



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DEMOGRAFIS DAN PROFIL
KELUARGA DENGAN PENYAKIT NON INFEKSI
DI KLINIK DOKTER KELUARGA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2006 – 2008**

SKRIPSI

**MIFTA NURINDAH
0105007136**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
JAKARTA
JUNI 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DEMOGRAFIS DAN PROFIL
KELUARGA DENGAN PENYAKIT NON INFEKSI
DI KLINIK DOKTER KELUARGA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2006-2008**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran**

**MIFTA NURINDAH
0105007136**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
JAKARTA
JUNI 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Mifta Nurindah

NPM : 0105007136

Tanda Tangan : 

Tanggal : 13 Juni 2009

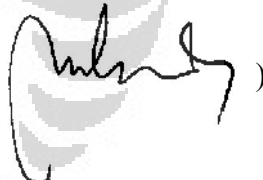
HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Mifta Nurindah
NPM : 0105007136
Program Studi : Pendidikan Dokter
Judul Skripsi : Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga dengan Penyakit Non Infeksi di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Tahun 2006 – 2008

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran pada Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Retno Asti Werdhani, M.Epid. ()

Penguji : Dr. Nurhadi Ibrahim, Ph.D ()

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 13 Juni 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penyusunan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Retno Asti Werdhani, M.Epid., selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi ini;
2. Tim Modul Riset Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia periode 2008-2009 yang senantiasa memberi petunjuk dalam penyelesaian skripsi ini;
3. Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang telah membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
4. Orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan dukungan baik material maupun moral;
5. Era Renjana Diskamara, Rizky Andriani, Tulus Widiyanto, dan Windya Rahmawati yang senantiasa memberikan motivasi dan dukungan dalam penyelesaian skripsi ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 13 Juni 2009

Mifta Nurindah

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mifta Nurindah
NPM : 0105007136
Program Studi : Pendidikan Dokter
Fakultas : Kedokteran
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga dengan Penyakit Non Infeksi di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Tahun 2006 – 2008”

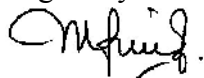
Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 13 Juni 2009

Yang menyatakan,



(Mifta Nurindah)

ABSTRAK

Nama : Mifta Nurindah
Program Studi : Pendidikan Dokter
Judul : Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga dengan Penyakit Non Infeksi di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Tahun 2006 – 2008

Penelitian ini membahas pergeseran trend penyakit penyebab mortalitas utama dari penyakit infeksi menjadi penyakit non infeksi dan peran keluarga terhadap prevalensi penyakit non infeksi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik demografis, profil keluarga, dan penyakit non infeksi di KDK FKUI tahun 2006-2008, serta hubungannya. Metode yang digunakan adalah potong lintang dengan 103 sampel data sekunder dari laporan studi kasus mahasiswa. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sepuluh pola penyakit non infeksi terbanyak adalah hipertensi derajat II, diabetes melitus tipe 2, gizi kurang, obesitas derajat I, hipertensi derajat I, alergi, penyakit saluran cerna non infeksi, katarak, penyakit muskuloskeletal, dan obesitas derajat II. Penelitian ini menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik demografis dan profil keluarga dengan penyakit non infeksi di KDK FKUI tahun 2006 – 2008.

Kata kunci:

Penyakit non infeksi, karakteristik demografis, profil keluarga

ABSTRACT

Name : Mifta Nurindah
Study Programme : General Medicine
Title : The Relationship of Demographic Characteristics and Family Profiles with Non Infectious Diseases in Clinic of Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Indonesia 2006-2008

This study discusses about trend of disease's shift from infectious diseases to non infectious diseases and role of family to non infectious diseases' prevalence. The purpose of this study is to understand about demographic characteristics, family profiles, non infectious diseases in Clinic of Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Indonesia, and their relationships. This study is conducted by using cross sectional method with 103 secondary datas from case study report. Result shows that the top ten non infectious diseases are stage II hypertension, type 2 diabetes melitus, malnutrition, grade I obesity, stage I hypertension, allergy, non infection gastrointestinal diseases, cataract, musculoskeletal diseases, and grade II obesity. This study concludes that there are significant association between patient's demographic characteristics and family profiles with non infectious diseases in Clinic of Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Indonesia 2006-2008.

Key words:

Non infectious diseases, demographic characteristics, family profiles

DAFTAR ISI

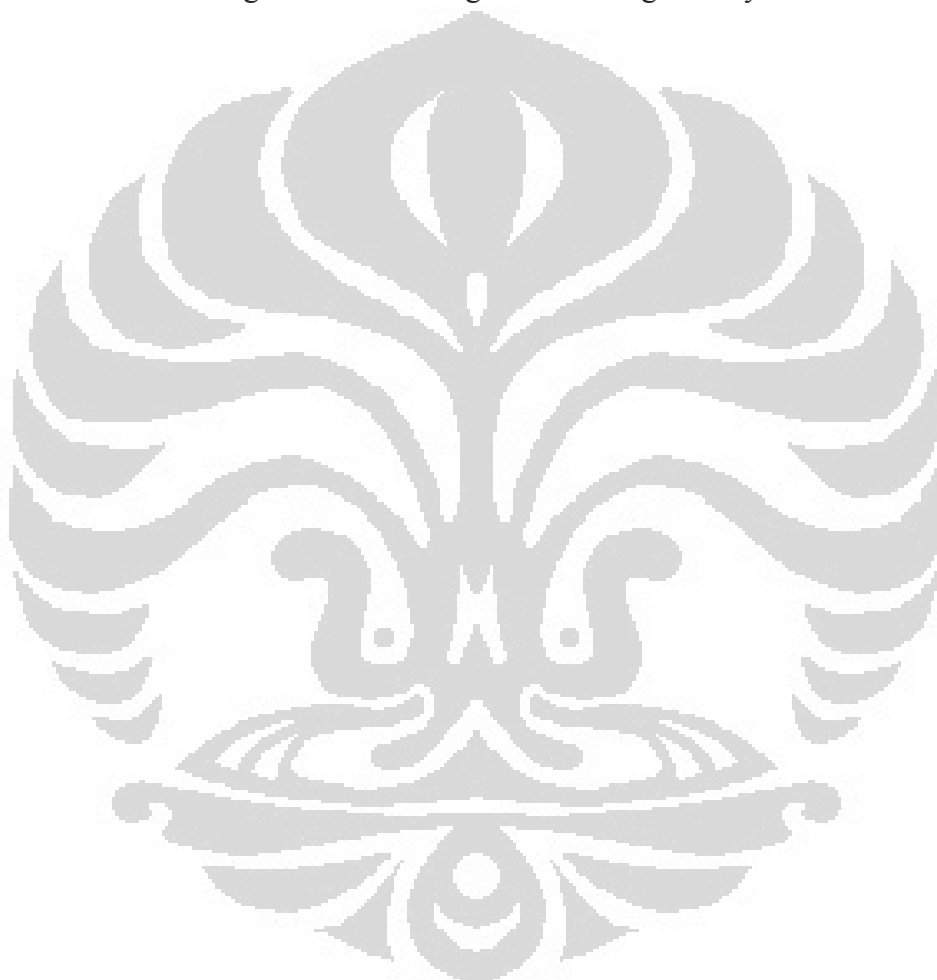
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR.....	v
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	2
1.3. Hipotesis.....	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1. Tujuan Umum.....	3
1.3.2. Tujuan Khusus.....	3
1.4. Manfaat Penelitian.....	3
1.4.1. Manfaat bagi Dokter.....	3
1.4.2. Manfaat bagi Pasien.....	3
1.4.3. Manfaat bagi Profesi Dokter Keluarga.....	4
1.4.4. Manfaat bagi Masyarakat.....	4
1.4.5. Manfaat bagi Kalangan Medis.....	4
1.4.6. Manfaat bagi Penulis.....	4
1.4.7. Manfaat bagi Perguruan Tinggi.....	4
2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1. Kesehatan.....	6
2.2. Demografis Masyarakat Indonesia.....	7
2.3. Keluarga.....	10
2.4. Pelayanan Kedokteran Keluarga.....	15
2.5. Penyakit Non Infeksi.....	15
2.6. Kerangka Konsep.....	18
3. METODE PENELITIAN	19
3.1. Desain Penelitian.....	19
3.2. Tempat dan Waktu.....	19
3.3. Populasi dan Sampel.....	19
3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	19
3.5. Besar Sampel.....	19
3.6. Bahan dan Cara Kerja.....	20
3.7. Identifikasi Variabel.....	20
3.8. Manajemen dan Analisis Data.....	20
3.9. Definisi Operasional.....	21

