemia pada tahun 2005, 2006 dan 2007.

4.8 Analisis Data

4.8.1 Analisis data kuantitatif

Analisis data deskriptif melihat kecenderungan angka hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia (kadar kolesterol total, HDL, LDL, trygliserida) dari tahun 2005 – 2007.

4.8.2 Analisis data kualitatif

Analisis content pada data-data hasil *Focus Group Discussion* (FGD), wawancara mendalam dan hasil observasi.

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Program Promosi Kesehatan Pekerja PT. X

Medical Department bertanggung jawab untuk masalah kesehatan karyawan secara komprehensif meliputi pelayanan yang bersifat *promotive*, *preventive*, *curative* dan *rehabilitative*. Misi dan tujuan utama dari *Medical Department* PT X adalah “*no harm to people, no damage to the environment.*” Departemen mendapatkan data-data karyawan yang dibutuhkan melalui *Human Resources Department* (HRD). Target populasi untuk mendapatkan pelayanan dari *medical department* adalah seluruh karyawan PT X dan keluarganya termasuk juga karyawan kontrak.

Manajemen mengadakan pertemuan satu minggu sekali yang dinamakan *safety meeting* dimana pembahasan kejadian-kejadian yang berkaitan dengan *safety* menjadi porsi utama mengalahkan isu kesehatan. Dalam PT X ini sudah terdapat *safety management system* dan *environmental management system* tetapi untuk *health management system* tidak ada. Budget perusahaan terbesar perusahaan yang diberikan ke *Medical Department* untuk pelayanan yang bersifat *curative* dan *rehabilitative*.

Departemen sudah melakukan upaya-upaya yang bersifat *out-sourcing*, dimana contohnya departemen mendatangkan dokter ahli jantung satu minggu sekali ke klinik untuk melakukan pelayanan terutama bagi mereka yang sudah divonis menderita sakit jantung. Sebelumnya departemen juga mendatangkan dokter gigi

satu minggu sekali ke klinik untuk melakukan pelayanan kesehatan gigi, tetapi karena minimnya *budget* yang dimiliki departemen, pelayanan tersebut dihentikan.

Departemen sudah memiliki *medical system data base*, tapi manfaatnya masih belum dirasakan optimal karena adanya kelemahan dari *medical staf* berkaitan dengan kurangnya pengetahuan dan kedisiplinan mereka.

Departemen dalam hal ini *curative – rehabilitations group* banyak berkontribusi terhadap kegiatan yang akan dilakukan departemen tapi tidak secara berkesinambungan dan tidak komprehensif. Topik yang dikeluarkan departemen berfokus pada penyakit degenerative seperti penyakit jantung, diabetes mellitus, kanker dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Departemen tiap bulan mengeluarkan bulletin “pola hidup sehat” atau informasi kesehatan disesuaikan dengan isu-isu kesehatan yang ada pada saat itu.

Kegiatan tersebut termasuk dalam *medical budget*. Departemen juga bekerjasama dengan *families group* seperti VIKEBA, VISA, VIMUBA dalam penyebaran topik tersebut, termasuk juga mendapatkan bantuan dana dari *families group* tersebut.

Materi spesifik (khusus) dalam program promosi disesuaikan dengan isu – isu kesehatan yang sedang ada pada saat itu (kasus demam berdarah, flu burung dll). Adapun *tools* yang digunakan untuk promosi kesehatan pekerja meliputi : pemasangan poster, penerbitan bulletin, pendistribusian *leaflet*, pelatihan, serta ceramah-ceramah tentang kesehatan, diskusi kelompok dan sebagainya.

Departemen selalu mendorong karyawan (*bersifat voluntary*) untuk melakukan aktivitas fisik di luar pekerjaan dan mendorong karyawan untuk selalu

menjaga kesehatannya karena kesehatan adalah menjadi tanggung jawab individu masing - masing tidak hanya dokter dan sukunya. Dalam hal ini tanggung jawab individu dan departemen berkaitan dengan kesehatan masih rendah karena komitmen keselamatan (*safety*) dalam hal ini menjadi isu sentral dibandingkan kesehatan (*health*) yang terlihat lebih dikecualikan.

Untuk menarik minat peserta departemen terakademi memberikan souvenir seperti T-shirt di bagi karyawan yang ikut berpartisipasi pada kegiatan - kegiatan promosi kesehatan yang diinisiasi *medical departmen*. Departemen belum memiliki satu struktur untuk menanggung analisis dan kesehatan para karyawan sehingga kesulitan untuk menanggung evaluasi dari program - program kesehatan yang sudah diinisiasi.

Adapun model program promosi kesehatan yang dikembangkan oleh Perusahaan X didasarkan berdasarkan model dari *Clara Carter* 1985. diinisiasi oleh seksi *Promotive & Preventive* dengan misi utama adalah mencegah penyakit, mempertahankan serta meningkatkan derajat kesehatan karyawan sebagai manusia sehingga dapat meningkatkan tingkat produktivitas. Urus yang diinisiasi oleh seksi *Promotive & Preventive* meliputi pencegahan penyakit menular, pencegahan penyakit kronis dan degenerasi, pendidikan kesehatan, promosi kesehatan dan informasi kesehatan. Program tersebut diinisiasi dalam bentuk hidup sehat yang mencakup istirahat cukup, olahraga teratur, manajemen stress, berhenti merokok, gizi seimbang. Sedangkan tools yang digunakan meliputi ceramah, *training*, *brosh leaflet*, poster dan sebagainya.

Secara umum perusahaan dalam hal ini *medical department* sebenarnya sudah memiliki program promosi kesehatan pekerja tetapi pelaksanaan (*implementasi*) kegiatan – kegiatan program promosi tersebut masih sangat rendah dan belum dilaksanakan secara terencana serta belum terstruktur dengan baik.

Kerjasama juga dilakukan bidang kesehatan dengan *camp service* (gizi), tetapi ini pada tingkat pelaksana belum pada tingkat pengambil kebijakan. *Monitoring*/pengawasan terhadap penyelenggaraan makanan, khususnya dilakukan pada saat:

1. Pengolahan makanan / processing

- Pengolahan makanan sekarang sudah lebih banyak dengan dilakukan dengan cara di grill, sebelumnya 60% dimasak dengan cara digoreng dengan minyak dan 40% dengan cara di grill, sekarang sudah berubah dimana 70% dimasak dengan cara di grill dan 30% dengan cara di goreng dengan minyak.
- Minyak goreng yang dipakai maksimal 3 kali pemakaian.

2. Penyimpanan bahan makanan

- Bahan makanan yang datang berupa daging, ayam, ikan dalam keadaan frozen, setelah dicek kemudian disimpan dalam freezer berukuran 4x8m dengan suhu -15 s/d -20 °C
- Makanan sisa yang ada langsung dibuang ke tempat yang aman.

3. Kegiatan pengawasan terhadap kualitas makanan

- *Camp service* menggunakan ISO 20:2000 dalam keamanan pangan.

- Pengawasan yang dapat dilakukan hanya dengan pengamatan secara kasat mata saja berupa perhatian terhadap *expire date*, dan kondisi bahan makanan yang datang harus dalam keadaan *frozen*.

4. Pendistribusian/penyajian makanan

- Sekarang sudah diperbanyak makanan ikan dan kuantitas daging diturunkan, ikan yang banyak disediakan yaitu ikan kakap, tenggiri sedangkan ikan tongkol dan ikan layang karena sangat peka tidak disediakan
- Tahu tempe juga diperbanyak

5. Pemantauan terhadap sarana dan prasarana

- Dilakukan pengecekan terutama terhadap *freezer* untuk menyimpan bahan makanan, *camp service* memiliki 6 mesin sehingga apabila 1 mesin rusak masih ada 5 mesin sehingga *freezer* masih bisa terus bekerja

6. Perencanaan menu

- Dilakukan perencanaan menu 1 bulan sekali, tetapi sewaktu-waktu apabila dibutuhkan dapat direvisi.

Tabel 5.1. Matriks Hasil FGD dan *Indepth Interview*

Variabel yang diteliti	Karyawan	Dokter / PIC	Camp service
Pengetahuan tentang PKP	Program yang dilakukan perusahaan yang berupaya untuk menjaga kesehatan dan menanggulangi penyakit yang dialami oleh karyawan Kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan oleh klinik agar karyawan selalu sehat melalui media ceramah, leaflet, penyuluhan, diskusi.	-	-
Informasi tentang PKP (existing program)	Perusahaan memang menyelenggarakan program PKP tapi tidak dijalankan secara maksimal Program PKP yang dilakukan seperti; penyuluhan - penyuluhan kesehatan, milis (healthdesk) intranet. Pihak manajemen dalam hal ini terkesan kurang commit dimana para karyawan merasa tidak mempunyai waktu untuk berolahraga.	Program PKP yang dilakukan perusahaan seperti; penerbitan bulletin 'pola hidup sehat' sebulan sekali, seminar kesehatan yang bersifat insidental dengan topic yang sedang hangat pada saat itu.	-
Informasi tentang PKP (organisasi dan pembiayaan)	-	Komitmen perusahaan terhadap health tidak setinggi safety Perusahaan mengalokasikan dana lebih besar pada porsi curative & rehabilitative dibandingkan upaya promotive & preventive	-
Saran dan harapan	Kebijakan berkaitan dengan program PKP harus bersifat mandatory bagi semua karyawan. Komitmen hari Rabu sebagai hari olahraga harus benar-benar dilaksanakan. Dengan fasilitas <i>health desk</i> lebih diperbanyak lagi informasi kesehatannya.	Harus adanya seorang <i>analyzer health data</i>	Harus adanya seorang <i>nutrionist</i> (ahli gizi)

Dari hasil wawancara mendalam, FGD dan observasi lapangan program Promosi Kesehatan Pekerja PT. X dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.2. Program Kesehatan Kerja dan Pelaksanaannya

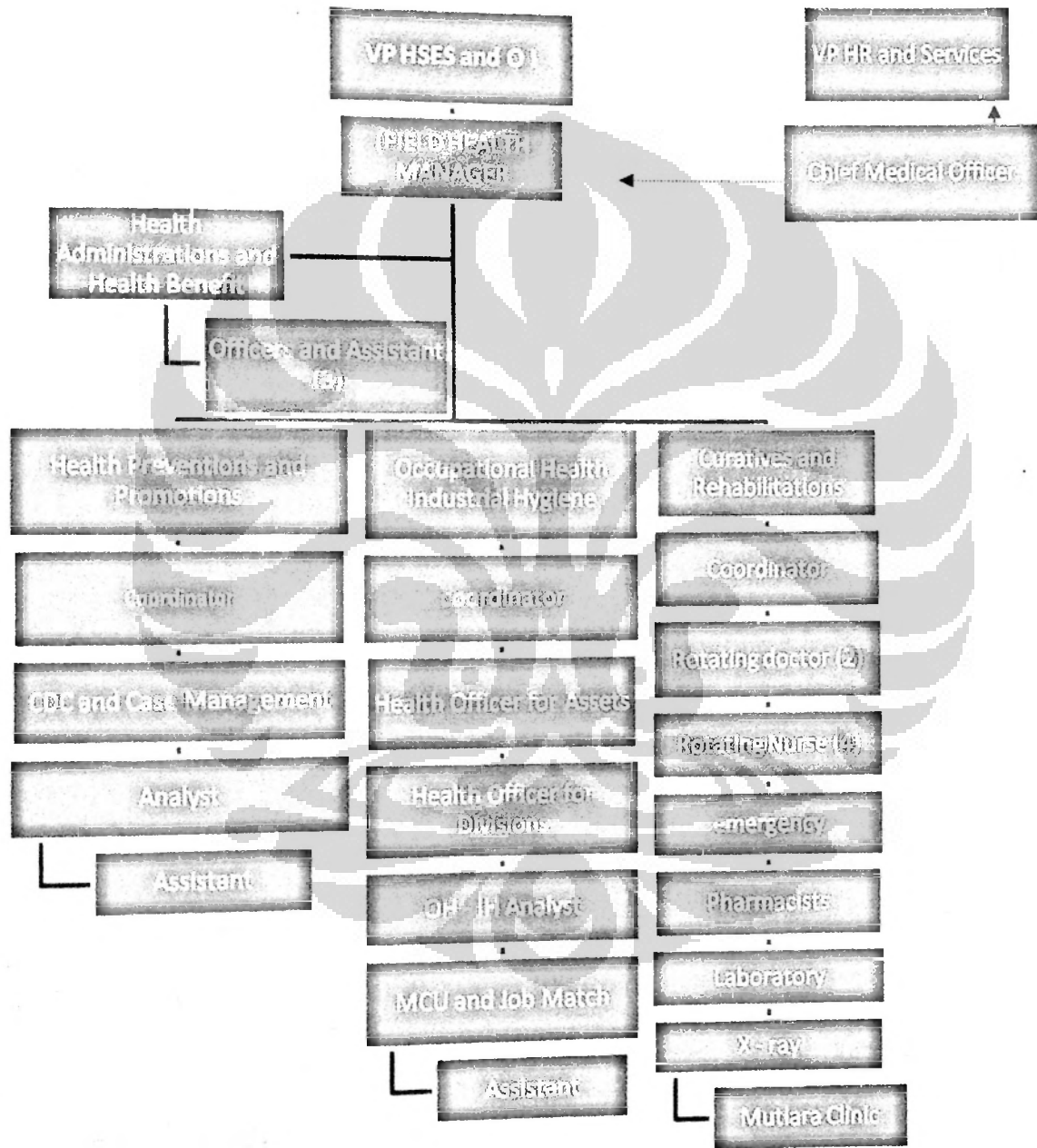
No	Program Kesehatan Kerja PT.X	Pelaksanaan
1.	Pelayanan kesehatan bersifat <i>curative</i> dan <i>rehabilitative</i> meliputi; pengobatan di klinik perusahaan, pelayanan pengobatan dan konsultasi dokter jantung seminggu sekali.	Baik
2.	Pelayanan kesehatan bersifat <i>promotive</i> dan <i>preventive</i> , meliputi; kampanye hidup sehat dan penyebaran informasi berkaitan dengan masalah kesehatan melalui media bulletin, diskusi, leaflet, poster, ceramah, intranet.	kurang
3.	Kebijakan perusahaan seperti; menjadikan hari Rabu sebagai hari olahraga, larangan merokok	kurang
4.	Kebijakan perusahaan dalam penyediaan fasilitas olahraga lengkap	Baik
5.	Kerjasama bagian kesehatan dengan bagian gizi dalam hal penyelenggaraan makanan	kurang

Tabel 5.3. Matriks *Ottawa Charter*

Ottawa Charter	Model Perusahaan X
<i>Build Health Public Policy</i>	Ada
<i>Create Supportive environment</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Larangan merokok 2. Fasilitas olahraga lengkap 3. Hari olahraga
<i>Strengthen Community Skills</i>	<i>First Aid & OH training for employee.</i> Edukasi (gaya hidup), penanganan pembuangan limbah, dan lain-lain
<i>Develop Personal Skills</i>	Pelatihan <i>aerobic & fitness</i> , penyediaan kotak P3K, inspeksi sanitasi & hygiene
<i>Reorient Health Services</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kampanye pola hidup sehat 2. Kampanye perilaku hidup sehat 3. Kampanye pencegahan penyakit Kampanye tersebut berisi tentang: <ol style="list-style-type: none"> 1. Istirahat cukup 2. Olahraga teratur, manajemen stress, berhenti merokok 3. Gizi seimbang

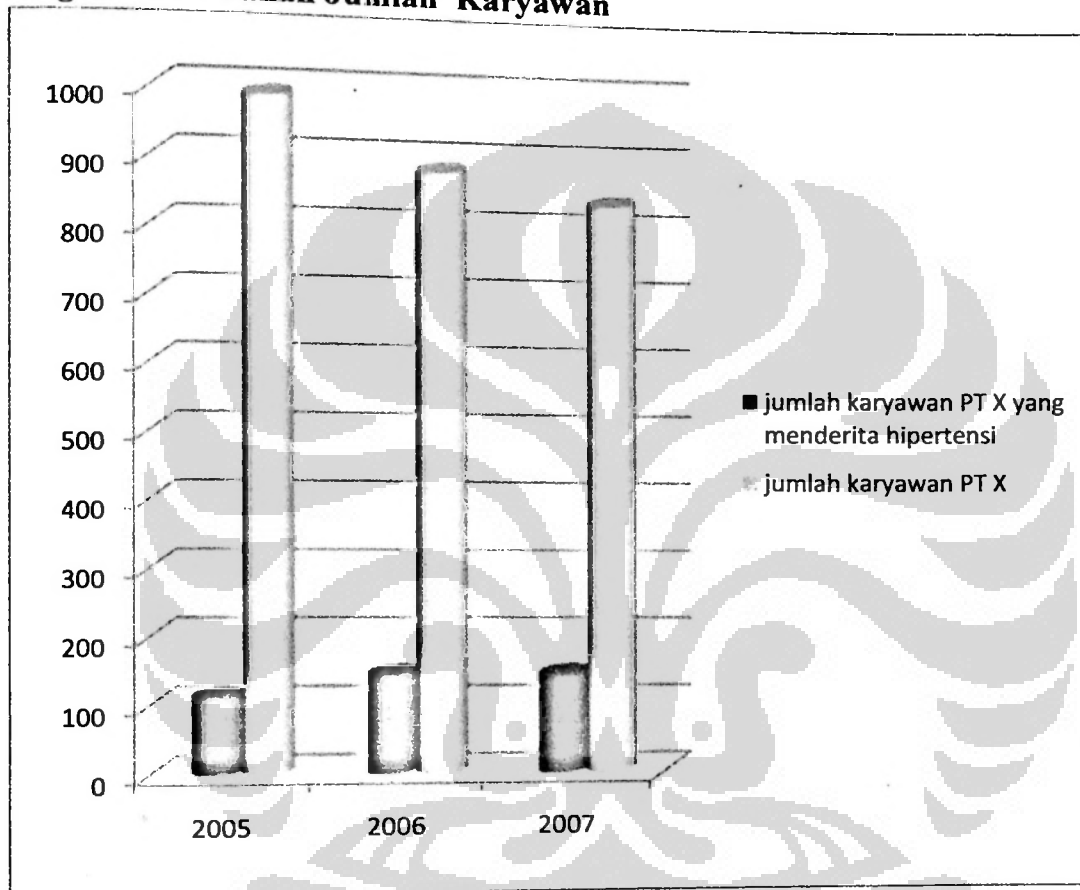
Struktur organisasi di Perusahaan X adalah sebagai berikut.

Gambar 5.1. Struktur Organisasi *Medical Department* Perusahaan X



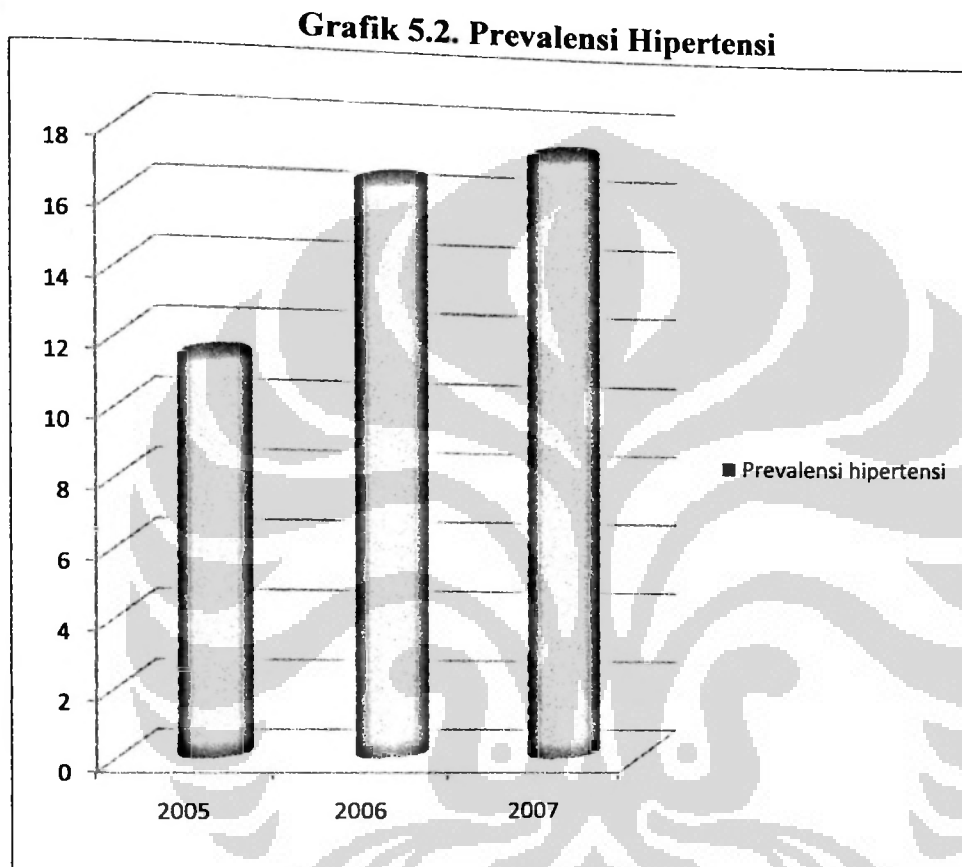
5.2. Gambaran Perbandingan Jumlah Karyawan Yang Menderita Hipertensi Dengan Keseluruhan Jumlah Karyawan PT. X

Grafik 5.1. Perbandingan Jumlah Karyawan Yang Menderita Hipertensi Dengan Keseluruhan Jumlah Karyawan



Jumlah karyawan yang menderita hipertensi pada tahun 2005 sebanyak 113 orang, sedangkan tahun 2006 meningkat menjadi 146 orang dan tahun 2007 angkanya tetap sebanyak 146 orang. Jumlah keseluruhan karyawan pada tahun 2005 sebanyak 992 orang, tahun 2006 berkurang menjadi 885 orang, dan tahun 2007 berkurang lagi menjadi 841 orang.

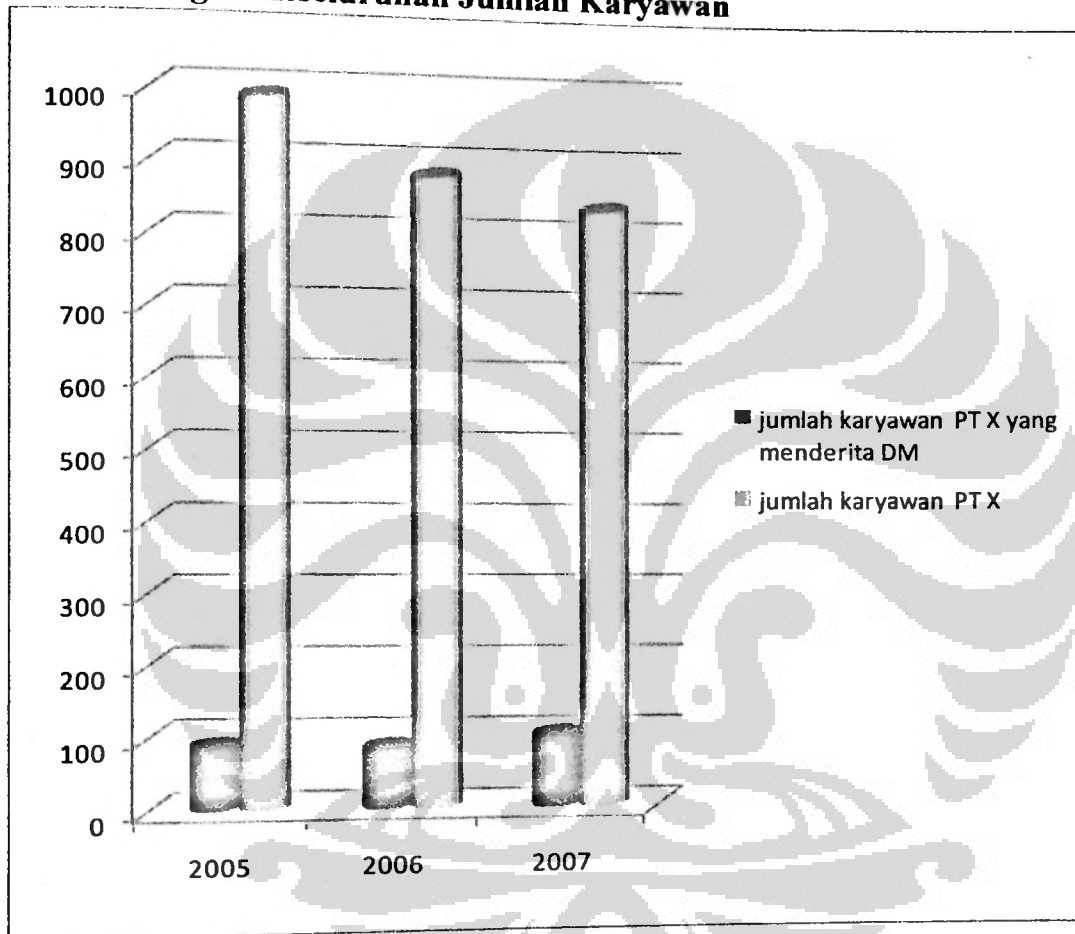
5.3. Gambaran Prevalensi Hipertensi PT. X



Berdasarkan data pemeriksaan kesehatan tahun 2005 sampai dengan tahun 2007 didapatkan peningkatan prevalensi jumlah karyawan yang menderita hipertensi. Pada tahun 2005, prevalensi diketahui 11,4%, tahun 2006 meningkat menjadi 16,5% dan tahun 2007 terjadi peningkatan sebesar 17,36%

5.4. Gambaran Perbandingan Jumlah Karyawan Yang Menderita Diabetes Mellitus Dengan Keseluruhan Jumlah Karyawan PT. X

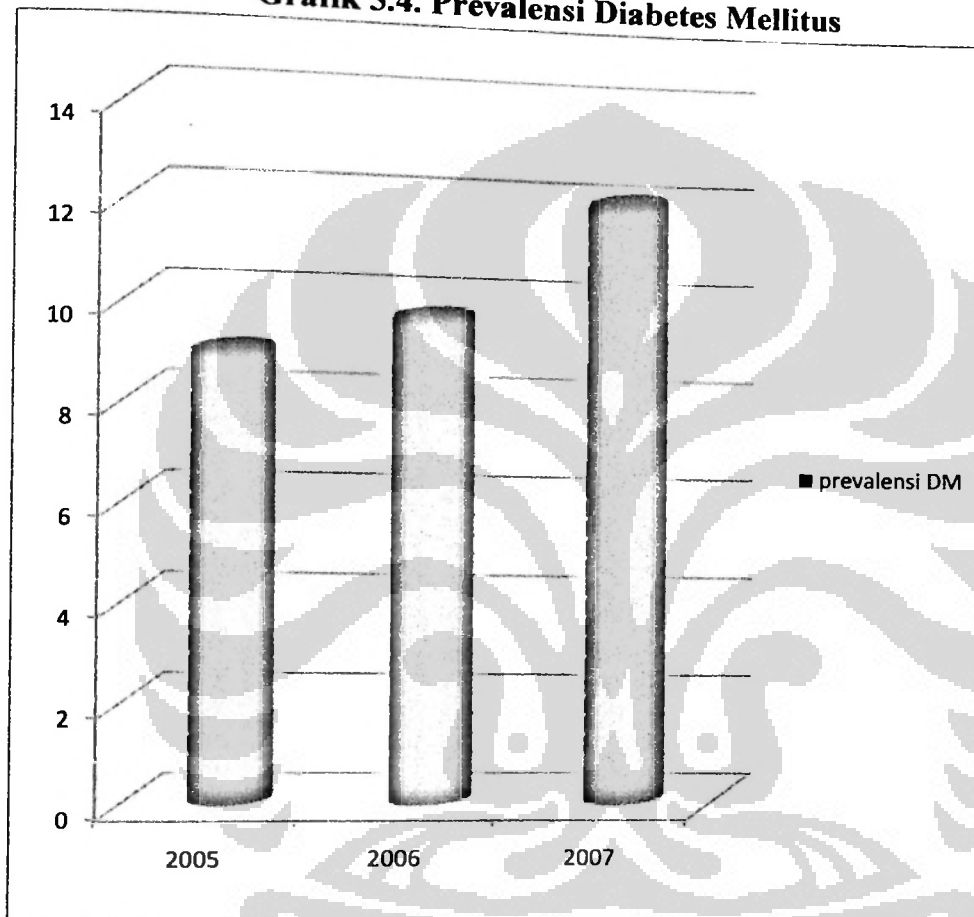
Grafik 5.3. Perbandingan Jumlah Karyawan Yang Menderita Diabetes Mellitus Dengan Keseluruhan Jumlah Karyawan



Jumlah karyawan yang menderita diabetes mellitus pada tahun 2005 sebanyak 89 orang, sedangkan tahun 2006 menurun menjadi 86 orang dan tahun 2007 angkanya meningkat sebanyak 102 orang. Jumlah keseluruhan karyawan pada tahun 2005 sebanyak 992 orang, tahun 2006 berkurang menjadi 885 orang, dan tahun 2007 berkurang lagi menjadi 841 orang.

5.5. Gambaran Prevalensi Diabetes Mellitus PT. X

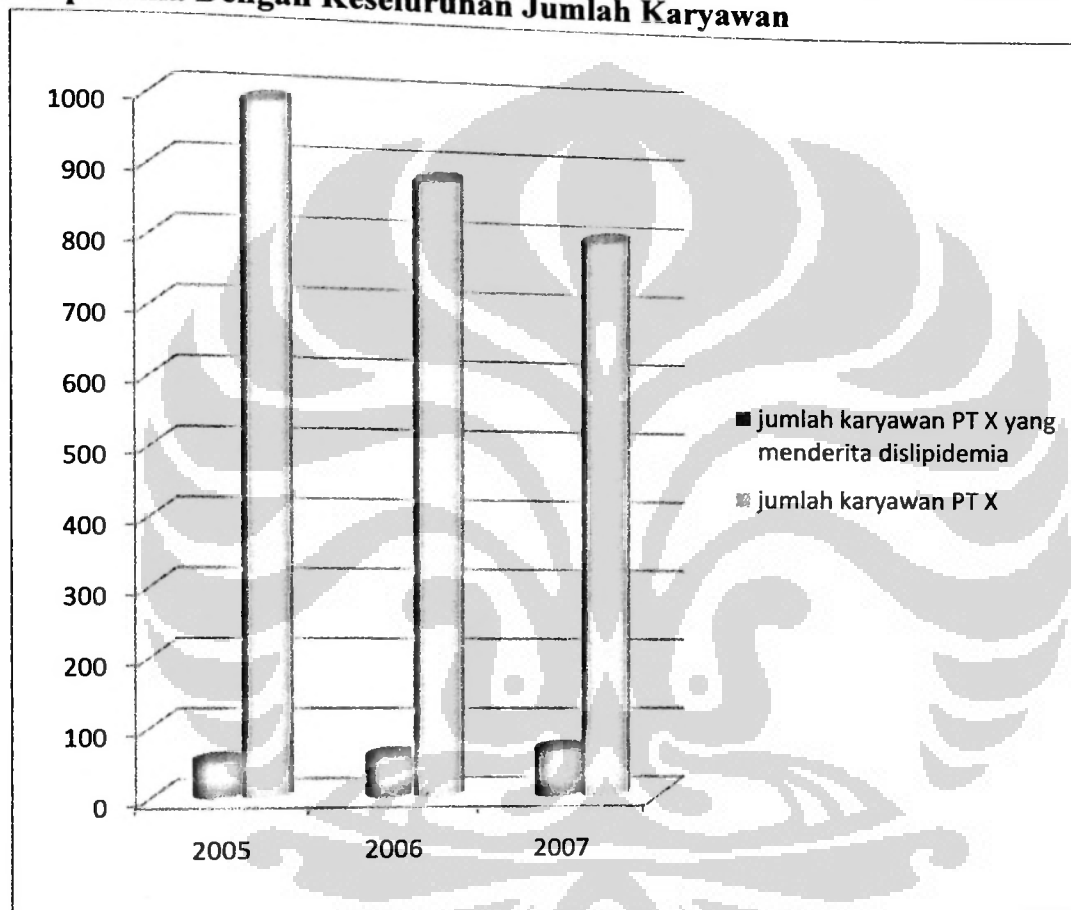
Grafik 5.4. Prevalensi Diabetes Mellitus



Berdasarkan data pemeriksaan kesehatan tahun 2005 sampai dengan tahun 2007 didapatkan peningkatan prevalensi jumlah karyawan yang menderita diabetes mellitus. Pada tahun 2005, prevalensi diketahui 8,97%, tahun 2006 meningkat menjadi 9,72% dan tahun 2007 terjadi peningkatan sebesar 12,13%

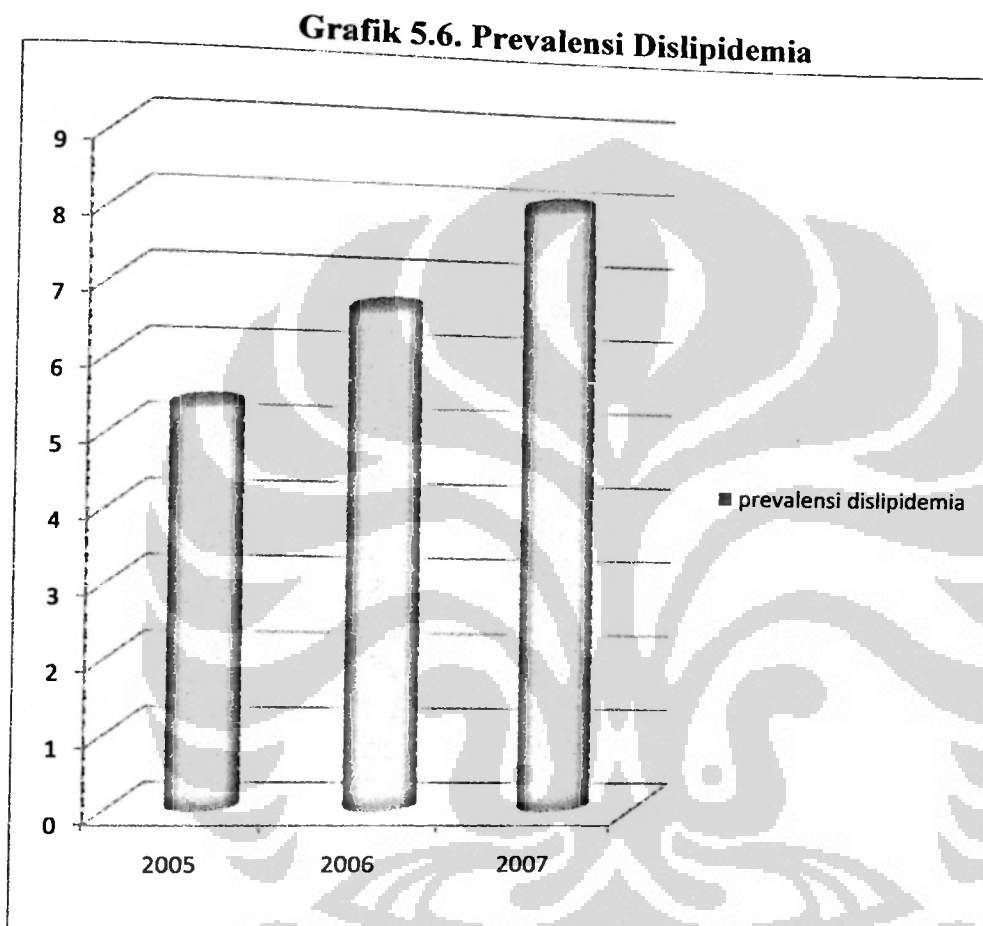
5.6. Gambaran Perbandingan Jumlah Karyawan Yang Menderita Dislipidemia Dengan Keseluruhan Jumlah Karyawan PT.X

Grafik 5.5. Perbandingan Jumlah Karyawan Yang Menderita Dislipidemia Dengan Keseluruhan Jumlah Karyawan



Jumlah karyawan yang menderita dislipidemia pada tahun 2005 sebanyak 53 orang, sedangkan tahun 2006 meningkat menjadi 59 orang dan tahun 2007 angkanya meningkat lagi sebanyak 68 orang. Jumlah karyawan total pada tahun 2005 sebanyak 992 orang, tahun 2006 berkurang menjadi 885 orang, dan tahun 2007 berkurang lagi menjadi 841 orang.

5.7. Gambaran Prevalensi Dislipidemia PT. X



Berdasarkan data pemeriksaan kesehatan tahun 2005 sampai dengan tahun 2007 didapatkan peningkatan prevalensi jumlah karyawan yang menderita dislipidemia. Pada tahun 2005, prevalensi diketahui 5,34%, tahun 2006 meningkat menjadi 6,67% dan tahun 2007 terjadi peningkatan sebesar 8,09%.

BAB VI

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian (grafik 5.1 , 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6) terlihat bahwa prevalensi faktor risiko Penyakit Jantung Koroner (hipertensi, dislipidemia, diabetes mellitus) dari tahun 2005 – 2007 terus mengalami peningkatan.

6.1. Pembahasan Hipertensi

Berdasarkan hasil penelitian, terlihat pada tahun 2005 dari 992 karyawan 113 diantaranya mengidap hipertensi, pada tahun 2006 dari 885 karyawan 146 diantaranya mengidap hipertensi dan pada tahun 2007 dari 841 karyawan 146 diantaranya merupakan penderita hipertensi. Dari data tersebut dapat diketahui prevalensi hipertensi pada tahun 2005, mencapai 11,4%, tahun 2006 meningkat menjadi 16,5% dan tahun 2007 terjadi peningkatan sebesar 17,36%.

Komplikasi terhadap jantung Hipertensi yang paling sering adalah Kegagalan Ventrikel Kiri, PJK seperti angina Pektoris dan Miokard Infark. Dari penelitian 50% penderita miokard infark menderita Hipertensi dan 75% kegagalan Ventrikel kiri akibat Hipertensi. Perubahan hipertensi khususnya pada jantung disebabkan karena:

a. Meningkatnya tekanan darah.

Peningkatan tekanan darah merupakan beban yang berat untuk jantung, sehingga menyebabkan hipertropi ventrikel kiri atau pembesaran ventrikel kiri (faktor miokard). Keadaan ini tergantung dari berat dan lamanya hipertensi.

b. Mempercepat timbulnya arterosklerosis.

Tekanan darah yang tinggi dan menetap akan menimbulkan trauma langsung terhadap dinding pembuluh darah arteri koronaria, sehingga memudahkan terjadinya arterosklerosis koroner (faktor koroner) Hal ini menyebabkan angina pectoris, Insufisiensi koroner dan miokard infark lebih sering didapatkan pada penderita hipertensi dibanding orang normal.

Tekanan darah sistolik diduga mempunyai pengaruh yang lebih besar. Kejadian PJK pada hipertensi sering dan secara langsung berhubungan dengan tingginya tekanan darah sistolik. Penelitian Framingham selama 18 tahun terhadap penderita berusia 45-75 tahun mendapatkan hipertensi sistolik merupakan faktor pencetus terjadinya angina pectoris dan miokard infark. Juga pada penelitian tersebut didapatkan penderita hipertensi yang mengalami miokard infark mortalitasnya 3x lebih besar dari pada penderita yang normotensi dengan miokard infark.

Hasil penelitian Framingham juga mendapatkan hubungan antara PJK dan Tekanan darah diastolik. Kejadian miokard infark 2x lebih besar pada kelompok tekanan darah diastolik 90-104 mmHg dibandingkan Tekanan darah diastolik 85 mmHg, sedangkan pada tekanan darah diastolik 105 mmHg 4x lebih besar. Penelitian Stewart 1979 & 1982 juga memperkuat hubungan antara kenaikan tekanan darah diastolik dengan risiko mendapat miokard infark.

Apabila Hipertensi sistolik dan Diastolik terjadi bersamaan maka akan menunjukkan risiko yang paling besar dibandingkan penderita yang tekanan darahnya normal atau Hipertensi Sistolik saja. Lichenster juga melaporkan bahwa kematian PJK lebih berkorelasi dengan Tekanan darah sistolik dan diastolik

dibandingkan Tekanan darah Diastolik saja. Pemberian obat yang tepat pada Hipertensi dapat mencegah terjadinya miokard infark dan kegagalan ventrikel kiri tetapi perlu juga diperhatikan efek samping dari obat- obatan dalam jangka panjang. Oleh sebab itu pencegahan terhadap hipertensi merupakan usaha yang jauh lebih baik untuk menurunkan risiko PJK, utk itu jika kita ingin menahan laju PJK salah satu yg harus diperhatikan adalah faktor risiko hipertensi.

Upaya yang dapat dilakukan untuk menghindari terjadinya hipertensi meliputi: diet yang sehat dengan menghindari makanan yang banyak mengandung garam dan minuman beralkohol, kontrol berat badan dengan mengurangi makanan yang mengandung lemak dan melakukan olahraga secara teratur, kegiatan fisik dengan tidak melakukan olah raga yang berat, cukup dengan jalan, berenang, bersepeda, tenis, golf dan jenis permainan lainnya, dan tinggalkan rokok dengan meninggalkan rokok dapat menghindari risiko yang ditimbulkan secara cepat seperti serangan jantung, stroke, gangrene (pembusukan) kaki dan kerusakan lain-lain.

6.2. Pembahasan Diabetes Mellitus

Berdasarkan hasil penelitian, terlihat pada tahun 2005 dari 992 karyawan 89 diantaranya mengidap diabetes mellitus, pada tahun 2006 dari 885 karyawan 86 diantaranya mengidap dislipidemia dan tahun 2007 dari 841 karyawan 102 diantaranya mengidap diabetes mellitus. Dari data – data tersebut dapat diketahui prevalensi diabetes mellitus pada tahun 2005 mencapai 8,97%, tahun 2006 meningkat menjadi 9,72% dan tahun 2007 terjadi peningkatan sebesar 12,13%.

Penyebab kematian dan kesakitan utama pada pasien DM (baik DM tipe 1 maupun DM tipe 2) adalah Penyakit Jantung Koroner, yang merupakan salah satu penyulit makrovaskular pada diabetes mellitus. Penyulit makrovaskular ini bermanifestasi sebagai aterosklerosis dini yang dapat mengenai organ – organ vital (jantung dan otak). Penyebab aterosklerosis pada pasien DM tipe 2 bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi kompleks dari berbagai keadaan seperti hiperglikemia, hiperlipidemia, stress oksidatif, penuaan dini, hiperinsulinemia dan/atau hiperproinsulinemia serta perubahan – perubahan dalam proses koagulasi dan fibrinolisis.

Pada pasien DM, risiko (payah) jantung kongestif meningkat 4 sampai 8 kali. Peningkatan risiko ini tidak hanya disebabkan karena penyakit jantung iskemik. Dalam beberapa tahun terakhir ini diketahui bahwa pasien DM dapat pula mempengaruhi otot jantung secara independen. Selain melalui keterlibatan aterosklerosis dini arteri koroner yang menyebabkan penyakit jantung iskemik juga dapat terjadi perubahan – perubahan berupa fibrosis interstisial, pembentukan kolagen dan hipertrofi sel – sel otot jantung. Pada tingkat selular terjadi gangguan pengeluaran kalsium dari sitoplasma, perubahan struktur Troponin T dan peningkatan aktivitas piruvat kinase.

Perubahan – perubahan ini akan menyebabkan gangguan kontraksi dan relaksasi otot jantung dan peningkatan tekanan *end – diastolic* sehingga dapat menimbulkan kardimiopati restriktif. Dari teori tersebut menyimpulkan bahwa diabetes mellitus merupakan salah satu faktor risiko terjadinya Penyakit Jantung

Koroner untuk itu jika kita ingin menahan laju PJK salah satu yang harus diperkatikan adalah faktor risiko diabetes mellitus.

Upaya yang dapat dilakukan untuk menghindari terjadinya diabetes mellitus meliputi modifikasi diet, latihan jasmani serta pengelolaan berat badan.

Diet yang harus dihindari:

- Gula murni misalnya gula pasir dan gula jawa
- Makanan dan minuman yang dibuat dari gula murni seperti kecap manis, abon, dendeng, sarden, manisan, dodol, kue, sirop, *jelly*, susu kental manis, coklat, minuman ringan (*soft drink*), es krim.

Diet yang harus dibatasi:

- Makanan yang mengandung karbohidrat seperti nasi, ubi, singkong, roti, mie, kentang, jagung, serta makanan yang diolah dari tepung-tepungan.

Dianjurkan latihan jasmani teratur 3-4 kali tiap minggu selama kurang lebih setengah jam yang sifatnya sesuai CRIPE (*Continous, Rhytmical, Interval, Progressive, Endurance training*). Latihan dilakukan terus menerus tanpa berhenti, otot-otot berkontraksi dan relaksasi secara teratur, selang-seling antara gerak cepat dan lambat, berangsur-angsur dari sedikit ke latihan yang lebih berat secara bertahap dan bertahan dalam waktu tertentu. Latihan yang dapat dijadikan pilihan adalah jalan kaki, *jogging*, lari, renang, bersepeda dan mendayung.

6.3. Pembahasan Dislipidemia

Berdasarkan hasil penelitian, terlihat pada tahun 2005 dari 992 karyawan 53 diantaranya mengidap dislipidemia, pada tahun 2006 dari 885 karyawan 59 orang diantaranya mengidap dislipidemia dan pada tahun 2007 dari 841 karyawan 68 diantaranya mengidap dislipidemia. Dari data – data tersebut dapat diketahui prevalensi dislipidemia pada tahun 2005 mencapai 5,34%, tahun 2006 meningkat menjadi 6,67% dan tahun 2007 terjadi peningkatan sebesar 8,09%.

Jantung tidak hanya memompa darah, tapi seperti halnya semua otot, jantung juga perlu darah. Darah membawa oksigen yang diperlukan jantung agar jantung berfungsi dengan baik. Darah mengalir ke berbagai wilayah jantung melalui arteri koroner. Arteri yang sehat adalah arteri yang lebar dengan permukaan yang halus yang memungkinkan darah mengalir lancar. Seiring waktu, plak dapat terbentuk di pembuluh arteri koroner, menyebabkan pembuluh itu mengeras dan menyempit. Proses ini disebut atherosclerosis dan merupakan awal dari penyakit jantung koroner. Sejalan dengan membesarnya plak, plak akan mengurangi jumlah darah yang mengalir melalui pembuluh arteri dan mengurangi jumlah oksigen yang diterima jantung. Plak terbentuk dari kolesterol berlebih dan substansi lainnya, yang mengalir melalui aliran darah. Kolesterol kebanyakan terbentuk dari lemak yang disebut lipid atau lipoprotein.

Ada beberapa tipe kolesterol, yang paling dikenal adalah kolesterol LDL (*low – density lipoproteins*) dan kolesterol HDL (*high – density lipoproteins*). Kolesterol LDL disebut “kolesterol jahat” karena kalau berlebihan dapat menempel di dinding arteri, membantu pembentukan plak. Kolesterol HDL disebut “kolesterol baik”

karena dia melindungi arteri dari pembentukan plak. Dari teori tersebut menyimpulkan bahwa dislipidemia merupakan salah satu faktor risiko terjadinya Penyakit Jantung Koroner untuk itu jika kita ingin menahan laju PJK salah satu yang harus diperhatikan adalah faktor risiko dislipidemia.

Upaya yang dapat dilakukan untuk menghindari dislipidemia meliputi modifikasi diet, latihan jasmani serta pengelolaan berat badan. Tujuan utama terapi diet disini adalah menurunkan risiko PKV dengan mengurangi asupan lemak jenuh dan kolesterol serta mengembalikan keseimbangan kalori. Sekaligus memperbaiki nutrisi. Perbaikan keseimbangan kalori biasanya memerlukan peningkatan penggunaan energy melalui kegiatan jasmani serta pembatasan asupan kalori.

6.4. Pembahasan Data Kualitatif

Dari hasil observasi di lapangan, terlihat perusahaan sudah melakukan upaya perbaikan dalam penyajian makanan. Makanan jenis goreng - gorengan sudah mulai dikurangi dengan lebih banyak memanggang makanan yang disajikan, sesuai dengan hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan penanggung jawab catering di bawah ini:

"Pengolahan makanan sekarang sudah lebih banyak dengan cara di grill, kalau dulu 60% dengan cara digoreng dengan minyak dan 40% dengan cara di grill, sekarang sudah berubah dimana 70% dimasak dengan cara di grill dan 30% dengan cara di goreng dengan minyak."