4. HASIL	26
4.1. Karakteristik Demografis Pasien KDK FKUI 2006-2008.....	26
4.2. Profil Keluarga Pasien KDK FKUI 2006-2008.....	27
4.3. Pola Penyakit Non Infeksi Pasien KDK FKUI 2006-2008	28
4.4. Hubungan antara Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga Pasien dengan 10 (Sepuluh) Penyakit Non Infeksi Terbanyak	29
4.4.1. Hipertensi derajat I.....	30
4.4.2. Hipertensi derajat II	32
4.4.3. Obesitas derajat I.....	36
4.4.4. Obesitas derajat II	38
4.4.5. Diabetes Melitus tipe 2	41
4.4.6. Gizi Kurang.....	45
4.4.7. Alergi	48
4.4.8. Penyakit Saluran Cerna Non Infeksi.....	51
4.4.9. Katarak.....	54
4.4.10. Penyakit Muskuloskeletal	57
5. PEMBAHASAN	60
5.1. Kelebihan dan Kekurangan Penelitian.....	60
5.2. Karakteristik Demografis Pasien	60
5.3. Profil Keluarga Pasien	61
5.4. Pola Penyakit Non Infeksi.....	63
5.5. Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga dengan Penyakit Non Infeksi.....	64
5.5.1. Hipertensi	64
5.5.2. Obesitas	66
5.5.3. Diabetes Melitus Tipe 2	69
5.5.4. Gizi Kurang.....	71
5.5.5. Alergi.....	73
5.5.6. Penyakit Saluran Cerna Non Infeksi.....	74
5.5.7. Katarak	75
5.5.8. Penyakit Muskuloskeletal	76
6. KESIMPULAN DAN SARAN	78
6.1. Kesimpulan.....	78
6.2. Saran	79
DAFTAR PUSTAKA.....	80

DAFTAR TABEL

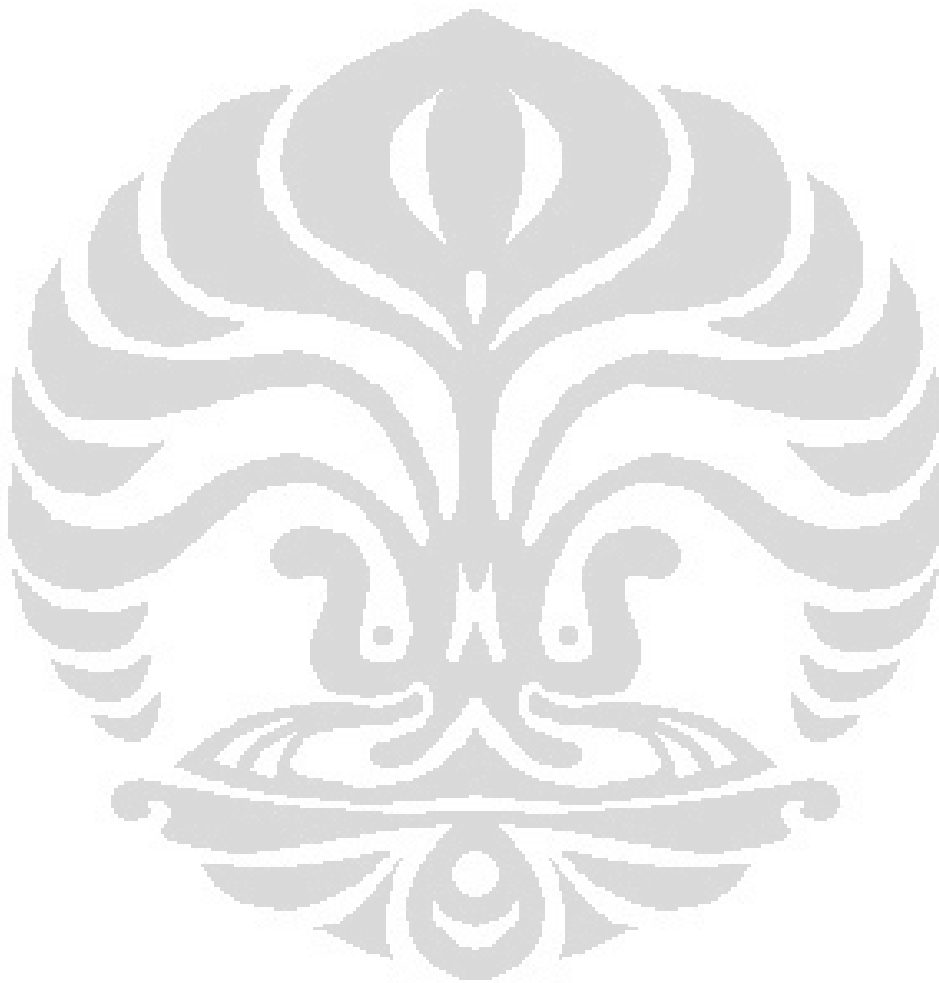
Tabel 3.1.	Definisi Operasional Pola Penyakit	21
Tabel 3.2.	Definisi Operasional Jenis Penyakit.....	23
Tabel 3.3.	Definisi Operasional Karakter Demografis.....	24
Tabel 3.4.	Definisi Operasional Profil Keluarga.....	25
Tabel 4.1.	Sebaran menurut Karakteristik Demografis Pasien	27
Tabel 4.2.	Sebaran menurut Profil Keluarga Pasien	28
Tabel 4.3.	Sebaran menurut Penyakit Non Infeksi	29
Tabel 4.4.	Hubungan Karakteristik Demografis dengan Hipertensi derajat I.....	31
Tabel 4.5.	Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Hipertensi derajat I	32
Tabel 4.6.	Hubungan Karakteristik Demografis dengan Hipertensi derajat II.....	34
Tabel 4.7.	Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Hipertensi derajat II	35
Tabel 4.8.	Hubungan Karakteristik Demografis dengan Obesitas derajat I.....	36
Tabel 4.9.	Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Obesitas derajat I	37
Tabel 4.10.	Hubungan Karakteristik Demografis dengan Obesitas derajat II	39
Tabel 4.11.	Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Obesitas derajat II	40
Tabel 4.12.	Hubungan Karakteristik Demografis dengan Diabetes Melitus Tipe 2 .	43
Tabel 4.13.	Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2.....	43
Tabel 4.14.	Hubungan Karakteristik Demografis dengan Gizi Kurang.....	45
Tabel 4.15.	Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Gizi Kurang	46
Tabel 4.16.	Hubungan Karakteristik Demografis dengan Alergi	48
Tabel 4.17.	Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Alergi.....	49
Tabel 4.18.	Hubungan Karakteristik Demografis dengan Penyakit Saluran Cerna Non Infeksi	51

Tabel 4.19. Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Penyakit Saluran Cerna Non Infeksi.....	53
Tabel 4.20. Hubungan Karakteristik Demografis dengan Katarak	54
Tabel 4.21. Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Katarak.....	55
Tabel 4.22 Hubungan Karakteristik Demografis dengan Penyakit Muskuloskeletal	57
Tabel 4.23. Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Penyakit Muskuloskeletal...	58



DAFTAR GAMBAR

- Gambar 2.1. Proyeksi Angka Kematian di Negara dengan Pendapatan Rendah, Sedang, dan Tinggi..... 16
- Gambar 2.2. Perbandingan Penyebab Penyakit Kematian tahun 2004 dan 2030.... 17



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Dewasa ini, gambaran penyakit di dunia telah beralih dari penyakit infeksi ke penyakit non infeksi, dengan penyakit kronik seperti penyakit jantung dan stroke sebagai penyebab utama mortalitas secara global, berdasarkan laporan WHO yang terbaru. Pergeseran trend kesehatan ini mengindikasikan bahwa penyakit infeksi yang terbanyak – diare, HIV, tuberkulosis, infeksi neonatal, dan malaria, tidak akan menduduki peringkat teratas penyebab mortalitas global dua puluh tahun mendatang.¹

Penyakit non infeksi kronik dilaporkan menyumbang hampir 60% angka mortalitas secara global dan 80% kematian dari penyakit non infeksi ini terjadi di negara dengan pendapatan rendah dan menengah. Seperempat dari angka mortalitas tersebut, hampir 9 juta pada tahun 2005, adalah pasien laki-laki dan perempuan yang berusia <60 tahun. Penyakit non infeksi utama yaitu penyakit kardiovaskular (30%), kanker (13%), penyakit saluran napas kronik (7%), dan diabetes (2%). Kondisi ini disebabkan oleh beberapa faktor resiko perilaku, seperti diet tinggi lemak dan rendah sayur dan buah, inaktivitas fisik, merokok, dan konsumsi alkohol. Di negara dengan perekonomian rendah hingga menengah, faktor resiko ini terkonsentrasi di daerah urban seiring dengan meningkatnya urbanisasi.²

Keluarga memiliki asosiasi kuat dengan kesehatan dan penyakit seseorang melalui hubungan dan dinamika kehidupannya.³ Berbagai studi menunjukkan bahwa keluarga mempengaruhi kesehatan seseorang secara keseluruhan misalnya pada penderita stroke sedang hingga berat, dengan dukungan keluarga secara fisik, dan emosional terjadi pemulihan progresif yang lebih cepat secara fisik dan psikososial daripada yang tidak mendapatkan dukungan serupa dari keluarganya.^{4,5}

Dengan demikian sebelum memberikan rekomendasi kesehatan, seorang dokter harus melihat berbagai potensi dan hambatan yang akan dihadapi oleh pasien dan keluarganya.³ Melalui pelayanan komprehensif tersebut maka dokter penyelia jasa kesehatan telah dapat disebut sebagai dokter keluarga.⁶

Tugas dokter keluarga adalah berusaha mengatasi masalah kesehatan keluarga secara menyeluruh, antara lain:

- Melihat pola penyakit tertentu dalam keluarga terkait kebiasaan keluarga tersebut,
- Melihat pengaruh faktor sosial, ekonomi, dan pendidikan keluarga terhadap perilaku kesehatannya.⁷

Di beberapa negara Eropa, sistem kedokteran dengan pendekatan keluarga telah diterapkan dan terbukti lebih mampu mengurangi beban biaya kesehatan nasional daripada sistem dokter klinik yang ada di Amerika Serikat. Negara yang telah berhasil menggunakan sistem dokter keluarga ini memiliki kebijakan, komitmen, prioritas kesehatan, dan tenaga kesehatan yang sama potensialnya dengan Amerika Serikat yang menunjukkan keunggulan sistem dokter keluarga yang bersifat preventif daripada sistem dokter klinik yang bersifat kuratif.⁸

Melihat berbagai masalah kesehatan nasional seperti transisi penyakit penyebab kematian, kekurangan anggaran kesehatan nasional, dan pembiayaan kesehatan sosial yang belum terkoordinasi secara nasional maka sistem ini layak menjadi salah satu alternatif pemecahan masalah yang tepat.⁹ Walaupun demikian, tetap diperlukan pembuktian dari pendekatan kedokteran keluarga dalam tingkat komprehensifnya mendalami kondisi pasien dan keluarga, efektivitas layanan kesehatan berlandaskan upaya preventif, dan kemampuannya mengupayakan lingkungan hidup yang sehat.

Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu upaya menunjukkan keunggulan pelayanan kedokteran dengan pendekatan keluarga khususnya dari segi pendalaman kondisi pasien dan keluarga secara komprehensif.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka didapatkan beberapa pertanyaan penelitian, yaitu:

1. Apakah terdapat hubungan antara karakteristik demografis dengan pola penyakit non infeksi?
2. Apakah terdapat hubungan antara profil keluarga dengan pola penyakit non infeksi?

1.3. Hipotesis

1. Terdapat hubungan antara karakteristik demografis dengan penyakit non infeksi.
2. Terdapat hubungan antara profil keluarga dengan penyakit non infeksi.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum Penelitian

Mengetahui hubungan antara karakteristik demografis dan profil keluarga dengan penyakit non infeksi.