"Minyak goreng yang kami pakai maximal 3 kali pemakaian."

Bagian *camp service* sudah melakukan upaya untuk memberitahu karyawan kadar gizi dari makanan yang disediakan dengan memberikan label *high*

cholesterol pada es cream selebihnya tidak ada yang dapat dilakukan *camp service* karena keterbatasan pengetahuan, untuk itu sangat dibutuhkan nutritionis untuk menutupi kelemahan tersebut, sesuai dengan hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan penanggung jawab catering di bawah ini:

"Kalau ada yg bertanya sekarang kami tidak bisa menjelaskan bagaimana kandungan kalori masing-masing makanan tapi sekarang sudah tidak ada lagi karena kontraknya sudah diputus. Dulu es krim sehari habis sekarang bisa seminggu baru habis karena di es krim sudah kami pasang koleterol tinggi sehingga orang sudah mulai berpikir untuk mengkonsumsi es krim"

"Sebenarnya disini nutritionisnya diperlukan sekali, agar bagusya setiap makanan ada displaynya mengenai kandungan kalori dan gizi di dalamnya."

Perusahaan sudah melakukan upaya pelayanan yang bersifat *curative* dengan mendatangkan dokter ahli jantung untuk memberikan pengobatan bagi mereka yang menderita penyakit jantung, sesuai dengan hasil FGD yang dilakukan dengan karyawan yang memiliki faktor risiko PJK di bawah ini:

"Dari klinik ada program konsultasi khusus dimana tiap hari Rabu ada dokter spesialis jantung yang datang untuk para penderita jantung berobat tapi lebih bersifat kearah kuratif tidak ada arah preventifnya."

Komitmen dari *top management* terhadap kesehatan terlihat masih kurang terhadap program – program promosi kesehatan yang ada, sesuai dengan hasil FGD yang dilakukan dengan karyawan yang memiliki faktor risiko PJK di bawah ini :

"Harusnya pihak pengambil kebijakan menghormati akan adanya program-program promosi kesehatan, seperti dikatakan hari Rabu adalah hari olahraga nasional tapi mereka malah melanggarnya misal malah mengajak rapat"

"Kita disini budaya olahraga nya masih belum ada, karena dimana hari Rabu yang harusnya hari olahraga malah dipakai oleh bos2 kita untuk rapat jadi kita tidak bisa olahraga, sedangkan besoknya kita mau olahraga tidak mungkin karena bukan dilanggar, artinya tidak ad jadwal khusus kita berolahraga karena mana mungkin kita dapat berolahraga sedangkan kita bekerja dari jam 6 pagi sampai jam 6 malam shg tdk mungkin kita sanggup untuk berolahraga."

"Komitmen hari Rabu hari olahraga harusnya benar - benar dilaksanakan."

Banyak program – program promosi kesehatan yang pada tahun - tahun sebelumnya dilakukan kini sudah tidak dilakukan, sesuai dengan hasil FGD yang dilakukan dengan karyawan yang memiliki faktor risiko PJK di bawah ini:

"Kalau dulu setiap minggu kita ada aerobic setiap hari Rabu, sekarang masih ada tapi gak rutin jadi hanya terbatas. Jadi sekarang yang rutin untuk pegawai tidak ada"

"Kalau dahulu waktu tahun 1997 pernah ada program dimana setiap minggu kita berkumpul yang sama-sama menderita gula. Disitu kita sharing bareng penderita gula dengan dokter untuk membicarakan bagaimana perkembangan kesehatan kita disertai dengan arahan-arahan dari dokter untuk perkembangan kesehatan kami. Setelah itu lebih cenderung untuk mendatangkan pembicara-pembicara dari luar, tapi itu lebih bersifat sukarela kalau kita gak datang yah gapapa."

Komitmen perusahaan terhadap masalah kesehatan lebih dikesampingkan dibandingkan dengan masalah yang berkaitan dengan *safety*, sesuai dengan hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan penanggung jawab medis dan hasil FGD dengan karyawan yang memiliki faktor risiko PJK di bawah ini:

" the commitment for health is not high as for safety."

"Di health kalau kita bicara kolesterol apasih bahayanya tidak semua orang tahu apasih bahayanya kolesterol sedangkan kalo kita bicara safety semua orang langsung merasa takut apabila tidak mematuhiya karena langsung jelas apa"

akibatnya, tidak demikian dengan health dimana tidak terlalu menimbulkan efek jera.”.

“Kalo kita lihat sekarang selalu ditanyakan masalah safety tapi health selalu dibelakangkan prioritasnya. Harusnya masalah health ini bisa lebih diprioritaskan seperti halnya safety.”

“Kalo kita lihat sekarang selalu ditanyakan masalah safety tapi health selalu dibelakangkan prioritasnya.”

“Kita bicara ada safety management sistem, environmental management sistem tapi tidak ada health management sistem. Coba kita lihat dalam safety meeting selalu pak IGT bicara paling belakang jadi kita bicara budaya disini memang belum mendukung kearah kesana.”

“Tanggung jawab individu dan departemen berkaitan dengan kesehatan masih rendah karena komitmen keselamatan (safety) dalam hal ini menjadi isu sentral dibandingkan kesehatan (health) yang terlihat lebih dikesampingkan.”

Karyawan sebenarnya memiliki keinginan yang kuat untuk mendapatkan informasi – informasi terkait dengan kesehatan, sesuai dengan hasil FGD yang dilakukan dengan karyawan yang memiliki faktor risiko PJK di bawah ini:

“Bulletin board harus diisi dengan info-info kesehatan.”

“Juga banyak menampilkan informasi-informasi tentang factor-faktor risiko.”

“Ada penyuluhan - penyuluhan kesehatan yg sifatnya roadshow, berupa penyuluhan dg diskusi – diskusi kecil.”

“Orang itu sebenarnya lebih tertarik dengan gambar seperti kenapa tidak ditampilkan film-film mengenai penyakit bisa melalui intranet, misal juga video orang yang dioperasi jantung, orang merokok yang kemudian menderita penyakit seperti orang naik mobil ngebut yang kemudian mengalami kecelakaan.”

“Medical harus melaporkan perkembangan setiap karyawan, medical menampilkan data setiap minggu meningkat/menurun : kolesterol (HDL,LDL,TG), IMT,DM, Tekanan Darah.”

Program promosi kesehatan kerja ditujukan bagi seluruh pekerja di Perusahaan X dan bersifat *voluntary*, hanya untuk pemeriksaan kesehatan pekerja bersifat wajib bagi seluruh pekerja. Sebenarnya karyawan menginginkan terlibat dalam kegiatan promosi kesehatan baik itu berupa olahraga, seminar atau penyuluhan kesehatan yang bersifat *mandatory* sehingga kebijakan ini dapat dipatuhi oleh semua pihak, sesuai dengan hasil FGD yang dilakukan dengan karyawan yang memiliki faktor risiko PJK di bawah ini:

"Harus adanya warning yang keras apabila program – program promosi kesehatan tsb dilanggar tapi harus adanya perbaikan dulu pada perangkat – perangkatnya."

"Wajib pada hari olahraga semua mengikutinya, rapat – rapat distop."

"Tingkatkan lagi atau diadain lagi program promosi kesehatan ini untuk mencegah agar orang tidak sakit dan kalau perlu ada semacam pemaksaan kalau karyawan tidak melaksanakan dapat diberikan peringatan sampai sanksi, seperti dibuat sebuah system yang integrated tidak seperti sekarang hanya bergerak kalau ada yg menggerakkan."

Perusahaan sudah menerapkan penyebaran informasi kesehatan yang cukup efektif melalui media intranet, tetapi intensitasnya masih kurang dan sifatnya tidak rutin, sesuai dengan hasil FGD yang dilakukan dengan karyawan yang memiliki faktor risiko PJK di bawah ini:

"Ada juga local net (intranet) atau kita sebut health desk seperti milis dimana disitu tersedia berbagai info mengenai kesehatan seperti DBD, malaria dan penyakit lainnya yang sering ditemukan."

"Misal manager medical memasukkan info-info kesehatan keseluruh manager untuk disebarkan kebawahan – bawahannya sehingga dapat menangani semua. Jadi saya"

melihat memang sebenarnya intranet itu bisa sangat berguna apabila dapat dimaksimalkan.”

“Harus adanya info – info seperti dalam intranet seperti bahaya – bahaya PJK dalam bentuk film – film yang menampilkan orang yang terkena PJK yang harus menjalani CABG atau juga menayangkan operasi CABG.

“Via intranet banyak ditampilkan film – film promosi kesehatan, misalnya menampilkan jantung yang sudah payah juga banyak menampilkan informasi – informasi tentang factor -factor risiko.

Dari segi pembiayaan sampai saat ini *budget* terbesar perusahaan untuk penanganan kasus-kasus yang bersifat *curative* dan *rehabilitative* untuk para karyawan dan keluarganya (*dependent*). Sedangkan yang bersifat *preventive and promotive* tidak menjadi prioritas utama, sesuai dengan hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan karyawan yang menderita PJK dan manajer medis di bawah ini:

“Yang bersifat promotif mungkin tidak tapi yang bersifat kuratif dan rehabilitative untuk menjaga dimana saya diharuskan diwajibkan setiap bulan sekali control ke dokter jantung.”

“perusahaan mengalokasikan dana lebih besar pada porsi kuratif rehabilitatif dibandingkan upaya promotif & preventif”

Sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan penanggung jawab medis dan hasil FGD dengan karyawan yang memiliki faktor risiko di atas; perusahaan kurang melakukan upaya promosi kesehatan faktor risiko Penyakit Jantung Koroner (hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia). Kebijakan yang diambil perusahaan,

perusahaan masih menggunakan definisi Kesehatan Kerja yang lama yang lebih berfokus pada pelayanan yang bersifat *curative* dan *rehabilitative* "Kesehatan Kerja adalah spesialisasi dalam ilmu kesehatan/kedokteran beserta prakteknya yang bertujuan agar pekerja / masyarakat pekerja memperoleh derajat kesehatan setinggi-tingginya, baik fisik atau mental, maupun sosial, dengan usaha-usaha preventif dan kuratif terhadap penyakit-penyakit/gangguan-gangguan kesehatan yang diakibatkan faktor-faktor-faktor pekerjaan dan lingkungan kerja, serta terhadap penyakit-penyakit umum." Dimana dari definisi tersebut tidak sesuai dengan Kesehatan Kerja dalam perspektifnya yang baru dimana lebih berfokus pada upaya *promotive* dan *preventive*.

Perkembangan ini sesuai dengan definisi Kesehatan kerja (*Occupational Health*) menurut komite gabungan ILO/WHO (1950):

- *Occupational Health should aim at : the promotion and maintenance of the highest degree of physical, mental and social well-being of workers in all occupations; the prevention amongst workers of departures from health caused by they working conditions; the protection of workers in their employment from risks resulting from factors adverse to health; the placing and maintenance of the workers in an occupational environment adapted to his physiological and physiological capabilities; and to summarize; the adaptation of work to man and of reach man to his job.*

Definisi Kesehatan Kerja tersebut lalu diperbaiki oleh komite gabungan ILO/WHO pada tahun 1995. Perbaikan tersebut menunjukkan adanya dinamika,

paradigma baru dan semangat reformasi para professional kesehatan kerja. Perubahan tersebut berupa tambahan paragraph sebagai berikut:

- *The main focus in occupational health is on three different objectives :*
 1. *The maintenance and promotion of worker's health and working capacity*
 2. *The improvement of the working environment and work to become conducive to safety and health; and*
 3. *The development of working organization and working cultures in a direction that supports health and safety at work and thereby also promotes a positive social climate and smooth operation and may enhance productivity of undertaking.*

The principle of working culture is intended in this context to mean a reflection of the essential value sistem adopted by the undertaking concerned. Such a culture is reflected in practice in the management systems, personnel policy, principles for participation, training policies and quality management of the undertaking

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Dari hasil yang didapatkan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Prevalensi hipertensi, diabetes mellitus dan dislipidemia pada pekerja di PT.X dari tahun 2005 – 2007 terus mengalami peningkatan. Hasil ini menggambarkan bahwa risiko terjadinya Penyakit Jantung Koroner (PJK) pada pekerja di PT.X juga meningkat karena berdasarkan hasil penelitian sebelumnya dikatakan; hipertensi, diabetes mellitus dan dislipidemia merupakan faktor risiko terjadinya penyakit jantung koroner.
2. Promosi Kesehatan Pekerja yang dikembangkan oleh PT X dikembangkan berdasarkan model dari Ottawa Charter 1986, dimana tahapan dalam penerapan promosi kesehatan perusahaan meliputi; *build health public policy, create supportive environment, strengthen community skills, develop personal skills*, dan *reorient health services*, walaupun dalam pelaksanaannya masih sangat minim.
3. Kebijakan - kebijakan yang dikeluarkan perusahaan berkaitan dengan masalah kesehatan karyawan sudah ada, seperti; menjadikan hari Rabu sebagai hari olahraga, fasilitas olahraga lengkap, promosi kesehatan melalui media; penyuluhan kesehatan, penerbitan bulletin “pola hidup sehat” brosur, leaflet, intranet, walaupun dalam pelaksanaannya masih kurang baik.

4. *Budget* terbesar perusahaan untuk saat ini adalah untuk penanganan kasus-kasus yang bersifat *curative* dan *rehabilitative* untuk para karyawan dan keluarganya (*dependent*).

7.2. Saran

Untuk menurunkan prevalensi faktor risiko Penyakit Jantung Koroner (hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia) perlu dilakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Kebijakan hari Rabu sebagai hari olahraga harus dilaksanakan sehingga tidak boleh ada kegiatan lain setelah pukul 16.00 selain kegiatan olahraga dengan melakukan sosialisasi ulang.
- b. Promosi kesehatan melalui media *intranet* (*health desk*) harus lebih ditingkatkan dan disosialisasikan melalui surat edaran, brosur dll.
- c. PT X perlu menyediakan seorang *nutrionist* di *camp service* sehingga kadar gizi para karyawan dapat terkontrol.
- d. Dalam merumuskan kebijakan yang berkaitan dengan promosi kesehatan harus dapat melibatkan seluruh karyawan sehingga program-program yang dilaksanakan dapat lebih efektif dan efisien.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W. Et al, 2007, *Pedoman Proses Dan Penulisan Karya Ilmiah*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta.
- Alwi, 2006, *Komplikasi Kronik DM Penyakit Jantung Koroner*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta
- *Apa dan Bagaimana Terbebas Penyakit Jantung Koroner*. PT Novartis Indonesia, Jakarta.
- Goetzel, R.Z. et al, 2000 'The Relationship Between Modifiable Health Risk and Group Level Health Care Expenditures', *American Journal of Health Promotion*. 15 (1) 45-52.
- Greef, M.D. Broek, K.V. Prevent. *Analysis of the effect of WHP*. Belgia.
- Hanafi, 2006, *Angina Pectoris Tak Stabil*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Hayes,P.C. Mackay, W.T. 1997, *Diagnosis Dan Terapi*. Penerbit Buku Kedokteran, Jakarta.
- Idham,Idris. et al, 2004, *Tata Laksana Sindroma Koroner Akut Dengan ST-Elevasi*. Pedoman Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, Jakarta.
- Idham,Idris. et al, 2004, *Tata Laksana Sindroma Koroner Akut Tanpa ST-Elevasi*. Pedoman Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, Jakarta.

- Idrus, 2006, *Infark Miokard Akut Dengan Elevasi ST*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- John, 2006, *Dislipidemia*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Mansjoer, A. et al, 2003, *Kapita Selekta Kedokteran*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Marulam, 2006, *Penyakit Jantung Hipertensi*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Modjo, R. 2006, *Pengembangan Dan Penerapan Model Program Promosi Kesehatan Kerja Yang Efektif Untuk Pencegahan Dan Penanggulangan Faktor Risiko Penyakit Jantung Dan Pembuluh Darah*, [Disertasi]. Program Doktor Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Muin, 2006, *Angina Pectoris Stabil*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Odenburg, B. et al, 1995, 'An Economic Evaluation of Four Work Site Based Cardiovascular Risk Factor Interventions'. *Health Education Quarterly*. Vol. 22 (1) 9-19.
- Sgharuddin & Idrus, 2006, *Infark Miokard Akut Tanpa Elevasi ST*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.

- Soetomo, M. Atmoko, R. & Lefi, A. 2003, *Pedoman Diagnosis Dan Terapi Ilmu Penyakit Dalam*. Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Surabaya.
- Suharnyoto, *Paradigma Baru Reorientasi Bagi Profesional Kesehatan Kerja*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta.
- WHO. Ottawa Charter 1st International Conference on Health promotion. Ottawa, Canada: WHO; 1986.

Internet source :

- Johan, A. Bahri. 2004, *Penyakit Jantung Koroner*. Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, Medan. dari : <http://library.usu.ac.id/download/fk/gizi-bahri10.pdf>. [Sep 2008]
- Kalim, H. *Bahaya Jantung Koroner*. Health News. dari : <http://www.cbnportal.com>.
[Sep 2008]
- Kalalambang, A. 2004, *Faktor Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner di RSUD Kamujoso Djatiwibowo Balikpapan*. Dari : <http://www.iiptunair-gdl-s2-2004-kalalamban-899> - ADLN Digital Collections - GDL 4 0.htm [Sep 2008]
- Muchtar, A. 2007, *Bom Itu Bernama PJK*. dari : <http://www.kabarindonesia.com>. [Sep 2008]
- 2007, *Pembunuh Nomor Satu Itu Mengincar Wanita*. dari : <http://www.kompascybermedia.com>. [Sep 2008]

- Yahya, A.F. 2003, *Pilihan Terapi Penyakit Jantung Koroner*. dari : <http://www.sinarharapan.com>. [Sep 2008]
- Witri, Pody, 2007, *Jika Dada Terasa Nyeri, Hati-hati Jantung Koroner*. dari : <http://www.tabloidindonesia.htm>. [Sep 2008]
- Serangan Jantung. dari : <http://www.wikipedia.com>. [Sep 2008]
- *Jantung Koroner Penyebab Kematian Nomor Satu di Dunia*. dari: [http://www. Melilea Melilea Indonesia Melilea Jakarta Melilea Organik.htm](http://www.Melilea.MelileaIndonesia.MelileaJakarta.MelileaOrganik.htm). [Sep 2008]
- <http://www.promosikesehatan.com/artikel.php?nid=225>. [Peb 2006]
- <http://www.sparc.org.nz/partners-programmes/active-communities/active-workplaces/workplace-wellness>
- http://preventdisease.com/worksite_wellness/worksite_wellness.html
- Workplace health promotion information and resource kit: helping you, help your employees to better health. 1997 [cited 2006; available from: <http://www.seweb.uci.edu/users/dstokols/hpc.html>
- <http://www1.bpkpenabur.or.id/kps-jkt/pengurus/uripto/sehat/04tdt.htm>





Jumlah karyawan Vico Tahun 2005 - 2008

Bulan	Jumlah Karyawan	
	National	National + Expat
Jan-05	1023	1058
Feb-05	1020	1055
Mar-05	1016	1051
Apr-05	1014	1049
May-05	1011	1046
Jun-05	1002	1037
Jul-05	994	1028
Aug-05	987	1021
Sep-05	981	1017
Oct-05	965	1001
Nov-05	946	980
Dec-05	940	975
Jan-06	911	946
Feb-06	907	942
Mar-06	901	936
Apr-06	895	927
May-06	890	924
Jun-06	885	917
Jul-06	887	919
Aug-06	881	913
Sep-06	874	904
Oct-06	868	897
Nov-06	866	896
Dec-06	859	887
Jan-07	851	879
Feb-07	845	873
Mar-07	840	868
Apr-07	842	870
May-07	838	866
Jun-07	840	868
Jul-07	851	881
Aug-07	849	879
Sep-07	843	875
Oct-07	834	866
Nov-07	835	867
Dec-07	828	858
Jan-08	816	846
Feb-08	814	844
Mar-08	815	844
Apr-08	804	836
May-08	806	837
Jun-08	794	823
Jul-08	794	822
Aug-08	797	822



No	MR_ID	PATIENT_NM	ICD_ID	TRUNC(CASE_OPEN_DT)
1	0147900	A L	I10	
2	0173200	A M	I10	25-Sep-2001
3	0497400	A S	I10	5-Jun-2001
4	0121600	A H	I10	15-Jan-2004
5	0473100	A B	I10	24-Mar-2001
6	0031500	B P	I10	10-Nov-2003
7	0169500	BR	I10	28-Dec-2002
8	0128100	BD	I10	8-Jan-2001
9	0110500	B H	I10	16-Mar-2001
10	0111900	B P	I10	14-Mar-2001
11	0455600	B S	I10	25-Apr-2004
12	0186500	B S	I10	24-Jan-2005
13	0472900	B C D	I10	2-Feb-2005
14	5051400	BJ	I10	22-Jun-2005
15	5108000	B B D	I10	4-Dec-2000
16	0297200	B A	I10	27-Jan-2003
17	0102000	B S	I10	28-Jul-2004
18	0173000	B T	I10	31-Jul-2004
19	0089800	BD	I10	31-Aug-2005
20	0130800	B U	I10	4-Mar-2001
21	0118200	D I M	I10	15-May-2002
22	0171900	DH	I10	15-Aug-2003
23	0476500	D S	I10	14-Nov-2005
24	0156600	D C T	I10	12-Apr-2002
25	0066200	D S R	I10	16-Jul-2003
26	0291700	D K D	I10	26-Apr-2003
27	0215200	D H	I10	10-Feb-2004
28	0116100	E K	I10	17-May-2001
29	0473400	E S	I10	9-Jun-2004
30	0451800	F P	I10	17-Dec-2000
31	0479400	F M K	I10	15-Aug-2001
32	0173900	H B	I10	16-Dec-2000
33	0455700	H S	I10	9-Dec-2003
34	0125900	H T	I10	4-May-2005
35	0285300	H J K	I10	15-Apr-2002
36	0276400	I N S	I10	26-Sep-2004
37	0143700	I B	I10	23-Nov-2001
38	0106300	J S	I10	23-Jun-2003
39	0150900	J H	I10	4-Nov-2002
40	0158800	J S Y	I10	5-Apr-2002
41	0138900	K R	I10	17-Jan-2001
42	0290400	M D	I10	4-Jul-2002
43	0498600	M H M	I10	17-Jan-2004
44	0296600	M S	I10	
45	0047300	M A	I10	11-Sep-2003
46	0183500	M G	I10	1-Jan-2001
47	0209000	M S	I10	7-Jul-2004
48	0499200	M M	I10	4-Aug-2003
49	0478000	M I S	I10	7-Jan-2004
50	0148300	M Y P	I10	16-Nov-2000
51	0177900	M Y	I10	24-Apr-2003
				7-Aug-2002

52	0159900	M U		
53	0164500	M Y	I10	
54	0275100	N Z	I10	22-May-2001
55	0188300	N A	I10	18-Jun-2003
56	0195000	P S	I10	17-Feb-2003
57	0227600	P D T	I10	23-Mar-2001
58	5058600	P L	I10	10-Aug-2004
59	0169300	P A N	I10	21-Apr-2004
60	0496300	P M	I10	6-Apr-2004
61	0276600	R A R	I10	25-Dec-2000
62	0078900	R G	I10	17-Mar-2005
63	0173400	R S	I10	8-Feb-2001
64	0488900	R S	I10	6-Apr-2005
65	0492900	R J	I10	28-Jan-2005
66	0170500	R W	I10	14-Sep-2005
67	0280100	S U	I10	14-Feb-2004
68	0123400	S N	I10	13-Dec-2002
69	0133900	S N	I10	29-May-2003
70	0140700	S B	I10	
71	0145200	S D	I10	5-Jul-2004
72	0279300	S H	I10	20-Jan-2004
73	0453600	S J	I10	18-Dec-2000
74	0471200	S M	I10	5-May-2004
75	5079900	S M	I10	6-May-2001
76	0060900	S R	I10	12-Mar-2005
77	0154900	S T	I10	9-Sep-2003
78	0017600	S P	I10	18-Sep-2003
79	0285100	S A	I10	31-Mar-2004
80	0144600	T M	I10	22-Nov-2002
81	0218100	T W	I10	16-Mar-2001
82	0466900	V D S M	I10	18-Dec-2000
83	0048400	W L	I10	17-Jul-2001
84	0155200	Y W	I10	25-Apr-2001
85	0195700	Y S	I10	11-Oct-2001
86	0496700	Y D	I10	25-Feb-2003
87	0154800	Y B	I10	19-Apr-2004
88	0055600	Y D	I10	8-Jan-2004
89	0150500	Y M	I10	15-Nov-2000
				9-Nov-2000
				29-Nov-2001