1.4.2. Tujuan Khusus Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui:

1. Karakteristik demografis pasien Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2006-2008;
2. Profil keluarga pasien Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2006-2008;
3. Pola penyakit non infeksi di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2006-2008;
4. Hubungan antara karakter demografis dan profil keluarga dengan penyakit non infeksi di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2006-2008.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi dokter sebagai penyelenggara pelayanan dokter keluarga

Semakin meningkatnya pemahaman dokter tentang pasien yang ditangani serta pengetahuan dokter tentang hasil dari tindakan medik yang dilakukan.

1.5.2. Bagi pasien sebagai pemakai jasa pelayanan dokter keluarga

Semakin meningkatnya efektivitas dan efisiensi pelayanan dokter keluarga yang diselenggarakan oleh dokter keluarga.

1.5.3. Bagi profesi dokter keluarga

Semakin bertambahnya wawasan ilmu dan teknologi dokter keluarga, sehingga pelayanan dokter keluarga akan dapat lebih dikembangkan.

1.5.4. Bagi masyarakat

1. Memberikan gambaran pada masyarakat tentang peran keluarga dalam upaya preventif sebuah penyakit;
2. Mengoptimalkan peran anggota keluarga sebagai pelaku rawat anggota keluarga lain yang sakit;
3. Memberikan gambaran berbagai faktor risiko yang berpengaruh terhadap kesehatan keluarga.

1.5.5. Bagi kalangan medis

1. Menambah pengetahuan di bidang kedokteran komunitas mengenai berbagai faktor terkait masalah kesehatan keluarga;
2. Menegaskan pentingnya peran dokter keluarga terhadap peningkatan kualitas kesehatan keluarga;
3. Meningkatkan kemampuan dokter dalam mendiagnosis pasien secara holistik.

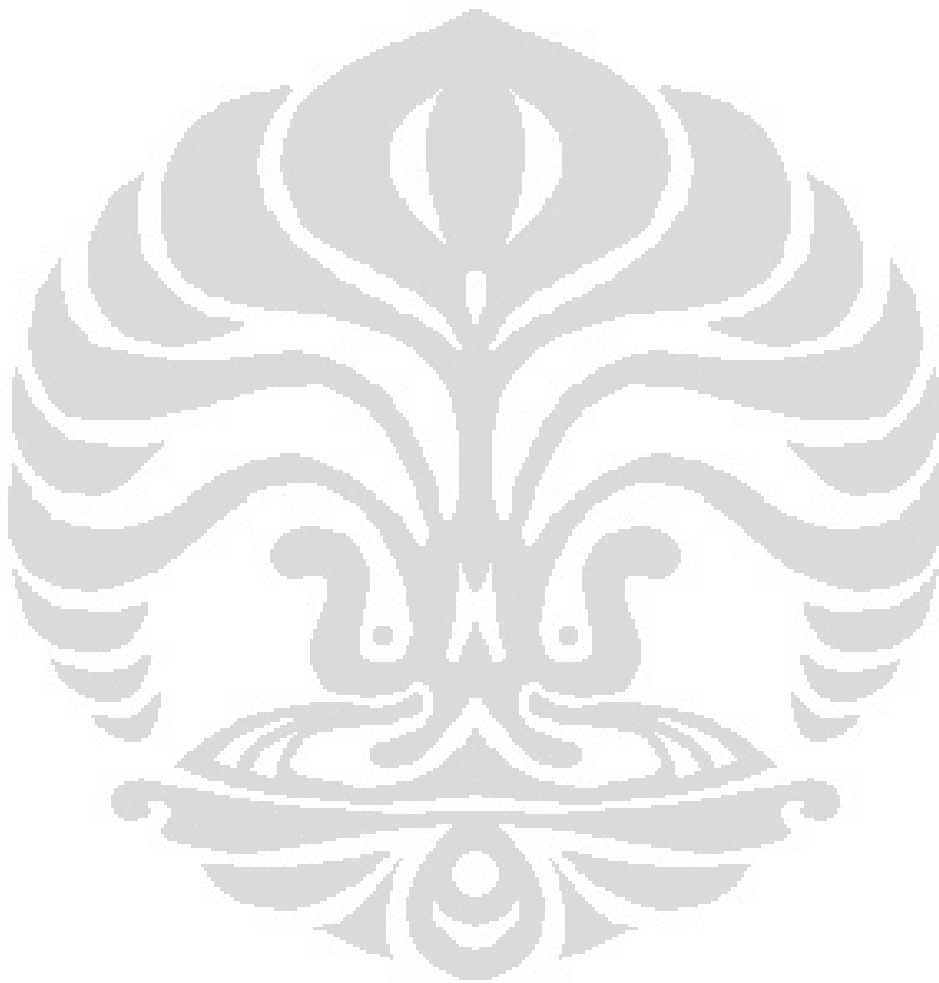
1.5.6. Bagi penulis

1. Meningkatkan kemampuan penulis dalam memahami langkah-langkah penelitian yang meliputi pembuatan proposal, proses penelitian, dan pembuatan laporan penelitian;
2. Menambah wawasan penulis mengenai masalah kesehatan masyarakat serta hubungan interaksi keluarga dalam menghadapinya;
3. Menambah pengetahuan penulis tentang karakteristik dokter keluarga yang baik dan mampu meningkatkan perilaku kesehatan keluarga;

1.5.7. Bagi perguruan tinggi

1. Pengamalan tridarma perguruan tinggi sebagai lembaga penyelenggara pendidikan, penelitian dan pengabdian bagi masyarakat;

2. Sebagai sumbangan dalam mengkaji berbagai masalah kesehatan keluarga untuk kegiatan akademis dan penelitian selanjutnya;
3. Meningkatkan hubungan kerjasama dan saling pengertian antara pendidik dan mahasiswa;
4. Meningkatkan kualitas penelitian perguruan tinggi dalam rangka menyukseskan pencapaian visi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI) terkemuka 2010.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kesehatan

2.1.1. Definisi Sehat

Terdapat beberapa definisi sehat, antara lain:

- Menurut Undang-Undang No.23 Tahun 1992, yang dimaksud dengan sehat ialah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis;
- Menurut *WHO* tahun 1947, sehat adalah keadaan sejahtera, sempurna dari fisik, mental, dan sosial yang tidak terbatas hanya pada bebas dari penyakit atau kelemahan saja;
- Menurut *While* tahun 1977, kesehatan adalah keadaan dimana seseorang pada waktu diperiksa oleh ahlinya tidak mempunyai keluhan ataupun tidak terdapat tanda-tanda suatu penyakit atau kelainan.⁶

Sehat diwujudkan dengan berbagai upaya, salah satunya adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pengertian pelayanan kesehatan di sini adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara tersendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, ataupun masyarakat.⁶

Secara umum pelayanan kesehatan dapat dibedakan menjadi dua macam yaitu pelayanan kesehatan personal (*personal health services*) atau sering disebut sebagai pelayanan kedokteran (*medical services*) dan pelayanan kesehatan lingkungan (*environmental health services*) atau sering disebut sebagai pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*). Sasaran utama pelayanan kedokteran adalah perorangan dan keluarga. Sedangkan sasaran utama pelayanan kesehatan masyarakat adalah kelompok dan masyarakat.¹⁰

Menurut *Leavel* dan *Clark* (1953), jika pelayanan kesehatan tersebut terutama ditujukan untuk menyembuhkan penyakit (*curative*) dan memulihkan kesehatan (*rehabilitative*) maka disebut dengan nama pelayanan kedokteran. Sedangkan jika pelayanan kesehatan tersebut terutama ditujukan untuk

meningkatkan kesehatan (*promotive*) dan mencegah penyakit (*preventive*) maka disebut dengan nama pelayanan kesehatan masyarakat.¹⁰

2.2. Demografis Masyarakat Indonesia

Berdasarkan survei nasional tahun 2005 jumlah penduduk Indonesia diperkirakan berjumlah 218 juta orang dengan kepadatan utama di pulau Jawa.⁹

Komposisi penduduk Indonesia berdasarkan kelompok umur menunjukkan proporsi penduduk berusia muda (0-14 tahun) sebesar 29,04%, usia produktif (15-64 tahun) sebesar 66,31%, dan berusia tua (≥ 65 tahun) sebesar 4,65%.⁹

Jumlah penduduk laki-laki dan perempuan relatif seimbang dengan rasio jenis kelamin sekitar 101,11. Proporsi penduduk laki-laki dan perempuan terbanyak berada pada usia 15-19 tahun dan 50-64.⁹

Kondisi pendidikan penduduk berdasarkan survei nasional yang sama adalah persentase penduduk berusia di atas 10 tahun yang belum/tidak sekolah adalah 7,82%, sedangkan yang masih bersekolah sebesar 19,24%, terdiri atas 8,05% bersekolah di SD/MI, 6,02% di SLTP/MTs, 3,75% di SMU/SMK, dan 1,42% di Akademi/Universitas. Selebihnya, 72,94% sudah tidak bersekolah lagi. Secara nasional persentase penduduk berumur 10 tahun ke atas yang tidak/belum pernah sekolah di perdesaan (10,63%) lebih tinggi daripada yang tinggal di perkotaan (4,31%). Untuk jenjang pendidikan SD partisipasi perempuan lebih besar daripada laki-laki, namun jenjang pendidikan SMP dan SMU menunjukkan laki-laki lebih banyak berpartisipasi.⁹

Survei angkatan kerja nasional menunjukkan angka pengangguran tertinggi ada di pulau Jawa. Dari sekitar 64 juta angkatan kerja (penduduk pada usia kerja yang bekerja, sedang tidak bekerja sementara dan penganggur) pada tahun 2007 sejumlah 10,6% merupakan pengangguran.⁹

2.2.1. Pengaruh Karakteristik Demografis terhadap Kesehatan

Terdapat beberapa karakteristik demografis yang akan dibahas di penelitian ini yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan status pernikahan.

Karakteristik demografis yang pertama adalah usia. Berdasarkan studi penelitian di Departemen Kesehatan New Mexico di Amerika, usia adalah suatu faktor dalam suatu populasi yang berkaitan dengan beberapa pengukuran kesehatan, termasuk di antaranya adalah prevalensi penyakit kronik, kebutuhan akan keluarga berencana (*family planning*), dan pelayanan imunisasi.¹¹ Populasi dengan usia yang lebih muda, akan tampak lebih sehat dibandingkan dengan populasi yang lebih tua apabila dilihat dari angka kematian dan angka perawatan di rumah sakit pada studi penelitian yang sama.¹¹ Selain itu, berdasarkan studi penelitian yang banyak dilakukan, angka-angka morbiditas maupun mortalitas di dalam hampir semua kasus menunjukkan hubungan dengan umur.¹²

Karakteristik demografis kedua adalah jenis kelamin. Angka-angka penelitian di luar negeri menunjukkan bahwa angka morbiditas lebih tinggi di kalangan perempuan sedangkan angka mortalitas lebih tinggi di kalangan laki-laki pada semua golongan umur. Namun, di Indonesia, hal ini masih perlu dipelajari lebih lanjut. Perbedaan ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor-faktor intrinsik, seperti faktor keturunan yang terkait dengan jenis kelamin atau perbedaan hormonal dan peran faktor lingkungan (pria lebih banyak merokok, minum minuman keras, candu, bekerja berat, berhadapan dengan pekerjaan-pekerjaan berbahaya, dan lainnya).¹²

Karakteristik demografis yang ketiga adalah status pernikahan. Dari penelitian telah ditunjukkan bahwa terdapat hubungan antara angka morbiditas maupun mortalitas karena penyakit-penyakit tertentu dengan status menikah, tidak menikah, cerai, dan janda/duda. Namun hal ini masih perlu dipelajari lebih lanjut di Indonesia.¹²

Selanjutnya adalah tingkat pendidikan. Pendidikan merupakan salah satu indikator penting kesehatan di mana tingkat pendidikan yang baik mengacu pada status kesehatan yang baik dalam beberapa cara. Pertama, makin tinggi pendidikan yang dicapai seseorang, makin banyak uang yang mereka hasilkan, akan membuat mereka mampu mengusahakan tempat tinggal yang baik di lingkungan yang lebih aman, makanan yang lebih sehat, pelayanan kesehatan, dan asuransi kesehatan yang lebih baik serta edukasi yang lebih baik dibandingkan orang dengan pendidikan yang lebih rendah. Masing-masing dari faktor-faktor ini

berkaitan dengan status kesehatan yang lebih baik. Kedua, pendidikan memfasilitasi perilaku/gaya hidup yang lebih baik dengan menawarkan akses informasi kesehatan dan peralatan untuk mendapatkan bantuan dan narasumber yang tepat, seperti program pemberhentian merokok. Ketiga, pendidikan membantu orang-orang mendapatkan dukungan sosial, memperkuat jaringan sosial dan mengurangi stressor sosial. Makin tinggi edukasi seseorang, maka makin banyak dukungan sosial yang mereka dapat. Pendidikan membantu orang untuk mendapatkan sensasi kontrol akan kehidupan mereka, dimana hasilnya akan berkaitan dengan status kesehatan yang lebih baik.¹¹

Terakhir, yaitu pekerjaan, dapat berperan dalam timbulnya penyakit melalui beberapa jalan, yaitu:

1. adanya faktor-faktor lingkungan yang langsung dapat menimbulkan penyakit seperti bahan-bahan kimia, gas beracun, radiasi, dan benda-benda fisik yang dapat menimbulkan kecelakaan dan sebagainya,
2. situasi pekerjaan yang penuh dengan stress (yang telah dikenal sebagai faktor yang berperan pada timbulnya hipertensi dan ulkus lambung),
3. ada tidaknya aktivitas fisik di dalam pekerjaan. Di Amerika Serikat ditunjukkan bahwa penyakit jantung koroner sering ditemukan di kalangan mereka yang mempunyai pekerjaan dengan aktivitas fisik yang kurang,
4. karena berkumpul dalam satu tempat yang relatif sempit maka dapat terjadi proses penularan penyakit antara para pekerja,
5. penyakit karena cacing tambang telah lama diketahui terkait dengan pekerjaan di tambang.¹¹

Pekerjaan merupakan salah satu indikator penting untuk mengetahui status kesehatan individu ataupun keluarganya. Secara kasar, dengan melihat pekerjaan yang dilakukan oleh anggota keluarga tersebut, dapat diperkirakan apakah individu atau keluarganya mendapatkan pendapatan yang cukup atau tidak. Pendapatan keluarga sangatlah berkaitan dengan status kesehatan seluruh anggota keluarga dimana mereka yang hidup dalam atau mendekati tingkat kemiskinan cenderung memiliki status kesehatan yang lebih buruk. Sebagian dikarenakan mereka tidak selalu dapat mengusahakan pelayanan kesehatan. Status kesehatan

juga bergantung pada terpenuhinya kebutuhan keluarga akan tempat tinggal dan nutrisi yang baik.¹¹

2.3. Keluarga

2.3.1. Definisi Keluarga¹⁰

Beberapa definisi keluarga yang sering dipakai antara lain:

1. Undang-Undang No.10 Tahun 1992 mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil masyarakat yang terdiri dari suami isteri, atau suami isteri dan anaknya, atau ayah dengan anaknya, atau ibu dengan anaknya;
2. Menurut *Tinkham* dan *Voorlies* keluarga adalah persekutuan dua atau lebih individu yang terikat oleh darah, perkawinan, atau adopsi yang membentuk satu rumah tangga, berhubungan dalam peraturan keluarga, serta menciptakan dan memelihara budaya yang sama;
3. *Friedman* mendefinisikan keluarga sebagai kumpulan dua atau lebih manusia yang satu sama lain yang terlibat secara emosional, bertempat tinggal dalam satu daerah berdekatan;
4. *Goldenberg* mendefinisikan keluarga tidak hanya sebagai sekumpulan kumpulan individu yang bertempat tinggal dalam satu ruang fisik dan psikis yang sama saja, tetapi merupakan sistem sosial alamiah yang memiliki kekayaan bersama, mematuhi peraturan, peranan, struktur kekuasaan, bentuk komunikasi, tatacara negosiasi, serta tatacara penyelesaian masalah bersama, yang memungkinkan pelbagai tugas dapat dilaksanakan secara efektif.

2.3.2. Bentuk Keluarga¹⁰

Ada berbagai macam bentuk keluarga, *Goldenberg*(1980) membedakan bentuk keluarga menjadi sembilan macam, yaitu:

1. Keluarga inti (*nuclear family*)

Keluarga yang terdiri dari suami, istri, serta anak-anak kandung.

2. Keluarga besar (*extended family*)

Keluarga yang disamping terdiri dari suami, istri dan anak-anak kandung, juga sanak saudara lainnya, baik menurut garis vertikal (ibu, bapak, kakek, nenek,

menantu, cucu, cicit), maupun menurut garis horizontal (kakak, adik, ipar) yang berasal dari pihak suami atau pihak isteri.

3. Keluarga campuran (*blended family*)

Keluarga yang terdiri dari suami, istri, anak-anak kandung, serta anak-anak tiri.

4. Keluarga menurut hukum umum (*common law family*)

Keluarga yang terdiri dari pria dan wanita yang tidak terikat dalam perkawinan sah serta anak-anak mereka yang tinggal bersama.

5. Keluarga orang tua tunggal (*single parent family*)

Keluarga yang terdiri dari pria atau wanita, mungkin karena bercerai, berpisah, ditinggal mati atau mungkin tidak pernah menikah, serta anak-anak mereka tinggal bersama.

6. Keluarga hidup bersama (*commune family*)

Keluarga yang terdiri dari pria, wanita dan anak-anak yang tinggal bersama, berbagi hak dan tanggung jawab serta memiliki kekayaan bersama.

7. Keluarga serial (*serial family*)

Keluarga yang terdiri dari pria dan wanita yang telah menikah dan mungkin telah punya anak, tetapi kemudian bercerai dan masing-masing menikah lagi serta memiliki anak-anak dengan pasangan masing-masing, tetapi semuanya menganggap sebagai satu keluarga.

8. Keluarga gabungan/komposit (*composite family*)

Keluarga terdiri dari suami dengan beberapa istri dan anak-anaknya (poliandri) atau istri dengan beberapa suami dan anak-anaknya (poligini) yang hidup bersama.

9. Keluarga tinggal bersama (*cohabitation family*)

Keluarga yang terdiri dari pria dan wanita yang hidup bersama tanpa ada ikatan perkawinan yang sah.

2.3.3. Fungsi Keluarga¹⁰

Friedman (1981) mengemukakan enam macam fungsi keluarga, yaitu:

1. Fungsi afektif (*affective function*)

Fungsi keluarga dalam pembentukan kepribadian anak, pematapan kepribadian orang dewasa, serta pemenuhan kebutuhan psikologis para anggota keluarga.

2. Fungsi sosialisasi (*socialization and social placement function*)

Fungsi keluarga mempersiapkan anak-anak sehingga dapat menjadi anggota masyarakat yang produktif dalam masyarakatnya.

3. Fungsi reproduksi (*reproduction function*)

Fungsi menjaga kelangsungan garis keturunan dan/atau menambah anggota keluarga yang kelak akan menjadi anggota masyarakat.

4. Fungsi mengatasi masalah keluarga (*family coping function*)

Fungsi keluarga memelihara peraturan dan keamanan keluarga pada waktu berinteraksi dengan lingkungan dalam dan/atau lingkungan luar keluarga.

5. Fungsi ekonomi (*economic function*)

Fungsi keluarga menyediakan sumber ekonomi secara cukup serta mengatur pemakaiannya secara efektif.

6. Fungsi pemenuhan kebutuhan fisik (*provision of physical necessity*)

Fungsi keluarga memenuhi kebutuhan makanan, pakaian, perumahan, dan/atau kesehatan.

2.3.4. Siklus Kehidupan Keluarga (*Family Life Circle*)¹⁰

Duvall (1967) mengklasifikasikan siklus kehidupan keluarga menjadi delapan tahap, yaitu:

1. Tahap awal perkawinan (*newly married*)

Suatu pasangan baru saja kawin dan belum mempunyai anak.

2. Tahap keluarga dengan bayi (*birth of the first child*)

Keluarga tersebut telah mempunyai bayi, dapat satu atau dua orang.

3. Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah (*family with pre-school children*)

Keluarga tersebut telah mempunyai anak dengan usia prasekolah (30 bulan sampai 6 tahun).