No	MR_ID	PATIENT_NM	ICD_ID	TRUNC(CASE_OPEN_DT)
1	5095300	A Q	I10	
2	0147900	A L	I10	9-Jul-2002
3	0173200	A M	I10	25-Sep-2001
4	0497400	A S	I10	5-Jun-2001
5	0121600	A H U	I10	15-Jan-2004
6	0302100	A S	I10	24-Mar-2001
7	0462000	A S	I10	1-Jun-2006
8	5048300	A S A	I10	21-Jul-2004
9	0473100	A B	I10	4-Dec-2000
10	0128100	B D	I10	10-Nov-2003
11	0111900	B P	I10	16-Mar-2001
12	0455600	B S	I10	25-Apr-2004
13	0186500	B S	I10	24-Jan-2005
14	5108000	B B D	I10	2-Feb-2005
15	0297200	B A	I10	27-Jan-2003
16	0102000	B S	I10	28-Jul-2004
17	0173000	B T	I10	31-Jul-2004
18	0089800	B D	I10	31-Aug-2005
19	0130800	B U	I10	4-Mar-2001
20	0118200	D I M	I10	15-May-2002
21	0171900	D R	I10	15-Aug-2003
22	0476500	D S	I10	14-Nov-2005
23	0156600	D C T	I10	12-Apr-2002
24	0066200	D S R	I10	16-Jul-2003
25	0116100	E K	I10	26-Apr-2003
26	0473400	E S	I10	9-Jun-2004
27	0199900	F K	I10	17-Dec-2000
28	0451800	F P	I10	8-May-2003
29	0479400	F M K	I10	15-Aug-2001
30	0095200	G T	I10	16-Dec-2000
31	0125900	H T	I10	18-Dec-2000
32	0285300	H J K	I10	15-Apr-2002
33	0276400	I N S	I10	26-Sep-2004
34	0143700	I B	I10	23-Nov-2001
35	0150900	J H	I10	23-Jun-2003
36	0158800	J S Y	I10	5-Apr-2002
37	0138900	K R	I10	17-Jan-2001
38	0132500	M A	I10	4-Jul-2002
39	0290400	M D	I10	6-Dec-2006
40	0498600	M H M	I10	17-Jan-2004
41	0296600	M S	I10	11-Sep-2003
42	0047300	M A	I10	1-Jan-2001
43	0456100	M S	I10	8-Dec-2003
44	0209000	M S	I10	4-Aug-2003
45	5058500	M S	I10	5-Dec-2000
46	0478000	M I S	I10	16-Nov-2000
47	0148300	M Y P	I10	24-Apr-2003
48	0177900	M Y	I10	7-Aug-2002
49	0159900	M U	I10	22-May-2001
50	0164500	M Y	I10	18-Jun-2003
51	0275100	N Z	I10	17-Feb-2003
52	0188300	N A	I10	23-Mar-2001
53	0195000	P S	I10	10-Aug-2004
54	0227600	P D T	I10	21-Apr-2004

55	0169300	P A N		
56	0496300	P M	I10	
57	0276600	R A R	I10	25-Dec-2000
58	0488900	R S	I10	17-Mar-2005
59	0492900	R J	I10	8-Feb-2001
60	0170500	RW	I10	14-Sep-2005
61	0123400	S N	I10	14-Feb-2004
62	0090100	SP	I10	13-Dec-2002
63	0133900	S N	I10	
64	5110200	S S	I10	24-Jun-2004
65	0147500	S B	I10	5-Jul-2004
66	0481900	S H	I10	4-Oct-2006
67	0109800	SB	I10	23-Jul-2004
68	0145200	SD	I10	28-Mar-2001
69	0453600	SJ	I10	18-Feb-2004
70	0471200	SM	I10	18-Dec-2000
71	5079900	SM	I10	6-May-2001
72	0060900	SN	I10	12-Mar-2005
73	0060900	SN	I10	9-Sep-2003
74	0017600	SR	I10	18-Sep-2003
75	0285100	S A	I10	18-Sep-2003
76	0156500	ST	I10	22-Nov-2002
77	0144600	TM	I10	16-Mar-2001
78	0218100	T W	I10	19-Jul-2006
79	0466900	V D S M	I10	18-Dec-2000
80	0048400	WL	I10	17-Jul-2001
81	0195700	Y S	I10	25-Apr-2001
82	0496700	Y D	I10	11-Oct-2001
83	0154800	Y B	I10	19-Apr-2004
84	0055600	Y D	I10	8-Jan-2004
85	0174800	Y C	I10	15-Nov-2000
86	0150500	Y M	I10	9-Nov-2000
			I10	10-Feb-2004
				29-Nov-2001

No

MR_ID	PATIENT_NM	ICD_ID	TRUNC(CASE_OPEN_DT)
1	0085800	AS	
2	5012900	AG	
3	0157200	AR	8-Jul-2007
4	0173200	AM	8-Dec-2000
5	0497400	AS	15-Nov-2007
6	0121600	AHU	5-Jun-2001
7	0302100	AS	15-Jan-2004
8	0462000	AS	24-Mar-2001
9	5048300	ASA	25-Oct-2007
10	0473100	AB	21-Jul-2004
11	0169500	BR	4-Dec-2000
12	0215100	BB	10-Nov-2003
13	0128100	BD	8-Jan-2001
14	0110500	BH	22-Sep-2003
15	0111900	BP	16-Mar-2001
16	0455600	BS	14-Mar-2001
17	0186500	BS	25-Apr-2004
18	0275700	BPR	24-Jan-2005
19	5051400	BD	2-Feb-2005
20	5108000	BB D	28-Apr-2004
21	0297200	BA	4-Dec-2000
22	0102000	BS	27-Jan-2003
23	0089800	BD	28-Jul-2004
24	0130800	BU	31-Jul-2004
25	0488100	BY	4-Mar-2001
26	0118200	DIM	15-May-2002
27	0171900	DH	15-May-2007
28	0476500	DS	15-Aug-2003
29	0156600	DCT	15-Aug-2003
30	0066200	DSR	14-Nov-2005
31	5086000	DD	12-Apr-2002
32	0227700	DU	16-Jul-2003
33	0130900	ER	26-Apr-2003
34	0473400	ES	9-Jul-2007
35	0451800	FP	11-Nov-2007
36	0479400	FMK	15-Dec-2007
37	0095200	GT	17-Dec-2000
38	0173900	HB	15-Aug-2001
39	0285300	HJK	16-Dec-2000
40	0276400	INS	18-Dec-2000
41	0143700	IB	9-Dec-2003
42	0111600	IM	26-Sep-2004
43	0297400	JSS	23-Nov-2001
44	0476600	JP	23-Jun-2003
45	0150900	JH	23-Oct-2003
46	0158800	JSY	17-Dec-2007
47	0110300	KB	20-Oct-2004
48	0138900	KR	5-Apr-2002
49	0132500	MA	17-Jan-2001
50	0290400	MD	21-Jan-2004
51	0498600	MHM	4-Jul-2002
52	0296600	MS	6-Dec-2006
53	0183500	MN	17-Jan-2004
54	0456100	MS	11-Sep-2003
			7-Jul-2004
			8-Dec-2003

55	0209000	MS		
56	5058500	MS	I10	
57	0478000	MIS	I10	4-Aug-2003
58	0148300	MYP	I10	5-Dec-2000
59	0177900	MY	I10	16-Nov-2000
60	0159900	MU	I10	24-Apr-2003
61	0164500	MY	I10	7-Aug-2002
62	0026000	MA	I10	22-May-2001
63	0275100	NZ	I10	18-Jun-2003
64	0188300	NA	I10	15-Jul-2004
65	0051500	PS	I10	17-Feb-2003
66	0195000	PS	I10	23-Mar-2001
67	0227600	PDT	I10	8-Jul-2003
68	0496300	PM	I10	10-Aug-2004
69	0276600	RAR	I10	21-Apr-2004
70	0488900	RS	I10	17-Mar-2005
71	0492900	RJ	I10	8-Feb-2001
72	0170500	RW	I10	14-Sep-2005
73	0280100	SU	I10	14-Feb-2004
74	0123400	SN	I10	13-Dec-2002
75	0090100	SP	I10	29-May-2003
76	0133900	SN	I10	2-Jul-2001
77	0147500	SB	I10	24-Jun-2004
78	0140700	SB	I10	5-Jul-2004
79	0109800	SR	I10	23-Jul-2004
80	0145200	SD	I10	20-Jan-2004
81	0158500	SM	I10	18-Feb-2004
82	0453600	SW	I10	18-Dec-2000
83	5079900	SR	I10	18-Nov-2007
84	0060900	SN	I10	6-May-2001
85	0453800	SP	I10	9-Sep-2003
86	0285100	SA	I10	18-Sep-2003
87	0156500	ST	I10	30-Dec-2004
88	5117600	SY	I10	16-Mar-2001
89	0144600	TR	I10	19-Jul-2006
90	0218100	TW	I10	20-Apr-2007
91	0171600	TS	I10	18-Dec-2000
92	0466900	VDSM	I10	17-Jul-2001
93	0048400	WL	I10	20-Feb-2007
94	0139700	WL	I10	25-Apr-2001
95	0181300	WS	I10	11-Oct-2001
96	0155200	YW	I10	7-May-2007
97	0195700	YS	I10	9-Mar-2004
98	0496700	YD	I10	25-Feb-2003
99	0154800	YB	I10	19-Apr-2004
100	0055600	YD	I10	8-Jan-2004
101	0174800	YC	I10	15-Nov-2000
102	0150500	YM	I10	9-Nov-2000
			I10	10-Feb-2004
			I10	29-Nov-2001

No	MR_ID	PATIENT_NM	ICD_ID	TRUNC(CASE_OPEN_DT)
1	0147900	AL	I10	25-Sep-2001
2	0219700	ARBS	I10	14-May-2008
3	0124000	AHA	I10	6-Jun-2008
4	0471500	AS	I10	12-Jun-2008
5	0157200	AR	I10	15-Nov-2007
6	0155800	AP	I10	10-Feb-2008
7	0173200	AM	I10	5-Jun-2001
8	0497400	AS	I10	15-Jan-2004
9	0491500	AA	I10	29-Jun-2008
10	0302100	AS	I10	25-Oct-2007
11	0462000	AS	I10	21-Jul-2004
12	5048300	ASA	I10	4-Dec-2000
13	0473100	AB	I10	10-Nov-2003
14	0169500	BL	I10	8-Jan-2001
15	0110500	BH	I10	14-Mar-2001
16	0455600	BS	I10	24-Jan-2005
17	0186500	BS	I10	2-Feb-2005
18	0275700	BPR	I10	28-Apr-2004
19	5108000	BBD	I10	27-Jan-2003
20	0297200	BA	I10	28-Jul-2004
21	0130800	BU	I10	15-May-2002
22	0488100	BD	I10	15-May-2007
23	0118200	DIM	I10	15-Aug-2003
24	0171900	DR	I10	14-Nov-2005
25	0476500	DS	I10	12-Apr-2002
26	0156600	DCT	I10	16-Jul-2003
27	0066200	DSR	I10	26-Apr-2003
28	5086000	DD	I10	9-Jul-2007
29	0227700	DU	I10	11-Nov-2007
30	0475500	DJJ	I10	9-Jan-2008
31	0130900	ER	I10	15-Dec-2007
32	0116100	EK	I10	9-Jun-2004
33	0473400	ES	I10	17-Dec-2000
34	0451800	FP	I10	15-Aug-2001
35	0479400	FMK	I10	16-Dec-2000
36	0469400	GYR	I10	29-Feb-2008
37	0173900	HB	I10	9-Dec-2003
38	0125900	HT	I10	15-Apr-2002
39	0285300	HJK	I10	26-Sep-2004
40	0276400	INS	I10	23-Nov-2001
41	0143700	IB	I10	23-Jun-2003
42	0106300	JS	I10	4-Nov-2002
43	0476600	JP	I10	20-Oct-2004
44	0150900	JH	I10	5-Apr-2002
45	0158800	JSY	I10	17-Jan-2001
46	0110300	KB	I10	21-Jan-2004
47	0138900	KR	I10	4-Jul-2002
48	0132500	MA	I10	6-Dec-2006
49	0290400	MD	I10	17-Jan-2004
50	0498600	MHM	I10	18-Mar-2002
51	0296600	MS	I10	11-Sep-2003
52	0183500	MN	I10	7-Jul-2004
53	0183500	MN	I10	7-Jul-2004
54	0456100	MS	I10	8-Dec-2003

55	0163600	M T		
56	0209000	M S	I10	
57	5058500	M S	I10	27-Feb-2008
58	0478000	M I	I10	4-Aug-2003
59	0148300	M Y P	I10	5-Dec-2000
60	0177900	M Y	I10	16-Nov-2000
61	0159900	M U	I10	24-Apr-2003
62	0164500	M Y	I10	7-Aug-2002
63	0026000	M A	I10	22-May-2001
64	0275100	N Z	I10	18-Jun-2003
65	0195000	P S	I10	15-Jul-2004
66	0227600	P D T	I10	17-Feb-2003
67	5058600	P L	I10	10-Aug-2004
68	0496300	P M	I10	21-Apr-2004
69	0276600	R A R	I10	6-Apr-2004
70	0170500	R W	I10	17-Mar-2005
71	0280100	S U	I10	8-Feb-2001
72	0123400	S N	I10	13-Dec-2002
73	0090100	S P	I10	29-May-2003
74	0133900	S N	I10	24-Jun-2004
75	0147500	S B	I10	5-Jul-2004
76	0481900	S H	I10	23-Jul-2004
77	0109800	S B	I10	28-Mar-2001
78	0145200	S D	I10	18-Feb-2004
79	0158500	S H	I10	18-Dec-2000
80	0453600	S J	I10	18-Nov-2007
81	0471200	S M	I10	6-May-2001
82	5079900	S M	I10	12-Mar-2005
83	0060900	S R	I10	9-Sep-2003
84	0453800	S P	I10	18-Sep-2003
85	0285100	S A	I10	30-Dec-2004
86	5117600	S Y	I10	16-Mar-2001
87	0144600	T R	I10	20-Apr-2007
88	0218100	T W	I10	18-Dec-2000
89	0466900	V D S M	I10	17-Jul-2001
90	0048400	W L	I10	25-Apr-2001
91	0139700	W L	I10	11-Oct-2001
92	0155200	Y W	I10	7-May-2007
93	0195700	Y S	I10	25-Feb-2003
94	0055600	Y D	I10	19-Apr-2004
95	0174800	J C	I10	9-Nov-2000
96	0150500	Y M	I10	10-Feb-2004
				29-Nov-2001



LAMPIRAN 3

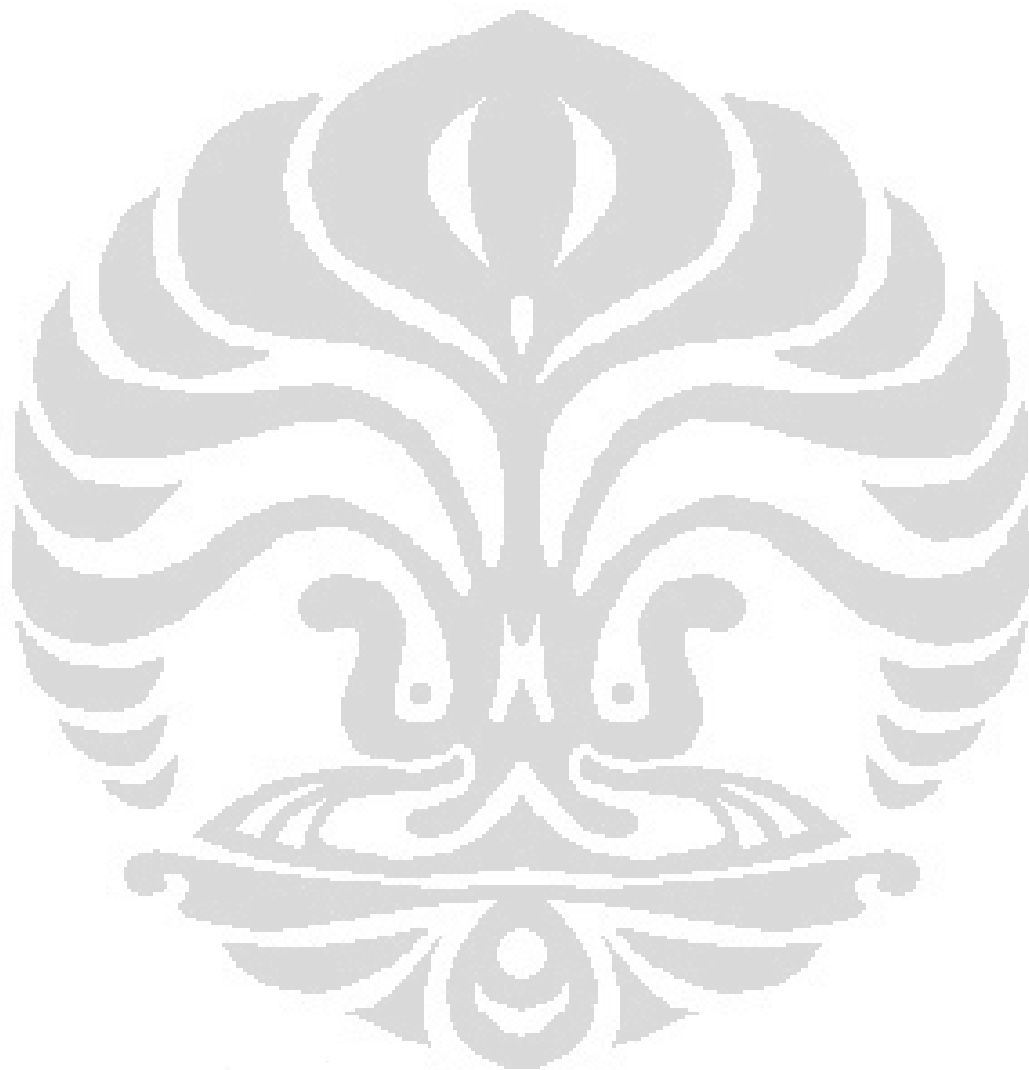
No	MR_ID	PATIENT_NM	ICD_ID	TRUNC(CASE_OPEN_DT)
1	0171800	A S	E11	
2	0105100	A R	E11	24-Jun-2003
3	0155800	A P	E11	14-May-2001
4	0121600	A H U	E11	9-Jul-2003
5	0302100	A S	E11	24-Jul-2003
6	0462000	A S	E11	26-Oct-2001
7	0128100	B D	E11	24-Jun-2004
8	0455600	B S	E11	30-Jul-2004
9	5051400	B D	E11	30-Mar-2001
10	0089800	B N	E11	5-Apr-2001
11	0171900	D R	E11	21-Dec-2003
12	0124400	D L	E11	1-Jan-2001
13	5050000	F A	E11	7-Feb-2003
14	5086200	G S	E11	29-Jan-2003
15	0095200	G T	E11	31-Jan-2001
16	0122100	H S	E10	11-Jan-2005
17	0453100	H D	E11	10-Apr-2001
18	0058100	H S	E10	12-Jan-1999
19	0468600	H B	E11	26-Jun-2002
20	0130400	I W S	E11	17-Jun-2004
21	0495200	I P	E11	20-Sep-2002
22	0110300	K B	E11	8-Feb-2005
23	0145500	M N	E11	29-Nov-2001
24	0150200	M B L	E11	27-Jun-2003
25	0164200	M S S	E11	28-Apr-2003
26	0150300	M S	E11	13-Mar-2005
27	0188300	N A	E11	1-May-2001
28	0188300	N A	E11	25-May-2004
29	0169300	P A N	E11	2-Nov-2002
30	0055000	R H T W	E11	30-Apr-2002
31	0195100	R P	E11	18-Sep-2005
32	0151000	R M	E11	7-Sep-2004
33	0140800	R H	E11	9-Jan-2002
34	0052100	R S	E11	16-Sep-2005
35	0460800	S O	E11	11-Dec-2002
36	0133900	S N	E11	15-Jun-2005
37	5110200	S S	E11	2-Dec-2003
38	0189900	S R	E10	12-May-2008
39	0140700	S B	E11	1-Jan-2001
40	0464100	S N	E11	16-Jul-2002
41	0053800	S B	E11	14-Mar-2001
42	0109800	S T	E11	19-Mar-2001
43	0045700	S D	E11	16-May-2005
44	0092600	S D	E11	1-Jan-2001
45	0457400	S W	E11	28-Dec-2001
46	0108500	S R Y	E11	1-Mar-2001
47	0132600	S N	E11	18-Sep-2002
48	0132300	S R	E11	27-Jan-2005
49	0105600	S P	E11	17-Mar-2003
50	0017600	S M	E11	14-Jun-2001
51	0461800	S Y	E11	10-Oct-2003
52	0196000	S T	E11	12-Apr-2005
53	0296300	S R	E11	12-May-2001
	0154800	Y B	E11	27-Apr-2001

No	MR_ID	PATIENT_NM	ICD_ID	TRUNC(CASE_OPEN_DT)
1	0171800	A S	E11	
2	0105100	A R	E11	24-Jun-2003
3	0155800	A P	E11	14-May-2001
4	0121600	A H U	E11	9-Jul-2003
5	0302100	A S	E11	24-Jul-2003
6	0462000	A S	E11	26-Oct-2001
7	0128100	B D	E11	24-Jun-2004
8	0455600	B S	E11	30-Jul-2004
9	5051400	B D	E11	30-Mar-2001
10	0089800	B D	E11	5-Apr-2001
11	0171900	D R	E11	21-Dec-2003
12	0124400	D L	E11	1-Jan-2001
13	5042200	E P	E11	7-Feb-2003
14	0170700	F S	E11	3-May-2004
15	5050000	F A	E11	29-May-2002
16	5086200	G S	E11	29-Jan-2003
17	0095200	G T	E11	31-Jan-2001
18	0122100	H S	E10	11-Jan-2005
19	0453100	H D	E11	10-Apr-2001
20	0058100	H S	E10	12-Jan-1999
21	0468600	H B	E11	26-Jun-2002
22	0495200	I P	E11	17-Jun-2004
23	0483800	J K	E11	8-Feb-2005
24	0110300	K B	E11	29-Sep-2004
25	0490500	L S	E11	29-Nov-2001
26	0145500	M N	E11	18-Apr-2006
27	0150200	M B L	E11	27-Jun-2003
28	0157300	M M	E11	28-Apr-2003
29	0164200	M S S	E11	13-Jan-2001
30	0150300	M S	E11	13-Mar-2005
31	0188300	N A	E11	1-May-2001
32	0290500	P D	E11	25-May-2004
33	0169300	P A N	E11	11-Dec-2003
34	0055000	R H T W	E11	2-Nov-2002
35	0195100	R P	E11	30-Apr-2002
36	0151000	R M	E11	18-Sep-2005
37	0140600	R T	E11	7-Sep-2004
38	0052100	R S	E11	16-Sep-2006
39	0460800	S O T	E11	16-Sep-2005
40	0133900	S N	E11	11-Dec-2002
41	5110200	S S	E11	15-Jun-2005
42	0189900	S K	E10	2-Dec-2003
43	0065600	S A	E11	12-May-2008
44	0140700	S B	E11	9-Dec-2006
45	0464100	S Y	E11	1-Jan-2001
46	0053800	S N	E11	16-Jul-2002
47	0109800	S R	E11	14-Mar-2001
48	0045700	S D	E11	19-Mar-2001
49	0092600	S W	E11	16-May-2005
50	0457400	S D	E11	1-Jan-2001
51	0108500	S R Y	E11	28-Dec-2001
52	0132600	S M	E11	1-Mar-2001
53	0105600	S P	E11	18-Sep-2002
54	0017600	S P	E11	17-Mar-2003
				14-Jun-2001