4. Tahap keluarga dengan anak usia sekolah (*family with children in school*)

Keluarga tersebut telah mempunyai anak dengan usia sekolah (6-13 tahun).

5. Tahap keluarga dengan anak usia remaja (*family with teenagers*)

Keluarga tersebut telah mempunyai anak dengan usia remaja (13-20 tahun).

6. Tahap keluarga dengan anak-anak yang meninggalkan keluarga (*family as launching centre*)

Satu persatu anak meninggalkan keluarga, dimulai oleh anak tertua dan diakhiri oleh anak terkecil.

7. Tahap orang tua usia menengah (*parent alone in middle years*)

Semua anak telah meninggalkan keluarga, tinggal suami istri usia menengah.

8. Tahap keluarga usia jompo (*aging family members*)

Suami istri telah berusia lanjut sampai dengan meninggal dunia.

2.3.5. Pengaruh Keluarga terhadap Kesehatan¹⁰

Keadaan keluarga secara keseluruhan memang mempunyai pengaruh yang amat besar terhadap kesehatan setiap anggota keluarga. Pengaruh tersebut dapat dilihat setidaknya pada lima hal, yaitu:

1. Penyakit keturunan

Apabila ditemukan kelainan tertentu pada faktor genetik keluarga seseorang dapat menderita penyakit genetik tertentu pula.

2. Perkembangan bayi dan anak

Meskipun keadaan fisik dan mental bayi atau anak mempunyai kemampuan mengatasi berbagai pengaruh lingkungan, namun jika bayi tersebut dibesarkan dalam lingkungan keluarga dengan fungsi yang tidak sehat, maka perkembangan bayi atau anak tersebut akan terganggu, baik fisik maupun perilaku.

3. Penyebaran penyakit

Apabila di lingkungan keluarga terdapat penderita penyakit infeksi, maka tidak sulit diperkirakan bahwa anggota keluarga yang lain akan mudah terserang penyakit tersebut.

4. Pola penyakit dan kematian

Seorang yang hidup membujang atau bercerai cenderung memperlihatkan angka penyakit dan kematian yang lebih tinggi daripada mereka yang berkeluarga.

5. Proses penyembuhan penyakit

Pless and Satterwhite membuktikan bahwa penyembuhan penyakit anak-anak yang menderita penyakit kronis jauh lebih baik pada keluarga dengan fungsi keluarga yang sehat daripada keluarga dengan fungsi keluarga yang sakit.

2.3.6. Pengaruh Kesehatan terhadap Keluarga¹⁰

Pengaruh kesehatan terhadap keluarga dapat dilihat pada bentuk, fungsi, dan ataupun siklus kehidupan keluarga.

1. Bentuk keluarga

Apabila kesehatan reproduksi seseorang terganggu, misalnya suami atau istri menderita kemandulan, tentu akan mempengaruhi bentuk keluarga. Keluarga yang terbentuk dari pasangan suami istri yang mandul tersebut adalah keluarga inti tanpa anak.

2. Fungsi keluarga

Pengaruh kesehatan terhadap fungsi keluarga banyak macamnya. Apabila kesehatan kepala keluarga terganggu dapat mengancam terganggunya berbagai fungsi keluarga terutama fungsi ekonomi. Sedangkan apabila kesehatan ibu rumah tangga yang terganggu dapat mengganggu fungsi afektif dan sosialisasi.

3. Siklus kehidupan keluarga

Apabila kesehatan reproduksi suami atau istri terganggu maka keluarga tersebut tidak akan mengalami siklus dengan anak-anak meninggalkan keluarga. Jika kesehatan suami atau istri sedemikian buruk, sehingga salah

satunya meninggal dunia, maka keluarga tersebut akan sangat cepat masuk dalam tahap lenyapnya keluarga (*phase of disappearance*).

2.4. Pelayanan Dokter Keluarga

Kedokteran keluarga adalah spesialisasi kedokteran yang menyediakan layanan kedokteran komprehensif dan kontinyu bagi individu dan keluarga. Penyelia kesehatan yang berperan dalam pelayanan dokter keluarga adalah dokter keluarga yaitu dokter yang dididik dan dilatih ilmu kedokteran keluarga yang meliputi berbagai kelas kekhususan.¹³

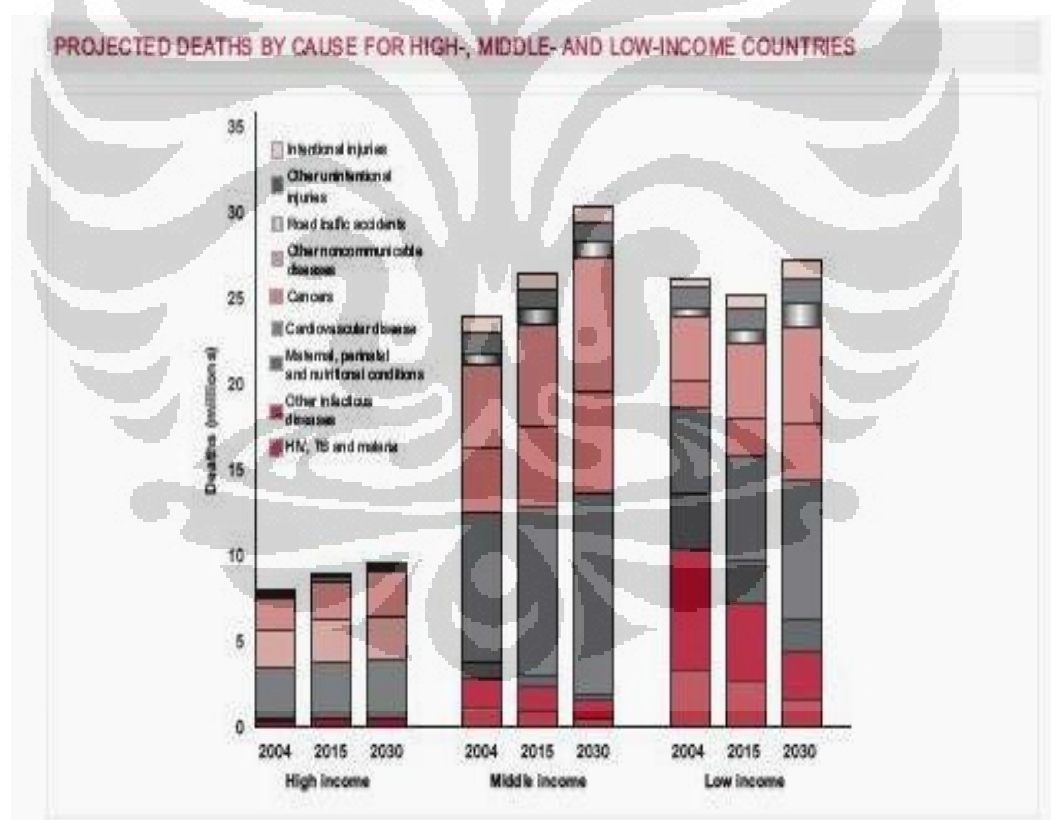
The World Organization of Family Doctors mendefinisikan dokter keluarga sebagai dokter yang tanggung jawab utamanya menyediakan pelayanan komprehensif kepada semua orang yang membutuhkan dan mengkoordinasikan penyelia kesehatan lain jika dibutuhkan. Dokter keluarga juga berfungsi sebagai dokter umum yang menerima siapapun yang membutuhkan tanpa terikat batasan klinis tertentu. Dengan demikian pelayanan dokter keluarga dapat diberikan oleh dokter praktik umum, dokter praktik bersama, klinik dokter keluarga, dan praktik dokter keluarga di rumah sakit.^{3,13}

Pelayanan dokter keluarga berusaha mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya yang diutamakan pada pencegahan penyakit melalui upaya promosi, proteksi spesifik, diagnosis dan pengobatan awal, limitasi disabilitas, serta rehabilitasi. Pada tiap tahapan tersebut pelayanan dokter keluarga memiliki beberapa keunggulan misalnya pelayanan berkualitas, efektivitas biaya pelayanan, dan pelayanan yang komprehensif.¹⁴

2.5. Penyakit Non Infeksi

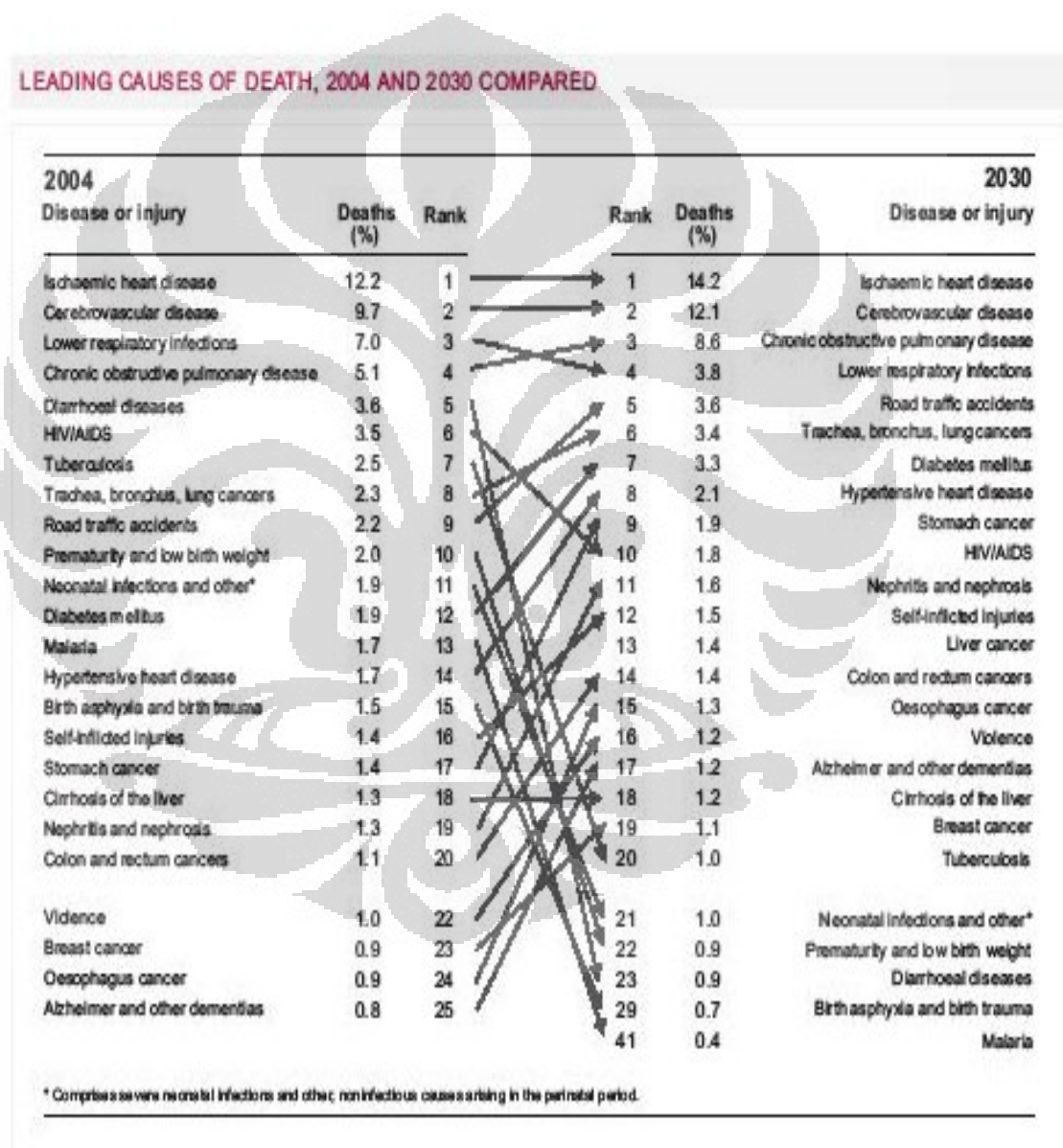
Berdasarkan laporan statistik WHO tahun 2008, dalam 25 tahun mendatang, angka mortalitas akibat penyakit tidak menular (*non communicable diseases*) pada populasi di negara-negara dengan pendapatan rendah hingga menengah akan meningkat secara signifikan seperti pada gambar 2.1. Secara global, angka mortalitas akibat kanker akan meningkat dari 7,4 juta pada tahun 2004 menjadi 11,8 juta pada tahun 2030 dan mortalitas akibat penyakit kardiovaskular akan meningkat dari 17,1 juta menjadi 23,4 juta pada periode yang

sama. Selain itu, mortalitas akibat kecelakaan lalu lintas akan meningkat dari 1,3 juta pada tahun 2004 menjadi 2,4 juta pada tahun 2030, akibat meningkatnya kepemilikan kendaraan bermotor yang berhubungan dengan perkembangan ekonomi di negara berpendapatan rendah dan sedang. Pada tahun 2030, angka mortalitas akibat kanker, penyakit kardiovaskular, dan kecelakaan secara total akan berjumlah 56% dari 67 juta angka perkiraan kematian dengan segala penyebab. Peningkatan ini diikuti oleh penurunan dalam jumlah besar angka mortalitas akibat penyakit menular, penyakit maternal, penyakit perinatal dan nutrisi, termasuk infeksi HIV, tuberkulosis, dan malaria. Namun, angka mortalitas di seluruh dunia akibat HIV/AIDS diperkirakan akan meningkat dari 2,2 juta pada tahun 2008 dan mencapai maksimal 2,4 juta pada 2012 sebelum menurun menjadi 1,2 juta pada tahun 2030.¹⁵