55 0461800 SR
56 0296300 S R
57 0144600 TR
58 0144600 TJ
59 0154800 Y B

E11
E11
E11
E11
E11

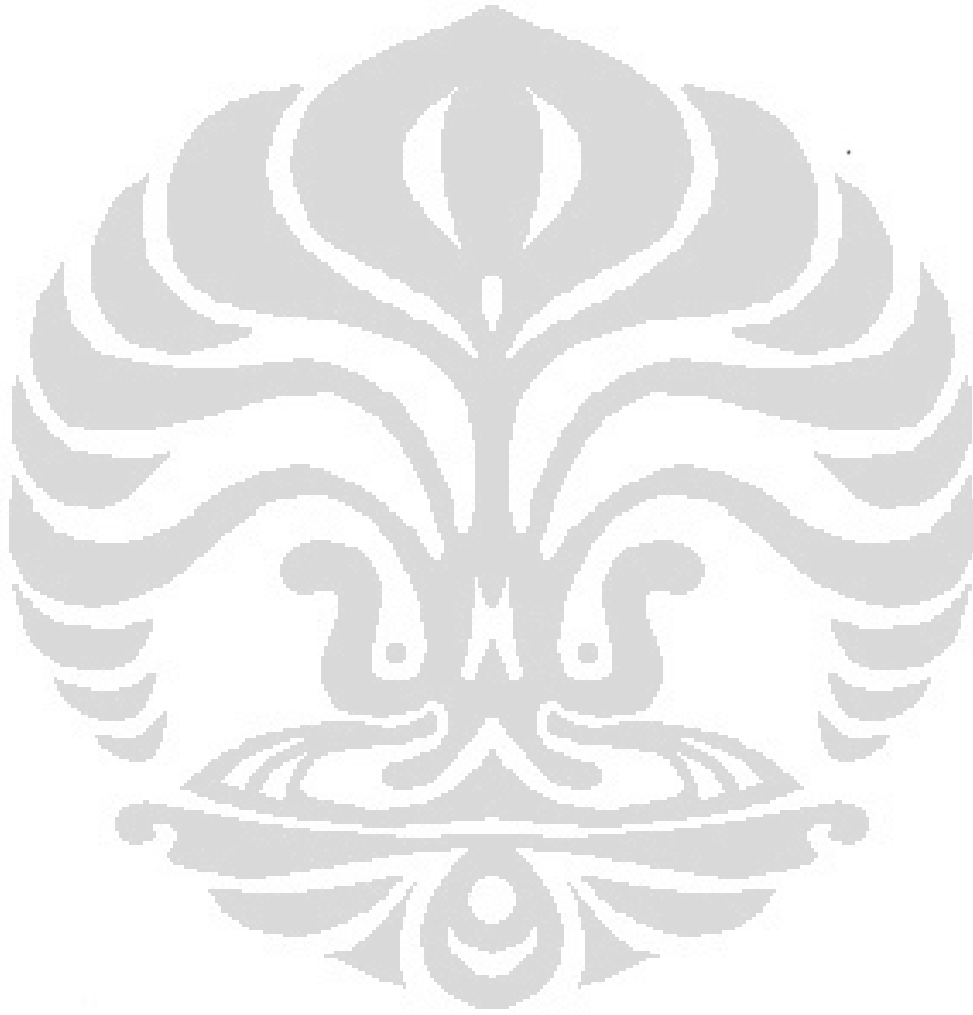
10-Oct-2003
12-May-2001
18-Dec-2000
18-Dec-2000
27-Apr-2001



No	MR_ID	PATIENT_NM	ICD_ID	TRUNC(CASE_OPEN_DT)
1	0171800	A S	E11	
2	0105100	A R	E11	24-Jun-2003
3	0155800	A P	E11	14-May-2001
4	0121600	A H U	E11	9-Jul-2003
5	0302100	A S	E11	24-Jul-2003
6	0128100	B D	E11	26-Oct-2001
7	0455600	B S	E11	30-Jul-2004
8	5051400	B D	E11	30-Mar-2001
9	0089800	B N	E10	2-Jun-2006
10	0171900	D H	E11	21-Dec-2003
11	0156600	D C T	E11	1-Jan-2001
12	0124400	D N	E11	11-Aug-2006
13	5042200	E P	E11	7-Feb-2003
14	0170700	F S	E11	3-May-2004
15	5050000	F A	E11	29-May-2002
16	0479400	F M K	E11	29-Jan-2003
17	5086200	G S	E11	9-Oct-2006
18	0095200	G T	E11	31-Jan-2001
19	0122100	H S	E10	11-Jan-2005
20	0453100	H D	E11	10-Apr-2001
21	0058100	H S	E10	12-Jan-1999
22	0468600	H B	E11	26-Jun-2002
23	0130400	I W S	E11	17-Jun-2004
24	0483800	J K	E11	20-Sep-2002
25	0490500	L S	E11	29-Sep-2004
26	0145500	M N	E11	18-Apr-2006
27	0150200	M B L	E11	27-Jun-2003
28	0163800	M S	E11	28-Apr-2003
29	0499200	M M	E11	21-Apr-2007
30	0157300	M M	E10	20-Nov-2007
31	0141400	M I	E10	16-Oct-2006
32	0164200	M S S	E11	7-Mar-2007
33	0150300	M R	E11	13-Mar-2005
34	0159500	N P	E11	1-May-2001
35	0188300	N A	E11	7-Jun-2007
36	0290500	P D	E11	25-May-2004
37	0195000	P S	E11	11-Dec-2003
38	0195100	R P	E11	15-Aug-2007
39	0151000	R M	E11	18-Sep-2005
40	0140600	R T	E11	7-Sep-2004
41	0488900	R S	E11	16-Sep-2006
42	0052100	R S	E11	2-Jun-2007
43	0142800	S M	E11	16-Sep-2005
44	0460800	S O T	E11	25-Jan-2006
45	0133900	S N	E11	11-Dec-2002
46	5110200	S S	E11	15-Jun-2005
47	0189900	S K	E11	2-Dec-2003
48	0297300	S Y	E10	12-May-2008
49	0065600	S A	E11	18-May-2007
50	0464100	S B	E11	9-Dec-2006
51	0053800	S N	E11	16-Jul-2002
52	0109800	S R	E11	14-Mar-2001
53	0045700	S D	E11	19-Mar-2001
54	0092600	S W	E11	16-May-2005
				1-Jan-2001

55 0457400 SD
56 0108500 S R Y
57 5079900 SM
58 0132600 SR
59 0132300 SN
60 0105600 SP
61 0017600 SR
62 0461800 SP
63 0296300 S R
64 0144600 TM
65 0218100 T W
66 0154800 Y B
67 0154800 Y B
68 0130500 ZN

E11
E11 28-Dec-2001
E11 1-Mar-2001
E11 1-Mar-2007
E11 18-Sep-2002
E11 27-Jan-2005
E11 17-Mar-2003
E11 14-Jun-2001
E11 14-Jan-2007
E11 12-May-2001
E11 18-Dec-2000
E11 6-Jun-2001
E11 27-Apr-2001
E11 27-Apr-2001
E11 16-May-2007



No	MR_ID	PATIENT_NM	ICD_ID	TRUNC(CASE_OPEN_DT)
1	0147900	A L	E11	
2	0171800	A S	E11	24-May-2008
3	0105100	A R	E11	24-Jun-2003
4	0155800	A P	E11	14-May-2001
5	0121600	A H U	E11	9-Jul-2003
6	0302100	A S	E11	24-Jul-2003
7	0462000	A S	E11	26-Oct-2001
8	0473100	A B	E11	24-Jun-2004
9	0128100	B D	E11	14-May-2008
10	0455600	B S	E11	30-Jul-2004
11	5051400	B D	E11	30-Jul-2004
12	0089800	B N	E10	30-Mar-2001
13	0171900	D H	E11	2-Jun-2006
14	0212700	D R	E11	21-Dec-2003
15	0124400	D L	E11	1-Jan-2001
16	5042200	E P	E11	6-May-2008
17	0170700	F S	E11	7-Feb-2003
18	5050000	F A	E11	3-May-2004
19	0479400	F M K	E11	29-May-2002
20	5086200	G S	E11	29-Jan-2003
21	0095200	G T	E11	9-Oct-2006
22	0122100	H S	E11	31-Jan-2001
23	0453100	H D	E10	11-Jan-2005
24	0058100	H S	E11	10-Apr-2001
25	0468600	H B	E11	2-Jun-2008
26	0495200	I P	E11	26-Jun-2002
27	0183500	M G	E11	17-Jun-2004
28	0145500	M N	E11	8-Feb-2005
29	0150200	M B L	E11	16-Jul-2008
30	0157300	M M	E11	27-Jun-2003
31	0041800	M S	E11	28-Apr-2003
32	0164200	M S S	E10	16-Oct-2006
33	0150300	M R	E11	22-Sep-2007
34	0159500	N P	E11	13-Mar-2005
35	0188300	N A	E11	1-May-2001
36	0195000	P S	E11	7-Jun-2007
37	0195100	R P	E11	25-May-2004
38	0151000	R M	E11	15-Aug-2007
39	0276600	R A R	E11	18-Sep-2005
40	0488900	R S	E10	7-Sep-2004
41	0052100	R S	E11	23-Jun-2008
42	0142800	S L	E11	2-Jun-2007
43	0460800	S O T	E11	16-Sep-2005
44	0133900	S N	E11	25-Jan-2006
45	0133900	S N	E11	11-Dec-2002
46	5110200	S S	E11	15-Jun-2005
47	0189900	S K	E11	15-Jun-2005
48	0297300	S Y	E11	2-Dec-2003
49	0065600	S A	E10	12-May-2008
50	0140700	S B	E11	18-May-2007
51	0464100	S N	E11	9-Dec-2006
52	0053800	S N	E11	1-Jan-2001
53	0109800	S R	E11	16-Jul-2002
54	0045700	S D	E11	14-Mar-2001
			E11	19-Mar-2001
			E11	16-May-2005

55	0092600	SW
56	0457400	SW
57	0108500	S R Y
58	5079900	SM
59	0132600	SM
60	0132300	SR
61	0105600	SP
62	0017600	SP
63	0461800	SR
64	0196000	ST
65	0296300	S R
66	0144600	TM
67	0218100	T W
68	0171600	T S
69	0154800	Y B

E11	1-Jan-2001
E11	28-Dec-2001
E11	1-Mar-2001
E11	1-Mar-2007
E11	18-Sep-2002
E11	27-Jan-2005
E11	17-Mar-2003
E11	14-Jun-2001
E11	14-Jan-2007
E11	12-Apr-2005
E11	12-May-2001
E11	18-Dec-2000
E11	6-Jun-2001
E11	18-Apr-2008
E11	27-Apr-2001





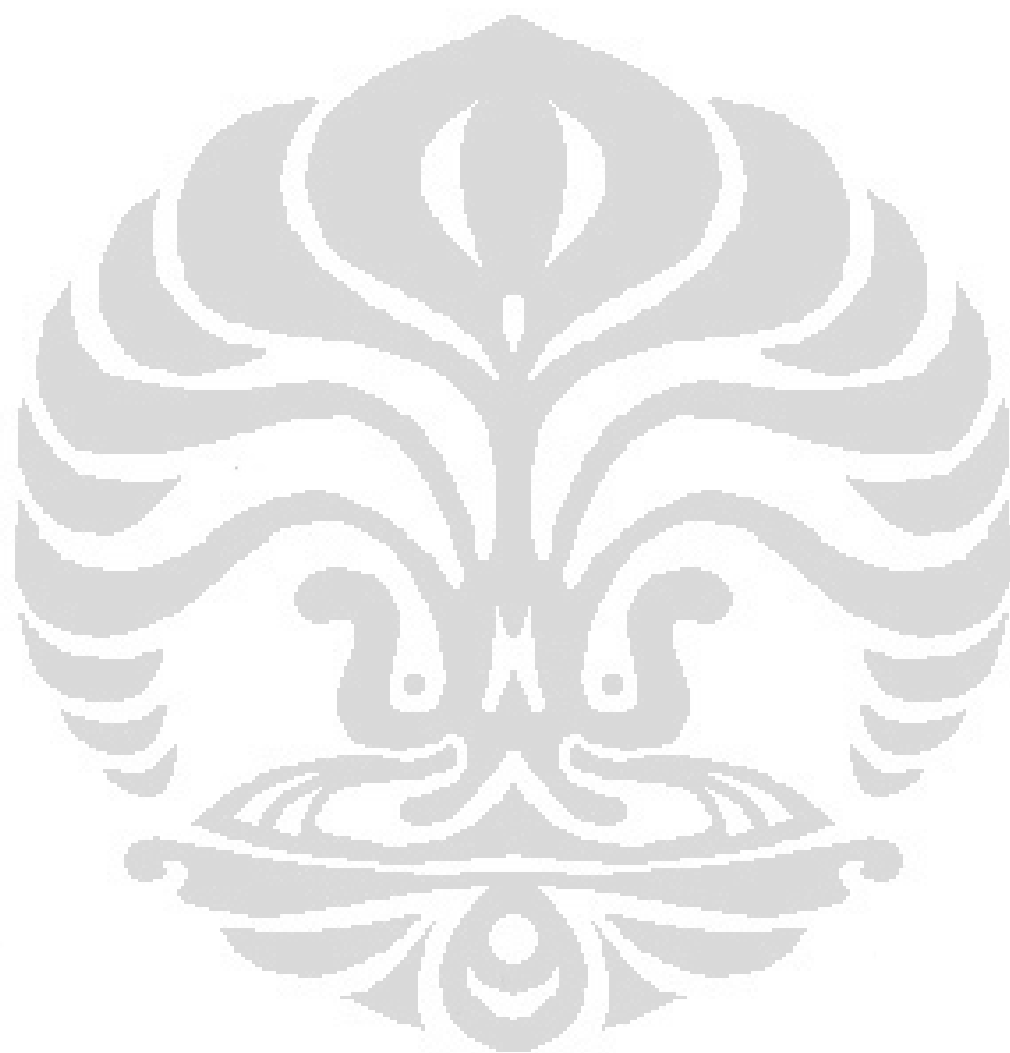
No	MR_ID	PATIENT_NM	ICD_ID	TRUNC(CASE_OPEN_I
1	0498000	A I		
2	0492400	A C	E78.0	
3	0465200	AN	E78.0	30-Aug-2005
4	0491100	A F	E78.0	23-Mar-2005
5	0157200	AM	E78.0	17-Oct-2003
6	0464300	A M	E78.0	16-Jun-2005
7	0155800	A P	E78	10-Jun-2003
8	0086300	AM	E78.0	15-Jul-2005
9	0495000	A B	E78.0	26-Jun-2005
10	0121600	A H U	E78	12-Jan-2004
11	0302100	A S	E78	6-Jan-2005
12	0492500	AS	E78.0	25-Jul-2005
13	0454100	A E	E78.0	17-Jul-2002
14	0462000	A S	E78.0	26-Feb-2004
15	0464700	A M N	E78.0	10-Sep-2003
16	0169500	BZ	E78.0	23-Jun-2005
17	0279000	B M	E78.0	9-Jul-2003
18	0275700	B P R	E78.0	5-Oct-2005
19	0462200	B S	E78.0	11-Mar-2004
20	5108000	B B D	E78.0	26-Jan-2005
21	0193300	B M	E78	7-Jan-2005
22	0492700	B S	E78.0	5-Jul-2002
23	0102700	B S S	E78	27-Mar-2001
24	0173000	B T	E78.0	24-Jan-2005
25	0298300	B A	E78	9-Feb-2004
26	0469100	B A	E78.0	29-Aug-2005
27	0470300	B I	E78	4-Sep-2003
28	0129200	CR	E78.0	17-Apr-2001
29	0497000	D P	E78.0	27-Jan-2005
30	0212700	D R	E78	17-Jan-2005
31	0136700	DD	E78	8-Jan-2005
32	0494600	D P	E78.0	6-Oct-2003
33	0130900	ER	E78.0	9-Aug-2005
34	0491600	EZ	E78	1-Jul-2004
35	5058900	E S	E78.0	8-May-2004
36	0122900	EY	E78.0	13-Jul-2005
37	0495600	EY	E78.0	28-Oct-2003
38	0069600	F B	E78.0	28-Aug-2004
39	0095800	F G	E78.0	23-Jan-2004
40	0495900	F I	E78.0	25-Sep-2002
41	0469400	G Y R	E78.0	6-Apr-2004
42	0485300	GY	E78.0	5-Feb-2005
43	0484100	G H	E78	13-Dec-2005
44	0101500	G M M	E78.0	3-Mar-2004
45	0495800	H M	E78.0	30-Jun-2004
46	0102600	HJ	E78.0	6-Feb-2002
47	0489900	H S	E78.0	25-Feb-2003
48	0490000	HD	E78.0	9-Oct-2003
49	5043100	H B	E78.0	19-May-2004
50	5109100	H J S	E78	8-Jun-2005
51	0468700	H T	E78.0	29-Nov-2005
52	0130400	I W S	E78.0	4-Aug-2003
53	0175200	I H	E78.0	19-Jan-2004
54	5105300	I K	E78	24-Feb-2005
			E78.0	8-Sep-2004
				1-Jul-2004

55	0111600	I M		
56	0135100	I M	E78.0	
57	5099600	J M	E78.0	14-May-2008
58	5092100	J R D	E78	11-May-2005
59	0136900	J H	E78.0	18-May-2005
60	0165100	J A M	E78.0	16-Oct-2005
61	0158800	J S Y	E78.0	26-Sep-2003
62	5078800	K W	E78.0	30-Mar-2005
63	0188900	KN	E78.0	4-May-2003
64	0175500	LH	E78.0	4-May-2003
65	0282600	M H I	E78.0	30-Sep-2003
66	0480200	M R M M	E78.0	28-Jun-2005
67	0183500	MG	E78.0	18-Nov-2003
68	0145500	MN	E78.0	30-Apr-2004
69	0163800	M S	E78	22-Aug-2003
70	5057500	M S	E78.0	15-Jun-2004
71	0041800	M S	E78.0	10-Oct-2003
72	0490300	M D	E78	9-Mar-2003
73	0159500	N P	E78	2-Aug-2004
74	0217200	N N	E78.0	14-Apr-2005
75	0151800	NT	E78	22-Jun-2004
76	0465000	NS	E78.0	18-May-2005
77	0195000	P S	E78.0	27-Jul-2004
78	0177700	PT	E78.0	2-Sep-2005
79	0155000	R A	E78.0	2-Aug-2005
80	0475200	R H M	E78.0	15-Mar-2004
81	0290200	R W A	E78.0	6-Feb-2004
82	0466100	R R	E78.0	29-Sep-2004
83	0494500	SB	E78	9-Jun-2001
84	0142800	SM	E78.0	13-Oct-2003
85	5064000	S N	E78.0	16-Jun-2004
86	0489300	S P	E78	8-Jan-2005
87	0090100	SP	E78.0	14-Mar-2003
88	0219400	S A	E78.0	5-Jun-2003
89	0161800	SS	E78.0	19-Jan-2005
90	0189900	SK	E78.0	7-Aug-2003
91	0065600	S A	E78	1-Jul-2004
92	0492300	S M	E78	9-Oct-2002
93	0481900	S H	E78.0	25-Aug-2003
94	0158500	SR	E78.0	10-Jan-2005
95	0143600	SK	E78	3-Dec-2004
96	0188600	SK	E78.0	16-Mar-2004
97	0132600	SM	E78	28-Jan-2004
98	0290300	SN	E78.0	15-Sep-2004
99	0219500	SP	E78	16-Sep-2005
100	0017600	SP	E78.0	14-Dec-2003
101	0156500	ST	E78.0	12-Feb-2004
102	0296800	T N	E78	25-Jul-2005
103	5097400	T M S	E78.0	21-May-2001
104	0172300	TR	E78.0	5-May-2004
105	0077000	U P	E78.0	30-Apr-2004
106	0487000	WY	E78.0	21-May-2003
107	0048400	WL	E78.0	20-Jan-2004
108	0274700	WR	E78.0	30-Oct-2003
109	0174400	YS	E78.0	24-Dec-2003
			E78.0	7-Apr-2003
			E78.0	4-Dec-2005

110 0195700 Y S
111 0108200 YR
112 0174800 Y C
113 0453300 ZN

E78.0
E78.0
E78.0
E78.0

10-Oct-2003
31-Jan-2005
11-Feb-2004
20-Jan-2004



No	MR_ID	PATIENT_NM	ICD_ID	TRUNC(CASE_OPEN_DT)
1	0219800	A W S		
2	0494900	A W I	E78.0	10-Sep-2003
3	0219700	A R B S	E78	25-Jan-2006
4	0492400	A C	E78.0	14-Dec-2004
5	0465200	A N	E78.0	23-Mar-2005
6	0471500	A S	E78.0	17-Oct-2003
7	0105100	A R	E78	13-Oct-2006
8	0157200	A R	E78	2-Aug-2006
9	0464300	A M	E78.0	10-Jun-2003
10	0155800	A P	E78	15-Jul-2005
11	0497400	A S	E78.0	26-Jun-2005
12	0302100	A S	E78	4-Mar-2006
13	0492500	A S	E78.0	17-Jul-2002
14	0454100	A E	E78.0	26-Feb-2004
15	5048300	A S A	E78.0	10-Sep-2003
16	5059200	A W	E78	6-Sep-2002
17	0169500	B R	E78.0	24-May-2002
18	0110500	B H	E78.0	5-Oct-2005
19	0279000	B M	E78.0	7-Jan-2006
20	0287200	B Y	E78.0	11-Mar-2004
21	0186500	B S	E78	14-Jun-2006
22	0472900	B C D	E78.0	11-Apr-2006
23	0275700	B P R	E78.0	8-Apr-2004
24	0462200	B S	E78.0	26-Jan-2005
25	5108000	B B D	E78.0	7-Jan-2005
26	0193300	B M	E78	5-Jul-2002
27	0492700	B S	E78.0	27-Mar-2001
28	0102700	B S S	E78.0	7-Feb-2006
29	0173000	B T	E78	7-Feb-2006
30	0298300	B A	E78	5-Jul-2006
31	5106000	B S M	E78.0	4-Sep-2003
32	0469100	B A	E78	21-Jan-2006
33	0171900	D R	E78	17-Apr-2001
34	0171900	D R	E78.0	6-Jan-2006
35	0459900	D K	E78.0	15-Aug-2003
36	0212700	D R	E78	6-Oct-2003
37	0136700	D Y	E78.0	9-Aug-2005
38	0494600	D P	E78	1-Jul-2004
39	0130900	E R	E78.0	8-May-2004
40	0491600	E Z	E78.0	13-Jul-2005
41	5058900	E S	E78.0	28-Oct-2003
42	0116100	E K	E78.0	25-Apr-2006
43	0473400	E S	E78.0	27-Apr-2006
44	0122900	E Y	E78.0	28-Aug-2004
45	0495600	E N	E78.0	23-Jan-2004
46	0296400	F S R A	E78.0	11-Dec-2003
47	0069600	F B	E78.0	25-Sep-2002
48	0193600	F S	E78	1-Sep-2006
49	0479400	F M K	E78	15-Mar-2002
50	0495900	F I	E78	5-Feb-2005
51	0469400	G Y R	E78.0	13-Dec-2005
52	0484300	G H	E78.0	18-Dec-2002
53	0101500	G M M	E78.0	6-Feb-2002
54	0173900	H B	E78.0	24-Jul-2003
55	0495800	H M	E78.0	25-Feb-2003

55	0102600	HD		
56	0490000	HL	E78.0	
57	5043100	HB	E78.0	9-Oct-2003
58	0468600	HB	E78.0	24-May-2006
59	0468700	HT	E78	29-Nov-2005
60	0143900	HI	E78.0	7-Apr-2003
61	0130400	I W S	E78.0	19-Jan-2004
62	0101700	I H	E78.0	14-Sep-2006
63	0175200	I H	E78.0	30-Nov-2006
64	5105300	I K	E78.0	9-Jun-2004
65	0198300	IN	E78.0	8-Sep-2004
66	0162800	I B	E78.0	1-Jul-2004
67	0111600	I M	E78.0	8-May-2004
68	5099600	JM	E78.0	8-Jun-2002
69	0179900	J S	E78	14-May-2008
70	5092100	J R D	E78	14-Jul-2006
71	0165100	J A M	E78.0	29-Mar-2005
72	0158800	J S Y	E78.0	16-Oct-2005
73	0490100	JL	E78.0	30-Mar-2005
74	0493700	KS	E78.0	4-May-2003
75	0175500	LY	E78.0	11-Apr-2006
76	0482500	M A	E78.0	25-Apr-2006
77	0282600	M H I	E78	28-Jun-2005
78	0480200	M R M M	E78.0	13-Jun-2006
79	0164100	M S	E78.0	18-Nov-2003
80	0183500	MN	E78	30-Apr-2004
81	0145500	MN	E78.0	2-Jun-2006
82	0163800	M S	E78	22-Aug-2003
83	0150800	MR	E78.0	15-Jun-2004
84	0157000	M S	E78.0	10-Oct-2003
85	0041800	M S	E78.0	3-Mar-2006
86	5058500	M S	E78	20-Jun-2006
87	5090100	M T	E78	14-Dec-2006
88	0490300	M D	E78	21-Jun-2006
89	0492800	M T	E78.0	5-Aug-2006
90	0272200	M K	E78.0	14-Apr-2005
91	0243300	M W	E78.0	9-Feb-2004
92	0164500	M Y	E78	30-Sep-2003
93	0159500	N P	E78.0	9-Jun-2003
94	0217200	N N	E78.0	27-Feb-2006
95	0146700	N P	E78	22-Jun-2004
96	0215300	O Y T	E78.0	23-Apr-2006
97	0195000	P S	E78.0	15-Feb-2006
98	0129800	P R	E78	24-May-2006
99	0497800	P A	E78	2-Aug-2005
100	0169300	P A N	E78	2-Jun-2006
101	0177700	P W	E78.0	3-Mar-2006
102	5099500	R K D	E78	1-Mar-2006
103	0218400	R P J	E78.0	15-Mar-2004
104	0155000	R A	E78.0	30-May-2006
105	0475200	R H M	E78.0	17-Dec-2003
106	0290200	R W A	E78.0	6-Feb-2004
107	0281800	R F	E78.0	29-Sep-2004
108	0466100	R R	E78	9-Jun-2001
109	0142800	S M	E78	17-Nov-2004
			E78	13-Oct-2003
			E78	8-Jan-2005

110	5064000	S N		
111	0489300	S P	E78.0	
112	0090100	SR	E78.0	14-Mar-2003
113	0219400	S A	E78.0	5-Jun-2003
114	0189000	S S P	E78.0	19-Jan-2005
115	0161800	SS	E78.0	7-Aug-2003
116	0292800	SF	E78.0	27-Jan-2006
117	0189900	SN	E78.0	1-Jul-2004
118	0065600	S A	E78	15-Sep-2003
119	0481900	S H	E78	9-Oct-2002
120	0464100	SB	E78.0	25-Aug-2003
121	0109800	SR	E78.0	3-Dec-2004
122	0092600	SD	E78.0	4-Mar-2006
123	0457400	SD	E78	13-Feb-2006
124	0145200	SH	E78.0	6-Feb-2006
125	0492600	SG	E78	22-Sep-2003
126	0158500	SH	E78.0	3-Aug-2006
127	0143600	SR	E78.0	16-Feb-2004
128	0208400	SK	E78	16-Mar-2004
129	0101400	SM	E78	28-Jan-2004
130	0290300	SR	E78.0	26-May-2006
131	0219500	SP	E78.0	6-Sep-2006
132	0462100	SP	E78.0	14-Dec-2003
133	0156500	ST	E78	12-Feb-2004
134	0296800	T N	E78.0	7-Jan-2006
135	0218100	T W	E78.0	21-May-2001
136	0495700	V J M	E78.0	5-May-2004
137	0273300	WY	E78.0	18-Oct-2003
138	0048400	WY	E78	23-Jan-2006
139	0462600	W T	E78.0	21-Jun-2006
140	0494000	Y A	E78.0	24-Dec-2003
141	0174400	Y S	E78	19-Sep-2003
142	0195700	Y S	E78.0	14-Jul-2006
143	0493000	Y A R	E78.0	4-Dec-2005
144	0108200	Y R	E78.0	10-Oct-2003
145	0453300	ZN	E78.0	10-Jan-2003
146	0460000	ZL	E78	31-Jan-2005
			E78.0	20-Jan-2004
			E78	13-Jul-2006

No	MR_ID	PATIENT_NM	ICD_ID	TRUNC(CASE_OPEN_DT)
1	0219800	A W S	E78.0	
2	0054200	A R	E78	10-Sep-2003
3	0492400	A C	E78.0	29-Oct-2002
4	0471500	A S	E78	23-Mar-2005
5	0491100	A F	E78.0	13-Oct-2006
6	0209400	A T	E78	16-Jun-2005
7	5101800	A Y	E78.0	16-Apr-2007
8	0157200	A R	E78.0	12-Jul-2007
9	0155800	A P	E78.0	10-Jun-2003
10	0086300	A M	E78.0	26-Jun-2005
11	0497400	A S	E78	12-Jan-2004
12	0302100	A S	E78.0	4-Mar-2006
13	0492500	A S	E78.0	17-Jul-2002
14	0462000	A S	E78.0	26-Feb-2004
15	0464700	A M N	E78.0	23-Jun-2005
16	5048300	A S A	E78	9-Jul-2003
17	5059200	A W	E78.0	11-Dec-2007
18	0169500	B R	E78.0	24-May-2002
19	0110500	B H	E78.0	5-Oct-2005
20	0279000	B M	E78.0	7-Jan-2006
21	0287200	B Y	E78	11-Mar-2004
22	0472900	B C D	E78.0	14-Jun-2006
23	5108000	B B D	E78	8-Apr-2004
24	0193300	B M	E78.0	6-Mar-2007
25	0298300	B A	E78.0	27-Mar-2001
26	5106000	B M	E78	4-Sep-2003
27	0469100	B A	E78	21-Jan-2006
28	0470300	B I	E78.0	17-Apr-2001
29	0171900	D R	E78.0	27-Jan-2005
30	0497000	D P	E78	6-Jan-2006
31	0212700	D R	E78	8-Jan-2005
32	0124400	D J	E78.0	6-Oct-2003
33	0136700	D Y	E78.0	10-May-2004
34	0494600	D P	E78	9-Aug-2005
35	0130900	E R	E78.0	1-Jul-2004
36	0491600	E Z	E78.0	8-May-2004
37	5058900	E S	E78.0	13-Jul-2005
38	0473400	E S	E78.0	28-Oct-2003
39	0122900	E S	E78.0	27-Apr-2006
40	0495600	E Y	E78.0	28-Aug-2004
41	0296400	F S R A	E78.0	23-Jan-2004
42	0069600	F B	E78.0	11-Dec-2003
43	0095800	F G	E78.0	25-Sep-2002
44	0495900	F I	E78.0	6-Apr-2004
45	0484300	G H	E78.0	5-Feb-2005
46	0101500	G M M	E78.0	18-Dec-2002
47	0173900	H B	E78.0	6-Feb-2002
48	0495800	H M	E78.0	6-Feb-2002
49	0102600	H J	E78.0	24-Jul-2003
50	0489900	H S	E78.0	25-Feb-2003
51	0154700	H S	E78.0	9-Oct-2003
52	5043100	H B	E78.0	19-May-2004
53	0468600	H B	E78.0	21-Jan-2007
54	0468700	H T	E78	29-Nov-2005
			E78.0	7-Apr-2003
			E78.0	19-Jan-2004

55	0143900	H I		
56	0101700	I H	E78.0	
57	0175200	I H	E78.0	14-Sep-2006
58	5105300	I K	E78.0	9-Jun-2004
59	0198300	I S	E78.0	8-Sep-2004
60	0162800	I B	E78	1-Jul-2004
61	0111600	I M	E78.0	27-Apr-2007
62	0135100	I M	E78.0	8-Jun-2002
63	0495200	I R	E78.0	14-May-2008
64	5099600	J M	E78	11-May-2005
65	0179900	J S	E78.0	3-Jan-2007
66	0136900	J N	E78	30-Apr-2007
67	0165100	J A M	E78.0	29-Mar-2005
68	0158800	J S Y	E78.0	26-Sep-2003
69	0490100	J N	E78.0	30-Mar-2005
70	0498200	K D	E78.0	4-May-2003
71	0493700	K N	E78.0	11-Apr-2006
72	5078800	K W	E78.0	2-Jan-2007
73	0188900	K S	E78.0	25-Apr-2006
74	0175500	L H	E78.0	4-May-2003
75	0480200	M R M M	E78.0	30-Sep-2003
76	0092500	M T	E78.0	28-Jun-2005
77	0183500	M G	E78.0	30-Apr-2004
78	0150200	M B L	E78.0	2-Jan-2007
79	0163800	M S	E78.0	22-Aug-2003
80	0488600	M P	E78.0	29-Oct-2007
81	0041800	M S	E78.0	10-Oct-2003
82	5058500	M S	E78	30-Jun-2004
83	5100000	M L P A.	E78.0	14-Dec-2006
84	5090100	M T	E78	21-Jun-2006
85	0243300	M W	E78.0	29-Mar-2007
86	0485400	M C S	E78	5-Aug-2006
87	0159500	N P	E78.0	9-Jun-2003
88	0217200	N N	E78.0	23-Feb-2004
89	0146700	N P	E78	22-Jun-2004
90	5091000	N R	E78	23-Apr-2006
91	0215300	O Y T	E78.0	15-Feb-2006
92	0195000	P S	E78.0	27-May-2002
93	0129800	P R	E78.0	24-May-2006
94	5058600	P L	E78.0	2-Aug-2005
95	0177700	P R	E78.0	30-Mar-2007
96	0218400	R P J	E78.0	4-Dec-2003
97	0155000	R A	E78.0	15-Mar-2004
98	0285500	R M R	E78.0	17-Dec-2003
99	0475200	R H M	E78.0	6-Feb-2004
100	0290200	R W A	E78.0	19-Sep-2003
101	0281800	R F	E78.0	29-Sep-2004
102	0241100	R S	E78.0	9-Jun-2001
103	0494500	S H	E78	17-Nov-2004
104	0142800	S L	E78.0	9-Sep-2004
105	5064000	S N	E78.0	16-Jun-2004
106	0489300	S P	E78.0	8-Jan-2005
107	0219400	S A	E78.0	14-Mar-2003
108	0184500	S D	E78.0	5-Jun-2003
109	0120700	S W	E78.0	7-Aug-2003
				6-Jul-2003
				2-Apr-2007

110	0189000	S S P		
111	0161800	SS	E78.0	
112	0292800	SF	E78.0	27-Jan-2006
113	0189900	SK	E78.0	1-Jul-2004
114	0147500	S B	E78	15-Sep-2003
115	0464100	SB	E78.0	9-Oct-2002
116	0109800	SB	E78.0	5-Apr-2007
117	0092600	SD	E78.0	4-Mar-2006
118	0457400	SW	E78	13-Feb-2006
119	0145200	ST	E78.0	6-Feb-2006
120	5054400	SH	E78	22-Sep-2003
121	0158500	SR	E78	3-Aug-2006
122	0143600	SM	E78.0	23-Apr-2004
123	0188600	SK	E78	16-Mar-2004
124	0101400	SS	E78.0	28-Jan-2004
125	0290300	SN	E78.0	15-Sep-2004
126	0219500	SR	E78.0	6-Sep-2006
127	0105600	SP	E78.0	14-Dec-2003
128	0454900	SP	E78.0	12-Feb-2004
129	0462100	SR	E78.0	14-Mar-2007
130	0196000	SR	E78	21-Sep-2003
131	0467100	SW	E78.0	7-Jan-2006
132	0163500	S B H K	E78	4-May-2004
133	0296800	T N	E78.0	10-Jun-2007
134	5097400	T M S	E78.0	20-May-2007
135	0172300	TH	E78.0	5-May-2004
136	0273600	U M S	E78.0	30-Apr-2004
137	0487000	WY	E78.0	21-May-2003
138	0048400	WL	E78.0	15-Sep-2004
139	0174400	YS	E78.0	30-Oct-2003
140	0195700	Y S	E78.0	24-Dec-2003
141	0493000	Y A R	E78.0	4-Dec-2005
142	0108200	Y R	E78.0	10-Oct-2003
143	0174800	Y C	E78.0	10-Jan-2003
144	0453300	ZN	E78.0	31-Jan-2005
145	5113500	Z D	E78.0	11-Feb-2004
146	0460000	ZF	E78	20-Jan-2004
				29-Jun-2004
				13-Jul-2006

No	MR_ID	PATIENT_NM	ICD_ID	TRUNC(CASE_OPEN_DT)
1	0465200	AN		
2	0471500	AS	E78.0	
3	0209400	AT	E78	17-Oct-2003
4	0157200	AM	E78	13-Oct-2006
5	5107700	AP	E78.0	16-Apr-2007
6	0086300	AM	E78.0	10-Jun-2003
7	0497400	AS	E78.0	27-Feb-2008
8	0302100	AS	E78	12-Jan-2004
9	5119400	ABA	E78.0	4-Mar-2006
10	0462000	AS	E78	17-Jul-2002
11	0464700	AMN	E78.0	26-Mar-2008
12	5048300	ASA	E78.0	23-Jun-2005
13	0169500	BZ	E78	9-Jul-2003
14	0279000	BM	E78.0	11-Dec-2007
15	0275700	BPR	E78.0	5-Oct-2005
16	0462200	BS	E78.0	11-Mar-2004
17	0193300	BM	E78.0	26-Jan-2005
18	0298300	BA	E78.0	7-Jan-2005
19	0470300	BI	E78.0	27-Mar-2001
20	0459900	DK	E78.0	4-Sep-2003
21	0212700	DR	E78.0	27-Jan-2005
22	5086000	DD	E78	15-Aug-2003
23	0494600	DP	E78.0	6-Oct-2003
24	0130900	ER	E78	23-Apr-2008
25	0491600	EZ	E78.0	1-Jul-2004
26	0473400	ES	E78.0	8-May-2004
27	0122900	EY	E78.0	13-Jul-2005
28	0495600	ES	E78.0	27-Apr-2006
29	0069600	FB	E78.0	28-Aug-2004
30	0495900	FI	E78.0	23-Jan-2004
31	0495900	FI	E78.0	25-Sep-2002
32	0485300	GN	E78.0	5-Feb-2005
33	0101500	GMM	E78.0	5-Feb-2005
34	0102600	HN	E78.0	3-Mar-2004
35	0489900	HS	E78.0	6-Feb-2002
36	0468700	HT	E78.0	9-Oct-2003
37	0175200	IH	E78.0	19-May-2004
38	5105300	IK	E78.0	19-Jan-2004
39	0162800	IB	E78.0	8-Sep-2004
40	0486800	IT	E78.0	8-Sep-2004
41	0111600	IM	E78.0	1-Jul-2004
42	0135100	IM	E78.0	8-Jun-2002
43	5099600	JM	E78.0	11-Feb-2008
44	0165100	JAM	E78.0	14-May-2008
45	0158800	JSY	E78.0	11-May-2005
46	0498200	KD	E78.0	30-Apr-2007
47	0493700	KS	E78.0	30-Mar-2005
48	0175500	LH	E78.0	4-May-2003
49	0480200	M R M M	E78.0	2-Jan-2007
50	0296600	MS	E78.0	25-Apr-2006
51	0209000	MS	E78.0	28-Jun-2005
52	0488600	MP	E78.0	30-Apr-2004
53	0041800	MS	E78	26-May-2004
54	5090100	MT	E78	1-Oct-2002
				30-Jun-2004
				14-Dec-2006
				5-Aug-2006

55	5111100	M G I K		
56	5101700	M S		
57	0217200	N N	E78	
58	0146700	N P	E78.0	28-May-2004
59	5091000	N R	E78.0	21-Jul-2008
60	5058600	P L	E78	23-Apr-2006
61	0218400	R P J	E78	15-Feb-2006
62	0155000	R A	E78.0	27-May-2002
63	0285500	R M R	E78.0	4-Dec-2003
64	0475200	R H M	E78.0	17-Dec-2003
65	0241100	R T	E78.0	6-Feb-2004
66	0458700	S H S	E78.0	19-Sep-2003
67	0219400	S A	E78.0	29-Sep-2004
68	0065600	S A	E78.0	9-Sep-2004
69	0109800	S B	E78.0	3-Sep-2003
70	0145200	S D	E78	7-Aug-2003
71	0279300	S R	E78.0	25-Aug-2003
72	0143600	S K	E78	13-Feb-2006
73	0219500	S P	E78	3-Aug-2006
74	0196000	S R	E78	20-Feb-2008
75	0467100	S W	E78	28-Jan-2004
76	0163500	S B H K	E78.0	12-Feb-2004
77	5097400	T M S	E78.0	4-May-2004
78	0218100	T W	E78	10-Jun-2007
79	0172300	T H	E78.0	20-May-2007
80	0495700	V J M	E78.0	30-Apr-2004
81	0048400	W L	E78.0	18-Oct-2003
82	0174400	Y S	E78.0	21-May-2003
83	0195700	Y S	E78.0	23-Jan-2006
84	0453300	Z N	E78.0	24-Dec-2003
85	0460000	Z F	E78.0	4-Dec-2005
			E78.0	10-Oct-2003
			E78	20-Jan-2004
				13-Jul-2006

DATA KUANTITATIF PT X

Tahun \ Factor risiko	2005	2006	2007	2008 (Agustus)
Hipertensi	113	146	146	85
Dislipidemia	53	59	68	69
DM	89	86	102	96

karyawan \ Tahun	National	National + Ekspat
2005	992	1027
2006	885	917
2007	841	871
2008 (Agustus)	805	834



LAMPIRAN 5

KUESIONER INDEPTH INTERVIEW

1. Mission and goals :
2. Quantifiable individuals and department :
3. Responsible individuals and department :
4. Budget :
5. Utilizations of external resources :
6. Selection and utilization of external resources :
7. Target population :
8. Data system for management, monitoring and evaluation :
9. Project advisory and management group :
10. Topic to be covered :
11. Delivery modalities for each topics :
12. Delivery sites and scheduling :
13. Specific material :
14. Program promotion :
5. Detailed implementation timetable :
6. Participant financial participant :
7. Participant incentives and monetary, and other :
8. Evaluation :

Indepth Interview (IGT)

1. Mission and goals :
 - No harm to people, no damage to the environment
2. Quantifiable individuals and department :
 - We can get employee data from HRD
3. Responsible individuals and department :
 - Low, due to the commitment for health is not high as for safety
4. Budget :
 - Until now, the biggest budget only for curatives and rehabilitations for employees and their dependents
5. Utilizations of external resources :
 - Yes, we always utilized the external resources
6. Selection and utilization of external resources :
 - For example, we used cardiologist once a week and before also dentist but to the minimal....., we cancel services of the dentist
7. Target population :
 - All Vico employees + their dependents and contractors employees
8. Data system for management, monitoring and evaluation :
 - We have medical system data base, but the utilization was not optimized due do lack of knowledge and willingness from medical staff
9. Project advisory and management group :
 - Already done by curatives – rehabilitations group but not continuously, and un – comprehensively

10. Topic to be covered :

- We focus on degenerative disease as cardiac disease, diabetic, cancer and all of the predisposing factor. Every month, we always released bulletin “pola hidup sehat” or health information, with relevant topics

11. Delivery modalities for each topics :

- Is include in medical budget. We also share the cost for each topic by join together with families group, as VICO Balikpapan (VIKEBA); VICO Samarinda (VISA) and VICO Muara Badak (VIMUBA)

12. Delivery sites and scheduling :

- We have divided medical staff for responsibility the site in VICO operation areas, but the implementary is very low

13. Specific material :

- Depend on the relevant issues

14. Program promotion :

- We always conduct Pre-job activity, and emphasized that health is everybody responsibilities not only the doctor and his/her staff

15. Detailed implementation timetable :

- Is unstructured

16. Participant financial participant :

17. Participant incentives and monetary, and other :

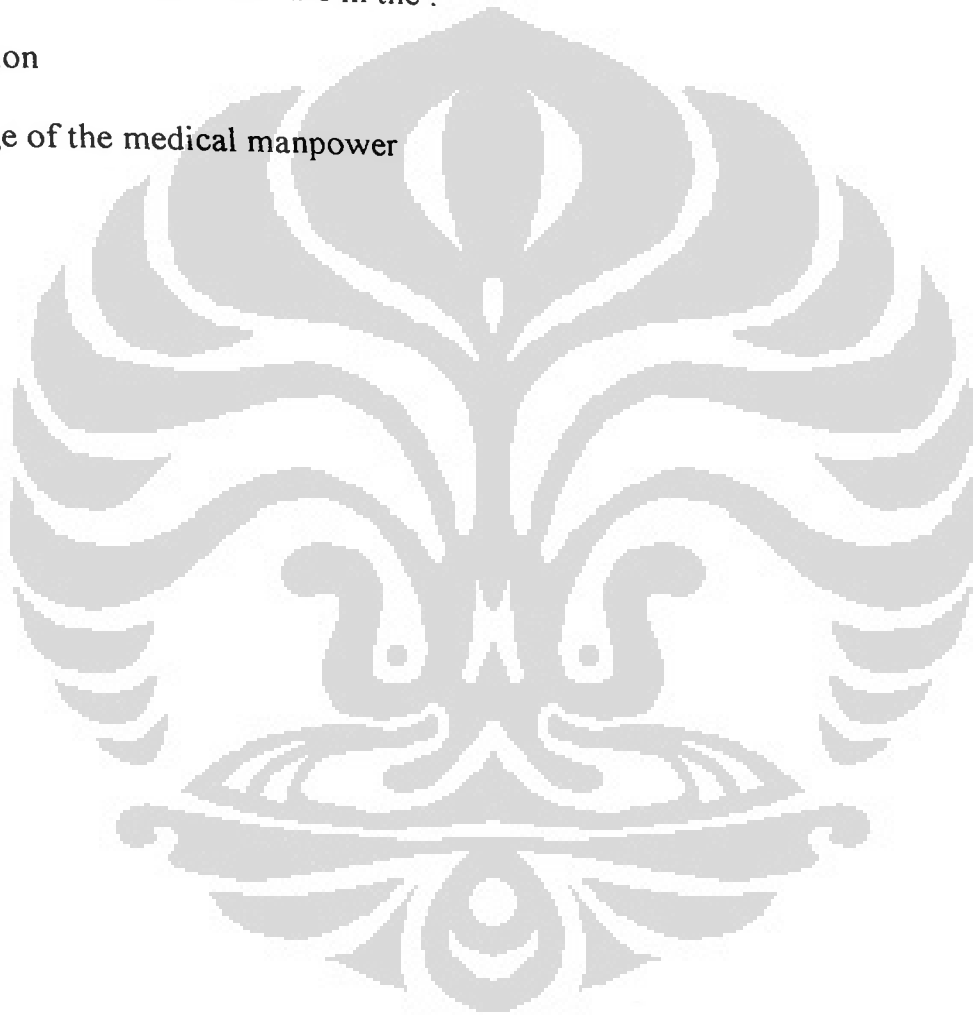
- A don't agree of this because in the last, all employe only pursue its money just neglectfully their diseases, but in some event we give them souvenir as T-shirt etc

18. Evaluation :

- This is our weakness to evaluate, because we did not have analyzer health data

Others : in my opinion, our weaknesses are in the :

1. Organization
2. Knowledge of the medical manpower



KUESIONER GIZI

1. Pengolahan makanan / processing
2. Penyimpanan bahan makanan
3. Kegiatan pengawasan terhadap kualitas makanan
4. Pendistribusian/penyajian makanan
5. Pemantauan terhadap sarana dan prasarana
6. Perencanaan menu



Kuesioner GIZI

1. Pengolahan makanan / processing

- Pengolahan makanan sekarang sudah lebih banyak dengan cara di grill, kalau dulu 60% dengan cara digoreng dengan minyak dan 40% dengan cara di grill, sekarang sudah berubah dimana 70% dimasak dengan cara di grill dan 30% dengan cara di goreng dengan minyak.
- Minyak goreng yang kami pakai maksimal 3 kali pemakaian.

2. Penyimpanan bahan makanan

- Bahan makanan yang datang berupa daging, ayam, ikan dalam keadaan frozen, setelah dicek kemudian disimpan dalam freezer berukuran 4x8m dengan suhu -15 s/d -20 °C
- Makanan yang sisa langsung kami buang

3. Kegiatan pengawasan terhadap kualitas makanan

- Di sini kami menggunakan ISO 20 : 2000 dalam keamanan pangan
- Pengawasan yang dapat dilakukan hanya dengan pengamatan secara kasat mata saja berupa perhatian terhadap expire date, dan kondisi bahan makanan yang datang harus dalam keadaan frozen

4. Pendistribusian/penyajian makanan

- Sekarang sudah diperbanyak makanan ikan dan kuantitas daging diturunkan, ikan yang banyak kami sediakan yaitu ikan kakap, tenggiri sedangkan ikan tongkol dan ikan layang karena sangat peka tidak kami sediakan
- Tahu tempe juga kami perbanyak

5. Pemantauan terhadap sarana dan prasarana

- Kami melakukan pengecekan terutama terhadap freezer untuk menyimpan bahan makanan, freezer kami memiliki 6 mesin jadi kalau 1 mesin rusak masih ada 5 mesin sehingga freezer masih bisa terus bekerja

6. Perencanaan menu

- Kami melakukan perencanaan menu 1 bulan sekali, tapi sewaktu-waktu apabila dibutuhkan dapat kami revisi



Transkrip Hasil *Indepth Interview* Camp service (gizi)

(I W S, AH)

Menurut pak B dikatakan sudah aman pengolahan pangannya, sebenarnya bagaimana?

- Pengolahan kita sekarang sudah agak berbeda dibandingkan 2 th yang lalu, sekarang saya disini mengusahakan makanannya banyak di grill jadi minyak hanya sedikit dan makanan tuh lebih lunak sampai kedalam, jadi terongnya kami grill baru bumbunya yg berminyak, tempe tahu kami grill juga. Pemakaian minyaknya kami instruksikan max 3 kali pakai disini. Sekarang ada perubahan pola dimana orang banyak makan putih kuningnya dibuang, jadi memang kesadaran karyawan disini sudah mulai timbul, ada sekitar 15-20 orang disini makan telur putihnya saja walaupun mereka sebenarnya bukan yg memiliki factor risiko. Ada juga mereka yang makan seenaknya saja walaupun memiliki factor risiko tetap makan yang enak2 saja.

Makanan disini dari sisi penyajian juga regulasi memang juga sudah ada perubahan.

- Ikan disini kami grill bukan kami goreng. Menu disini daging, ikan, ayam tambah second seperti bakwan tahu tempe. Sekarang kami mulai mengurangi daging yang kita banyakin ikannya, juga tahu tempe. Menu barat disini mulai kami grill menu indonesianya mau gak mau harus ada yang minyaknya. Kalau ada yg bertanya sekarang kami tidak bisa menjelaskan bagaimana kandungan kalori masing2 makanan tapi sekarang sudah tidak ada lagi karena kontraknya sudah diputus. Dulu es krim sehari habis sekarang bisa seminggu baru habis karena di es krim sudah kami pasang koleterol tinggi sehingga orang sudah mulai berpikir untuk mengkonsumsi es krim. Ada beberapa yg

sudah mulai menjalani makan buah dulu baru makan nasi. Kalau kita bicara selera memang berbeda2 karenakan kita harus melayani sekitar 500an.

- Ayam , daging, ikan datang dari supplier dalam keadaan beku (frozen), setiap barang datang kami cek karenakan ada termo king semua kemudian kami simpan di dalam freezer sampai suhu -15 sd -20C, freezer sangat besar dengan ukuran kurang lebih 4 x 8m.freezer bisa untuk stok bahan2 satu bulanan. Ada istilah danger soon pada kondisi suhu 4.4C sd 60C Kalau kata prognosa dokter tidak dalam kondisi frozen ada bahaya bakteri salmonella terutama. Ketika barang keluar dari frozen di toing, mill deep kemudian di frozen lagi.
- Kalau dulu 60% minyak 40% grill, sekarang 70% grill 30% minyak.
- Kita pakai iso 20 : 2000 dalam keamanan pangan kita
- Untuk yang nilam, sambera jam stengah 6 kami sudah mulai masak jadi paling lambat jam9 diantar dari sini.
- Sekarang kami punya professional satu namanya pak adi data dari jurusan perhotelan dan dia sudah punya sertifikat AADP kita sebut dia tenaga ahli termasuk pihak ketiga bukan pegawai langsung tapi berada di bawah kontraktor lain.
- Kami membikin menu sebulan sekali, tapi setiap menu kita revisi.
- Sebenarnya disini nutritionisnya diperlukan sekali, agar bagusya setiap makanan tuh ada displaynya mengenai kandungan kalori dan gizi di dalamnya.
- Kalo kita bicara klinik kan bukan bidang mereka karena mereka sendiri punya kerjaan masing2 disini

- Jadi sekarang paling tidak yang kita lihat secara kasat mata saja yaitu expire datenya, penerimaan bahan2nya kami pastikan dalam kondisi beku bukan dalam kondisi lembek.
- Makanan kaleng sekarang yg kita punya hanya kornet dan sarden.
- Kita punya makanan ringan seperti biscuit dll hanya berdasarkan on request saja kami tidak berani stok. Makanan sisa kami kami langsung buang.
- Ayam datang kita cek kita cium gimana baunya secara random, pernah kejadian ayam datang satu box kita pulangkan semua karena kondisinya sudah bau. Ikan yg kita pakai kakap, tenggiri, tongkol kami gak pakai karena peka sekali, ikan layang juga peka
- Dalam freezer terdiri dari 6 mesin jadi rusak satu mesin yang lain masih berfungsi.
- Kami catering disini 2 tahun sekali kontrak, catering yg sekarang baru dimulai 15 Mei 2007
- Yang sangat kita butuhkan disini adalah nutrisisionist
- Jadi kalau adalah masalah internist seperti gangguan prostat, dan gangguan lainnya kami tidak tahu harus berbuat apa
- Yang dapat kami lakukan disini hanya memastikan makanan enak, aman, memasak jangan overcook selebihnya bukan kapasitas kami lagi.

Transkrip Hasil *Indepth Interview* (W H)

PKP itu apa pak ?

- Menurut saya pkp dimaksudkan agar pegawai meningkat kesadarannya akan kesehatan bagi pegawai dan keluarganya karena menurut saya masing2 pegawai bertanggung jawab akan kesehatannya masing2
- Informasi yang saya tahu tentang PKP dari selebaran2 dari medical maupun HSE

Apakah ada program2 PKP itu sampai saat ini dari bapak didiagnosis PJK?

- Program2 itu terus berlanjut sampai sekarang ini tapi tidak spesifik tentang PJK

Apakah ada program khusus?

- Yg bersifat promotif mungkin tidak tapi yg bersifat kuratif dan rehabilitative untuk menjaga dimana saya diharuskan diwajibkan setiap bulan sekali control ke dokter jantung

Jadi PT X lebih concern dalam hal ini kearah kuratif dan rehabilitative

- Kalo yg bersifat promotif dan preventif yg saya tahu vico sudah melaksanakan medical check up satu tahun sekali

Apakah menurut bapak dg medical check up sdh cukup atau ada saran lagi?

- Menurut saya yg bersifat meningkatkan kesadaran masih kurang, Karena MCU hany bersifat identify tidak bersifat preventif mauun promotif jadi yang sudah kena yah kena hanya bisa diobati tidak bisa dicegah

Saran2

- Harus adanya kegiatan2 seperti ceramah2 kesehatan, banyak beberapa ahli kesehatan seperti dokter ahli datang dengan istilah2 kesehatannya sehingga membuat kami orang awam kurang mengerti, jadi yg pertama membuat dokter hadir kemudian gimana mmbuat agar bahasa2nya dapat dimengerti dan dikemas lebih menarik agar karyawan tertarik untuk hadir seperti adanya dorprize atau mengundang artis

Harapan

- Gak ada orang lain lagi deh yang dioperasi seperti saya, saya sebelumnya gak ada gejala2 hanya unfall pada usia 41 th, pada usia 46 saya dioperasi, kemudian 51 saya dioprasi lagi, saya tidak didiagnosa hipertensi atau yang lainnya tapi saya sempat didiagnosa RBBB kemudian gak lama saya masuk Icu saya diangkut naik helicopter dari sini, sebelumnya kesehatan saya dikategorikan baik.
- Setelah jatuh yg terakhir saya dikateterisasi saya baru divonis koroner ada 5 yg tersumbat dan satu2nya jalan harus di CABG
- Setelah vonis itu saya dan keluarga pasrah, tapi banyak teman2 saya yg divonis PJK setelah MCU mereka lebih gamang menghadapi situasi seperti itu, karena saya sudag unfall mau ga mau saya harus mau di CABG, ada juga sudah divonis harus di CABG tapi menolak karena masih takut.
- Selama ini saya juga secara informal pernah sharing kepada teman2 saya mengenai pengalaman saya yang lebih bersifat informal dan hanya bersifat anjuran jd mereka sangat bisa untuk menolak anjuran itu

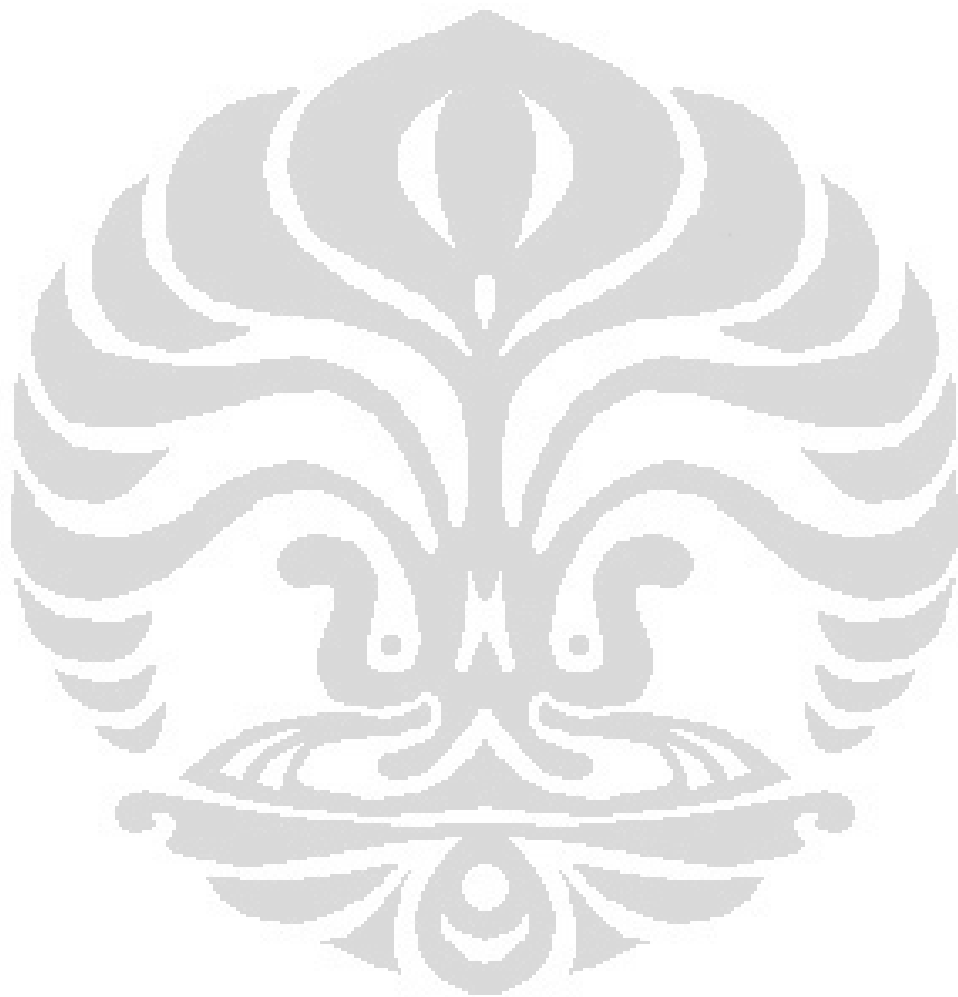
- Ada juga yang terlalu lama berpikir sampai akhirnya sudah tidak bisa tertolong lagi jd sgt penting untuk dapat meningkatkan kesadaran mereka untuk mau di CABG, bahkan banyak juga karena ketidaktahuan mereka yg sudah divonis PJK mereka malah meningkatkan intensitas olahraganya padahalkan sebenarnya berbahaya.
- Ada juga mereka yg telah pensiun dari vico ini baru di CABG, di Balikpapan ada 1.
- Ada juga yang sudah diujung2 hampir pensiun baru mau di CABG karena kalau kita bicara biaya pasti akan menghabiskan biaya yg cukup besar sampai ratusan juta

Bapak sendiri sekarang pola hidupnya?

- Saya tidak merokok dari dulu, saya sekarang menjaga pola makan saya. Ada program sabtu minggu dari VIKIBA program senam aerobic, sabtu sendiri minggu yang bareng2 itu rutin satuminggu sekali. Saya sendiri disini 5-2. Kalo dari keturunan ibu saya hipertensi, bapak ada stroke setelah usia memasuki usia tua. Disini setiap rabu biasanya ada senam secara rutin. Ada juga perlombaan senam yg dilakukan setahun sekali. Saya sudah mulai mengontrol makanan saya seperti sudah mulai banyak makan ikan rebus tapi juga gak ketat2 banget. Ketat banget kalo abis di CABG tuh benar2 sangat diperhatikan. Jadi sekarang saya pantau dari hasil check up bulanan kalo sudah mulai berlebih saya mulai ketatin lagi kalo bagus mulai longgar lagi. Di rumahpun saya menjaga jadi gak banyak makanan yang banyak mengandung minyak. Malah justru hidup saya lebih terkontrol kalau di rumah karena makanan saya tidak punya pilihan lain selain makan itu malah

disini makanan saya tidak terkontrol karena saya yg harus mengontrol makanan saya sendiri.

- . Saya sangat bersedia kalau suatu waktu saya diajak untuk ikut berpromosi mengenai pentingnya dan manfaatnya CABG apabila memang sudah divonis PJK.



KUESIONER FGD

1. Apakah Program Promosi Kesehatan Pekerja (PKP) itu ?

2. Anda tahu dari mana ?

3. Apakah anda tahu bahwa PT X menyelenggarakan program ini?

4. Jika anda tahu, apa anda ikut/ diikutsertakan dalam PKP?

5. Jika ya:

- Bergunakah PKP ini bagi anda?
- Apa harapan anda untuk program PKP ini?
- Apa saran anda untuk program PKP ini?

KUESIONER FOCUS GROUP DISCUSSION KARYAWAN PT X

FGD 1.

1. Apakah Program Promosi Kesehatan Pekerja (PKP) itu ?

- Program yang dilakukan perusahaan yang berupaya untuk menjaga kesehatan dan menanggulangi penyakit2 yg dialami oleh karyawan

2. Anda tahu dari mana ?

- Membaca artikel – artikel yang berkaitan dengan kesehatan
- Dari penyuluhan - penyuluhan kesehatan yang diadakan perusahaan
- Dari milis (healthdesk) intranet

3. Apakah anda tahu bahwa PT X menyelenggarakan program ini?

- Vico memang menyelenggarakan program Promkes tapi tidak dijalankan secara maksimal

4. Jika anda tahu, apa anda ikut/ diikutsertakan dalam PKP?

- Pihak manajemen dalam hal ini terkesan kurang commit dimana para karyawan merasa tidak mempunyai waktu untuk berolahraga karena waktu yang sangat padat
- Waktu yang harusnya digunakan untuk olahraga malah digunakan untuk meeting

5. Jika ya:

- Bergunakah PKP ini bagi anda?
Menurut kami sangat berguna
- Apa harapan anda untuk program PKP ini?
 - Lebih ditingkatkan lagi program2 promkesnya

- Membangun health culture
- Apa saran anda untuk program PKP ini?
 - Harus adanya program2 kesehatan yg lebih menarik agar karyawan tertarik ikut didalamnya
 - Harus adanya warning yang keras apabila program2 kesehatan tsb dilanggar terutama bagi mereka yang memiliki factor risiko dengan terlebih dahulu melakukan perbaikan dulu pada perangkat-perangkatnya
 - Menayangkan bahaya-bahaya PJK missal dengan menayangkan operasi CABG bagi penderita PJK
 - Perhatian terhadap pola gizi dan menu makan para karyawan
 - Komitmen hari Rabu sebagai hari olahraga harus benar-benar dilaksanakan
 - Medical harus melaporkan perkembangan setiap karyawan
 - Medical menampilkan data setiap minggu meningkat/menurun : kolesterol (HDL,LDL,TG), IMT,DM, TD
 - Dengan menggunakan fasilitas health desk lebih diperbanyak lagi informasi kesehatannya

FGD 2

1. Apakah Program Promosi Kesehatan Pekerja (PKP) itu ?

- Kegiatan promosi yang dilakukan oleh medical seperti ceramah2, leaflet2.

2. Anda tahu dari mana ?

- Dari penyuluhan2/ceramah2 kesehatan yang diadakan perusahaan

3. Apakah anda tahu bahwa PT X menyelenggarakan program ini?

- PT X memang menyelenggarakan program Promkes tapi tidak dijalankan secara maksimal
- Program2 yang pernah dijalankan seperti ; penyuluhan2 kesehatan yang bersifat insidental tidak terencana dengan baik, pemberian vaksin flu bagi yang berminat

4. Jika anda tahu, apa anda ikut/ diikutsertakan dalam PKP?

- Kami sebenarnya diikutsertakan, tapi bagaimana kami dapat berolahraga sedangkan waktu kami untuk berolahraga saja tidak ada karena pekerjaan yang banyak

5. Jika ya:

- Bergunaan PKP ini bagi anda?

Menurut kami sangat berguna

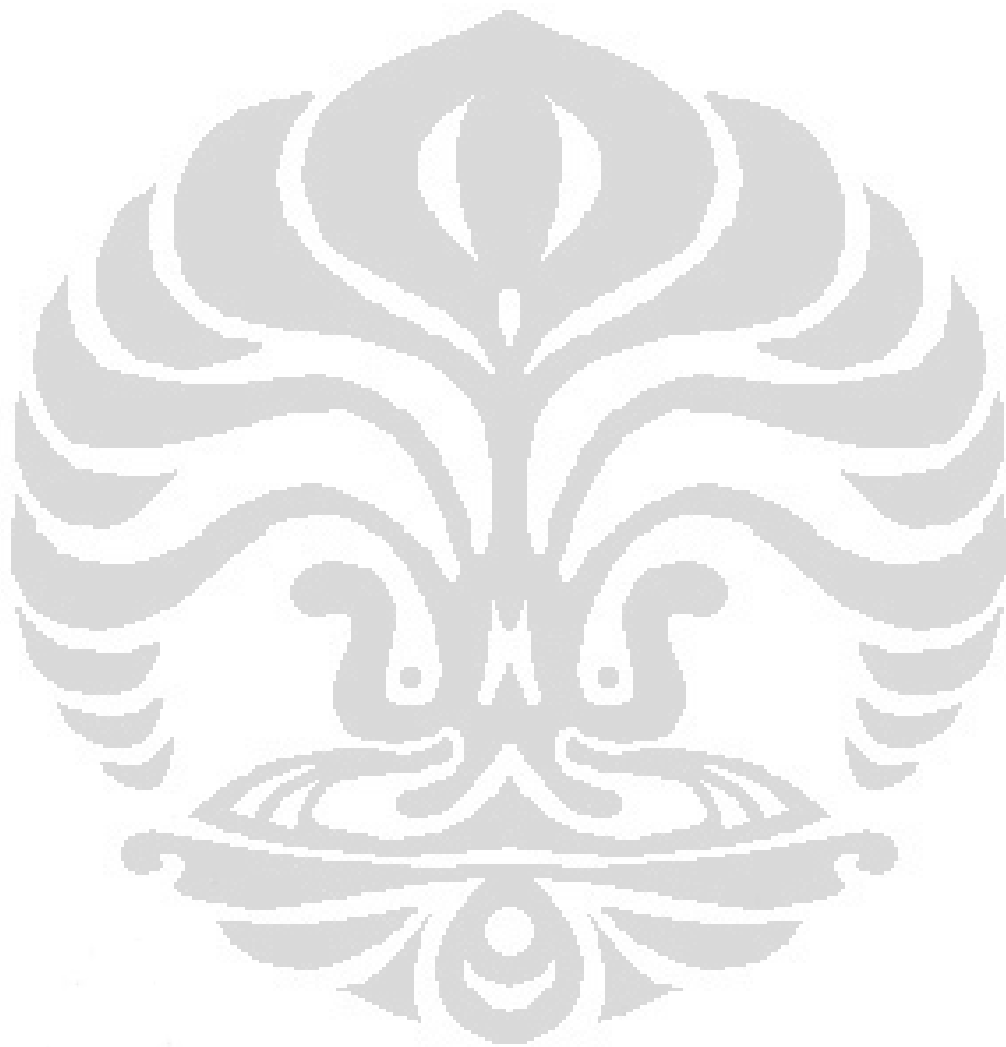
- Apa harapan anda untuk program PKP ini?

- Harus adanya kontinuitas program yang berkelanjutan dan berkesinambungan

- Apa saran anda untuk program PKP ini?

- Adakan kembali program2 promosi kesehatan dan ditingkatkan lagi program promosi kesehatan yang sudah ada

- . Membuat system yang terintegrasi dalam program2 promosi kesehatan yang akan dibuat



FGD 3

1. Apakah Program Promosi Kesehatan Pekerja (PKP) itu ?

- Kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan oleh klinik agar karyawan selalu sehat yang dapat berupa pamphlet, leaflet, penyuluhan.

2. Anda tahu dari mana ?

- Dari media Koran, TV, perusahaan

3. Apakah anda tahu bahwa PT X menyelenggarakan program ini?

- PT X memang pernah menyelenggarakan program Promosi kesehatan seperti penyuluhan juga promosi kesehatan bagi keluarga karyawan yang dilakukan di hotel-hotel yaitu untuk VIKEBA, VISA

4. Jika anda tahu, apa anda ikut/ diikutsertakan dalam PKP?

- Kami sebenarnya diikutsertakan, tapi memang komitmen baik dari atasan maupun kami sendiri yang masih kurang untuk menjaga kesehatan kami

5. Jika ya:

- Bergunakah PKP ini bagi anda?

Menurut kami sangat berguna

- Apa harapan anda untuk program PKP ini?

- Bisa menerapkan pola hidup sehat terutama untuk diri sendiri agar kolesterol saya bisa menurun

- Ada penyuluhan2 kesehatan yg sifatnya roadshow, berupa penyuluhan dg diskusi2 kecil

- Harus ada kebijakan dari pimpinan untuk menghadiri penyuluhan2 tersebut (power atasan)

- Waktu untuk diadakan penyuluhan kesehatan tersebut dicari yg paling tepat sehingga semua karyawan semuanya dapat hadir, misal tidak dilakukan pada malam hari
- Fungsi dari promosi ini lebih efektif bila dilakukan melalui program2 yg lebih terencana dan dapat menjangkau seluruh kantong (Nilam, Sembera, Mutiara, Badak)
- Bawalah level PKP ini sampai ke level VP untuk meyakinkan pihak tsb bahwa dg adanya program PKP dapat mengurangi cost dalam hal ini medical cost
- Apa saran anda untuk program PKP ini?
 - Menambah program-program Promosi Kesehatan
 - Di catering pola menu makan dan gizinya harus lebih diperhatikan dan lebih bervariasi

Trankrip Hasil FGD 1 (recorder)

Program promosi kesehatan pekerja?

- Program yang dilakukan perusahaan yang berupaya untuk menjaga kesehatan dan menanggulangi penyakit² yg dialami oleh karyawan, beberapa kegiatan medical untuk karyawan dan keluarganya seperti vaksin, seperti untuk yang di Samarinda, Balikpapan, pada suatu tempat keluarga datang kemudian diobati. Ada juga local net (intranet) atau kita sebut health desk seperti milis dimana disitu tersedia berbagai info mengenai kesehatan seperti DBD, malaria dan penyakit lainnya yang sering ditemukan.
- Dari klinik saya sebagai penderita kolesterol saya datang ke klinik kemudian saya diberi obat, tidak ada perhatian khusus yang diberikan klinik kepada kita sebagai penderita kolesterol sebenarnya saya diberi pilihan mau obat atau olahraga aja, saya memilih obat ajalah setelah itu saya berasa enakan kemudian tidak balik lagi. Lebih kita karyawan disini yg lebih berinisiatif
- Kita disini budaya olahraga nya masih belum ada, karena dimana hari Rabu yang harusnya hari olahraga malah dipakai oleh bos² kita untuk rapat jadi kita tidak bisa olahraga, sedangkan besoknya kita mau olahraga tidak mungkin karena bukan waktunya. Jadwal olahraga tidak menjadi suatu yang keharusan karena banyak dilanggar, artinya tidak ad jadwal khusus kita berolahraga karena mana mungkin kita dapat berolahraga sedangkan kita bekerja dari jam 6 pagi sampai jam 6 malam shg tdk mungkin kita sanggup untuk berolahraga.
- Dari klinik ada program konsultasi khusus dimana tiap hari Rabu ada dokter spesialis jantung yang datang untuk para penderita jantung berobat tapi lebih bersifat kearah kuratif tidak ada arah preventifnya
- Intranet hanya muncul untuk masalah² yg insidental sperti DBD kalo tidak ada tidak jalan. Jadi lebih kita karyawan yang harus lebih proaktif berkunjung

keklinik bukan kliniknya yg lebih aktif, jadi lebih cenderung kalau kita sakit kemudian kita keklinik untuk berobat setelah itu selesai. Jadi kita sebagai penderita kolesesterol setelah obat kita habis setelah itu kita datang lagi keklinik untuk berobat kalo tidak yah sudah kita tidak diobati.

- Kita tidak akan bisa mengutamakan kesehatan kalo budaya menjaga kesehatan ini tidak disepakati oleh bos2 kita, seperti kita makan bebas tidak ada yang mengatur, harusnya kita itu setengah dilarang tapi lebih kearah bebas, seperti hari Rabu yang harusnya disepakati sebagai hari olahraga malah dipakai oleh bos2 kita untuk meeting sehingga kita tidak mungkin untuk melawannya. Jadi lebih setelah sakit kita keklinik kalo tidak berhasil berarti klinik yang payah hanya itu.

- Tidak ada penjelasan dari camp service untuk memberikan masukan2 kepada kami yang mempunyai risiko untuk memberikan masukan apa makanan yang baik kami

- Harapan kita penyuluhan tidak hanya sekedar memberikan nasehat tapi lebih aktif lagi. Harus lebih banyak petunjuk2 informasi2 kalo bisa lebih keras lagi petunjuk2 berapa besar lemaknya, gulanya dll, tapi kadang juga di sini kita dapat menjaga tapi setelah di rumah mereka kembali berantakan pola makannya.

- Saran :

- Menurut saya harus ada warning agar lebih keras, yang penting juga perangkatnya dulu dimana sudah declare bahwa hari Rabu adalah hari olahraga, sebenarnya program itu ada tapi saya masih bertanya2 apakah misalnya ada absen mereka yg berolahraga tapi apakah itu pernah dicek absennya. Kita sudah ada sarana olahraga, harus dilihat tingkat kepatuhan karyawan berolahraga melalui absen siapa saja yang berolahraga kalo tidak patuh mereka dapat diberikan warning. Jadi harus adanya pressure dari pihak

manajemen dalam hal ini agar karyawannya lebih aktif berolahraga.. Yang harus kita bangun adalah budayanya, setelah itu kita bisa bebas memilih olahraga apa yg akan kita pilih apakah bersepeda, main badminton tenis dll, jadi hari Rabu setelah jam setengah lima kita bisa berolahraga, saya sudah membeli sepatu bola, ingin mengadakan pertandingan bola antar departemen tapi percuma semua tidak jalan, tapi percuma tidak bisa saya pakai karena selalu saja tidak ada waktu habis karena bekerja, setelah ada budaya saya kemudian bisa memilih komunitas berolahraga.

- Makanan2 di camp service dimana saya lihat mie goreng lebih banyak minyaknya jadi saya melihat dari bagian camp service juga belum terlalu concern memperhatikan masalah kesehatan
- Dibagian medical lebih menonjol bagian kuratif nya bukan bagian promotif preventifnya. Orang itu sebenarnya lebih tertarik dengan gambar seperti kenapa tidak ditampilkan film2 mengenai penyakit bisa melalui intranet, misal juga video orang yg dioperasi jantung, orang merokok yg kemudian menderita penyakit seperti orang naik mobil ngebut yg kemudian mengalami kecelakaan.
- Tapi yg harus dilihat juga apakah intranet ini sudah menjangkau semua karyawan. Pernah juga di kantin sudah dikasih petunjuk2 tapi tetap dihajar oleh karyawan. Jadi memang harus adanya pembatasan2 yang mengikat. Jadi memang karyawan2 yg sekarang adalah angkatan 70 dimana sedang menikmati masa2 kejayaannya PT X dimana bisa sampai makan steak 7 lapis jadi sekarang mereka pada sakit gara2 masa lalu itu
- Di health kalau kita bicara kolesterol apasih bahayanya tidak semua orang tahu apasih bahayanya kolesterol sedangkan kalo kita bicara safety semua orang langsung merasa takut apabila tidak mematuhi karena langsung jelas apa akibatnya, tidak demikian dengan health dimana tidak terlalu menimbulkan efek jera.

- Kalau ada program promosi mau tidak secara aktif ikut mendukung dan berpartisipasi ?
- Pasti kami sangat mendukung itu
- Kita coba memaksimalkan program intranet itu. Maksimalkanlah fasilitas intranet. Tapi kendalanya adalah bagi mereka yang tidak menggunakan fasilitas computer itu tidak dapat menikmati fasilitas itu. Misalnya mereka yang menengah kebawah, jadi juga harus dipikirkan bagaimana program yang dapat menyentuh semua golongan
- Kalo kita bicara masalah safety, environment itu ok, tapi kalo bicara masalah health sekarang disini memang sangat ketinggalan saya rasa.
- Misal manager medical pak IGT memasukkan info2 kesehatan keseluruhan manager untuk disebarakan kebawahannya sehingga dapat menangani semua. Jadi saya melihat memang sebenarnya intranet itu bisa sangat berguna apabila dapat dimaksimalkan.
- Kalo kita lihat sekarang selalu ditanyakan masalah safety tapi health selalu dibelakangkan prioritasnya. Harusnya masalah health ini bisa lebih diprioritaskan seperti halnya safety. Seperti misalnya saya sudah 2 hari ini menderita diare seolah perusahaan tidak peduli.
- Jadi bagaimana caranya masalah kesehatan ini selalu dapat dilaporkan bagaimana masalah2 kesehatan yang ada
- Kita bicara ada safety management system, environmental management system tapi tidak ada health management system. Coba kita lihat dalam

safety meeting selalu pak IGT bicara paling belakang jadi kita bicara budaya disini memang belum mendukung kearah kesana

- Harusnya pak IGT melaporkan tiap minggu dalam meeting para manager kepada pimpinan donk bagaimana sekarang angka pengidap kolesterol dsb

Trankrip Hasil FGD 1 (SF)

Apakah PKP itu ?

- Program yang dilaksanakan perusahaan untuk menjaga kesehatan dan menanggulangi penyakit2 yang dialami karyawan seperti MCU, pemeriksaan lab, membaca artikel2 yg berkaitan dg kesehatan.
- Usaha2 yg dilakukan antara lain dg memberikan penyuluhan2, adanya milis (healt desk) yang berisi berkaitan dengan kesehatan
- Pihak manajemen dalam hal ini (bos2) yang terkesan kurang peduli dengan program2 promosi kesehatan
- Harus adanya program2 kesehatan yg lebih menarik agar karyawan tertarik ikut didalamnya
- Factor manusia dan keluarga sangat berperan disini dalam hal menjaga kesehatan
- Harus adanya warning yang keras apabila program2 promosi kesehatan tsb dilanggar tapi harus adanya perbaikan dulu pada perangkat2nya
- Ditujukan terutama untuk mereka2 yg mempunyai factor risiko
- Harusnya pihak pengambil kebijakan menghormati akan adanya program2 promosi kesehatan, seperti dikatakan hari Rabu adalah hari olahraga nasional tapi mereka malah melanggarnya missal malah mengajak rapat
- Jadi yg harus dibangun adalah culture, health culture yang memang harus ada pada semua karyawan dari level bawah hingga teratas sehingga semua mau menjaga kesehatannya
- Harus adanya pengontrolan menu seperti missal membuat menu vegetarian

- Harus ada perhatian dalam pemilihan pola gizi di tempat makan dan perhatian terhadap kadar2 gizi yang dikandung didalamnya
- Harus adanya info2 seperti dalam intranet seperti bahaya2 PJK dalam bentuk film2 yang menampilkan orang yang terkena PJK yang harus menjalani CABG ataupun menyangkan operasi CABG
- Adanya pemagaran agar dari level bawah hingga bos2 peduli kesehatan
- Harus juga adanya perbaikan saran dan prasarana
- Berbicara masalah budaya yang pernah harus diintervensi adalah cognitivanya sehingga budaya yg diinginkan dapat tercapai
- Intervensi yg dpt dilakukan adalah dalam hal life style (aktifitas fisik, merokok dll)
- Pandangan pimpinan/manajer terhadap masalah kesehatan yg kurang aware, karena mungkin pimpinan merasa masalah health kurang berdampak thd perusahaan tsb dibanding masalah lainnya semisal masalah safety
- Kenapa mesti ada safety management system, environment management system tapi tidak ada health management system
- IGT tidak pernah menyampaikan masalah kesehatan dalam meeting para manajer yg dilakukan tiap minggu
- Komitmen hari Rabu hari olahraga harusnya benar2 dilaksanakan

Transkrip Hasil FGD 1 (RM)

- Program yang dilaksanakan perusahaan yang memberikan informasi dan upaya untuk menanggulangi penyakit karyawan ; MCU, inisiatif karyawan untuk memeriksakan darah ke klinik, kegiatan2 vaksin untuk keluarga, milis (health desk) intranet yg berisi informasi2 kesehatan yg sifatnya insidental
- Pada saat kita berobat ke klinik baru dkasih tahu jadi benar2 kesadaran kita
- Jadi disini harus karyawan yg lebih pro aktif tapi masalahnya terkendala oleh masalah waktu
- Harusnya ada budaya olahraga bersama
- Wajib pada hari olahraga semua mengikutinya, rapat2 distop

- Pada setiap hari Rabu ada dokter jantung yang datang ke klinik untuk mengobati mereka yg sakit jantung tapi disini sifatnya lebih kearah kuratif bukan promotif preventif
 - Bulletin board harus diisi dengan info2 kesehatan
 - Dari pihak IT ; ahli menjawab via internet yg kemudian dpt dijawab langsung, setiap hari harus diingatkan, disiapkan seorang ahli, di. Iwan member ke sleuruh manajer info2 tentang kesehatan yang dapat masuk dalam weekly safety meeting
 - Budaya untuk berolahraga harus sampai ke level manajemen
 - Budaya untuk makan ; supaya dari manajer untuk mengupayakan makan2 yg sehat
 - Harus ada pagar2 agar semua kalangan menjaga kesehatannya
 - Penyuluhan2 yg dilaksanakan jgn hanya sekedar ditunjukkan tapi juga diberitahu dan diajarkan
 - Adanya system 2-2 sehingga tidak seluruhnya dalam sebulan lifestyle para pekerja dapat dikontrol
 - Harus adanya warning
 - Harus adanya declare untuk selalu memprioritaskan masalah kesehatan
 - Seperti dilihat bagaimana absensi mereka yg ruitin berolahraga
- Budaya ; awareness
- Menu makan harus diperhatikan yg banyak mengandung minyak goreng
- Via intranet banyak ditampilkan film2 promosi kesehatan, misalnya menampilkan jantung yg sudah payah
- Juga banyak menampilkan informasi2 tentang faktor2 risiko
- Medical harus membuat format
- Medical harus melaporkan perkembangan setiap karyawan
- Medical menampilkan data setiap minggu meningkat/menurun : kolesterol (HDL, LDL, TG), IMT, DM, TD
- Hari2 tertentu membuat menu2 sehat seperti menu vegetarian

Trankrip Hasil FGD 2 (recorder)

Apasih Program Promosi Kesehatan itu?

- Kegiatan promosi yang dilakukan oleh medical seperti ceramah2, leaflet2. Kalo dulu setiam minggu kita ada aerobic setiap hari Rabu, sekarang masih ada tapi gak rutin jadi hanya terbatas. Jadi sekarang yang rutin untuk pegawai tidak ada kecuali untuk security ada mereka program rutin. Seperti untuk security untuk endurance mereka pakai NAPFA

Apa pernah mereka yang punya gula tuh dikumpulin?

- Sekarang tidak pernah, kalo dulu waktu tahun 1997 pernah ada program itu dimana setiap minggu kita berkumpul yang sama2 menderita gula. Disitu kita sharing bareng penderita gula dg dokter untuk membicarakan bagaimana perkembangan kesehatan kita disertai dg arahan2 dari dokter untuk perkembangan kesehatan kami. Setelah itu lebih cenderung untuk mendatangkan pembicara2 dari luar, tapi itu lebih bersifat sukarela kalo kita gak datang yah gapapa.

Pembicara2 itu didatangkan apakah bersifat insidental atau rutin?

- Jadi memang mereka didatangkan hanya bersifat insidental dan tidak direncanakan atau diprogramkan secara rutin dimana misalnya kalau flu burung lagi heboh dibahas flu burung, atau DBD lagi heboh dibahas DBD. Ada juga program tiap tahun disuntik vaksin flu tapi itu yang mau saja kalau tidak mau yah gapapa dan cenderung orang pada gak mau. Mereka merasa buat apa disuntik sekarang juga sehat2 saja. Karena cenderung kekurangtahuan pegawai akan masalah kesehatan itu sebenarnya. Kalau saja mereka mengerti pentingnya kesehatan otomatis akan menimbulkan kesadaran mereka untuk meningkatkan kesehatan mereka masing2.

Bagaimana jika medical membuat program2 PKP?

- Masalah biasanya diwaktu yang sangat padat. Kecendrungan pegawai berpikir kalau mereka belum merasa sakit mereka merasa masalah kesehatan

bukan masalah yang penting. Karyawan sekarang juga sebenarnya sudah mulai sadar setelah hasil MCU keluar mereka yang dikatakan punya risiko mulai mengatur pola makannya seperti contohnya es krim dulu yang sering habis sekarang sudah jarang dilirik oleh para karyawan.

Kenapa kok sudah diatur pola makannya disini kok hasil MCU nya masih begitu2 saja?

- Bisa saja waktu disini pola makannya baik tapi setelah di rumah pola makannya mulai berantakan lagi. Jadi saya rasa memang waktu di rumah itu pola makan kita berantakan. Artinya disini pilihannya lebih selektif dan lebih bervariasi dibandingkan di rumah

Menurut bapak kalau ada program promkes menurut bapak sekalian berguna gak?

- Menurut saya jelas sangat berguna.

Harapan?

- Harus adanya kontinuitas. Karena kalau hanya awal2 saja tidak ada kelanjutannya percuma saja. Kalau hanya sebulan sekali kan bisa saja ada yg tidak kena program promkes itu sama sekali karena system kerja yg bervariasi. Kalau kita berkaca dg PT Y disana mereka yg punya factor risiko setiap hari selasa kamis harus berkumpul didepan klinik untuk kemudian berolahraga, kalau tidak ada semacam peringatan dari pihak manajemen, jadi memang sudah ada komitmen yg kuat dari pihak manajemen akan pentingnya kesehatan. Tahun sebelum 2000 sekitar 90-an kita di vico masih sering olahraga jalan dimana waktu itu pimpinan tertinggi suka olahraga jadi mau gak mau kita juga ikut. Jadi disini lebih masalah ada tidak nya penggerak bukan masalah budgetnya, karena kalau kita lihat budget disini bukan masalah.

Saran ?

Tingkatkan lagi atau diadakan lagi program promosi kesehatan ini untuk mencegah agar orang tidak sakit dan kalau perlu ada semacam pemaksaan kalau karyawan tidak

melaksanakan dapat diberikan peringatan sampai sanksi, seperti dibuat sebuah system yang integrated tidak seperti sekarang hanya bergerak kalau ada yg menggerakkan

Transkrip Hasil FGD 2 (SF)

- Pemasangan leaflet2, penyuluhan2, olah raga
- Dulu ada aerobic secara rutin sekarang sudah tidak ada lagi
- Malah untuk security untuk endurance mereka menggunakan NAPFA
- Sekarang tidak ada pertemuan khusus untuk mereka yg punya factor risiko, seperti dulu sekitar tahun 90-an pernah ada pertemuan rutin 1 minggu sekali bagi para penderita DM
- Mau hadir dalam program2 promkes tapi biasanya terhambat dengan masalah kerjaan dan waktu
- Kenapa kok di perusahaan sudah diatur sedemikian pola makannya dan gizi masih tetap banyak yg memiliki factor risiko? Mungkin karena system 2-2 jadi pas 2 minggu di rumah pola makan dan gizi menjadi sembarangan
- Kami merasa sangat bermanfaat dengan adanya program2 promosi kesehatan
- Continuity dalam hal ini sangat penting dalam pelaksanaan program2 promkes bias 2 minggu/kali atau 1 bulan/kali
- Seperti di PT Y ada program jalan santai yg wajib harus dilaksanakan bagi mereka yg punya factor risiko kalau tidak diikuti kena sanksi
- Spt di PT X tahun 90-an dilaksanakan program jalan santai
- Sebenarnya disini lebih masalah programnya bukan masalah budgetnya
- Budget sebenarnya tapi disini lebih penggerakannya yg kurang

Saran :

- Buat program atau kalau sudah ada ditingkatkan lagi program2 yg sudah ada

Transkrip Hasil FGD 2 (RM)

- PKP berupa leaflet2 yg dikeluarkan oleh medical, ceramah2
- Berupa ceramah2 dari para ahli, sarana olahraga, pencegahan supaya orang tidak sakit
- Dulu kala setiap hari Rabu ada aerobic, sekarang sudah tidak ada
- Security +Fire rescue : NAPFA (tambahan tesnya), sampai saat ini masih dilakukan oleh departemen eksternal
- PKP dapat berupa penyuluhan narkoba, gizi dan olahraga
- Sekarang sebenarnya setiap karyawan kalau mau ada imunisasi flu, hepatitis c
- Sebenarnya para karyawan mau berpartisipasi tapi terkendala oleh masalah waktu
- Ynga juga menjadi masalah 2 minggu di kantor 2 minggu di rumah sehingga menjadi tidak terkontrol
- Setiap program PKP yang dilaksanakan pasti bermanfaat

Harapan :

- Adanya continuity program
- Program2 dilaksanakan 2 minggu sekali

Saran :

- Lebih ditingkatkan lagi
- Buat system ! yang ada sekarang baru berupa provokator

Transkrip Hasil FGD 3 (SF)

- Promosi kesehatan di PT X dilakukan secara berkala melalui leaflet2, penyuluhan2
- Penyuluhan kesehatan dihadiri apabila memang mereka ada waktu untuk menghadirinya
- Kami merasa manfaat yang dirasakan dengan adanya program promkes ini sangat besar
- Mengapa program sudah ada tapi masih banyak factor risiko yg dialami karyawannya. Karena ternyata komitmen dalam diri karyawan masing2 masih belum commit
- Dari PT X juga ada program penyuluhan kesehatan bagi keluarga pekerja yang dilaksanakan di hotel2 spt adanya : VISA, VIKEBA
- Memang commit dalam diri sendiri dalam hal ini sangat penting seperti misalnya untuk berhenti merokok

Saran :

- Menambah program2 promkes
- Di catering pola makan harus diperhatikan pola gizinya

Harapan :

- Bisa menerapkan pola hidup sehat bagi diri sendiri sehingga kolesterolnya bisa menurun
- Ada penyuluhan2 kesehatan yg sifatnya roadshow, berupa penyuluhan dg diskusi2 kecil
- Harus ada kebijakan dari pimpinan untuk mengahadiri penyuluhan2 tersebut
- Waktu untuk diadakan penyuluhan kesehatan tersebut dicari yg paling tepat sehingga semua karyawan semuanya dapat hadir, missal tidak dilakukan pada malam hari
- Fungsi dari promosi ini lebih efektif bila dilakukan melalui program2 yg lebih terencana dan dapat menjangkau seluruh lapisan di PT X

- Sebenarnya respon dari program2 promkes yg sebelumnya cukup bagus tapi sekarang masalahnya sudah tidak dilaksanakan lagi
- Bagusnya dipegang bosnya dulu sehingga kemudian karyawan2nya bisa mengikuti bosnya tersebut
- Bawalah level PKP ini sampai ke level VP untuk meyakinkan pihak tsb bahwa dg adanya program PKP dapat mengurangi cost dalam hal ini medical cost

Transkrip Hasil FGD 3 (RM)

- Mempromosikan kesehatan yang dilaksanakan oleh klinik dapat berupa pamflet, leaflet, vaksinasi, buku2, penyuluhan
- Saya tahu promkes dari media, koran2, TV, dan dari perusahaan.
- Di bagian Lab sendiri sangat ketat, harus semaksimal mungkin karena ada chemical (liquid, partikel), check up rutin
- Harusnya ada role model (dokter jangan merokok)

Saran :

- Untuk menambah program2 promkes
- Pola makan bagi orang yang memiliki factor risiko menunya lebih bervariasi dalam hal ini camp service

Harapan :

- Bisa hidup sehat
- Ceramah2 kesehatan
- Agenda jelas untuk para karyawan (internal), keluarga, kontraktor
- Kalau mau sukses diikuti seluruh karyawan gunakan power atasannya
- Promotif dengan dilakukan roadshow
- Fungsi promotif harus lebih terencana dan berkala
- Roadshow tentang maslah2 kesehatan ke semua kantong2 PT X (Nilam, Sembera, Mutiara, Badak)

:
 :

PEMERIKSAAN KESEHATAN LENGKAP
PEGAWAI VICO

1. Nama : Tgl. Pemeriksaan :
2. Kelamin : L / P 3. Tempat / Tgl. Lahir :
4. No. Pegawai : 6. Departemen :
5. Cost Center : Telpon :
7. Jabatan / Tugas Pekerjaan :
8. Pemeriksaan Kesehatan sebelumnya :

9. ANAMNESA :

Adakah selama ini mengalami gangguan

	Ya	Tdk.		Ya	Tdk.
- Penglihatan	:	:	- Sakit Kulit	:	:
- Sakit mata	:	:	- Gatal-gatal kulit karena obat /	:	:
- Pendengaran	:	:	bahan - bahan lain	:	:
- Pada telinga, hidung & teng-	:	:	- Bengkak - bengkak	:	:
gorokan.	:	:		:	:
- Asthma	:	:	- Sakit sendi	:	:
- Sesak nafas	:	:	- Bengkak sendi	:	:
- Batuk - batuk	:	:	- Sendi sukar digerakkan	:	:
- Batuk darah	:	:	- Pada waktu buang air kecil	:	:
- Pusing - pusing	:	:	- Kencing nanah	:	:
- Sakit kepala	:	:	- T.B.C.	:	:
- Tek. Darah Tinggi	:	:	- Malaria	:	:
- Berdebar-debar	:	:	- Thypus	:	:
- Sakit dada	:	:	- Sakit kuning	:	:
- Pada pencernaan	:	:	- Gelisah	:	:
- Pada lambung	:	:	- Sukar tidur	:	: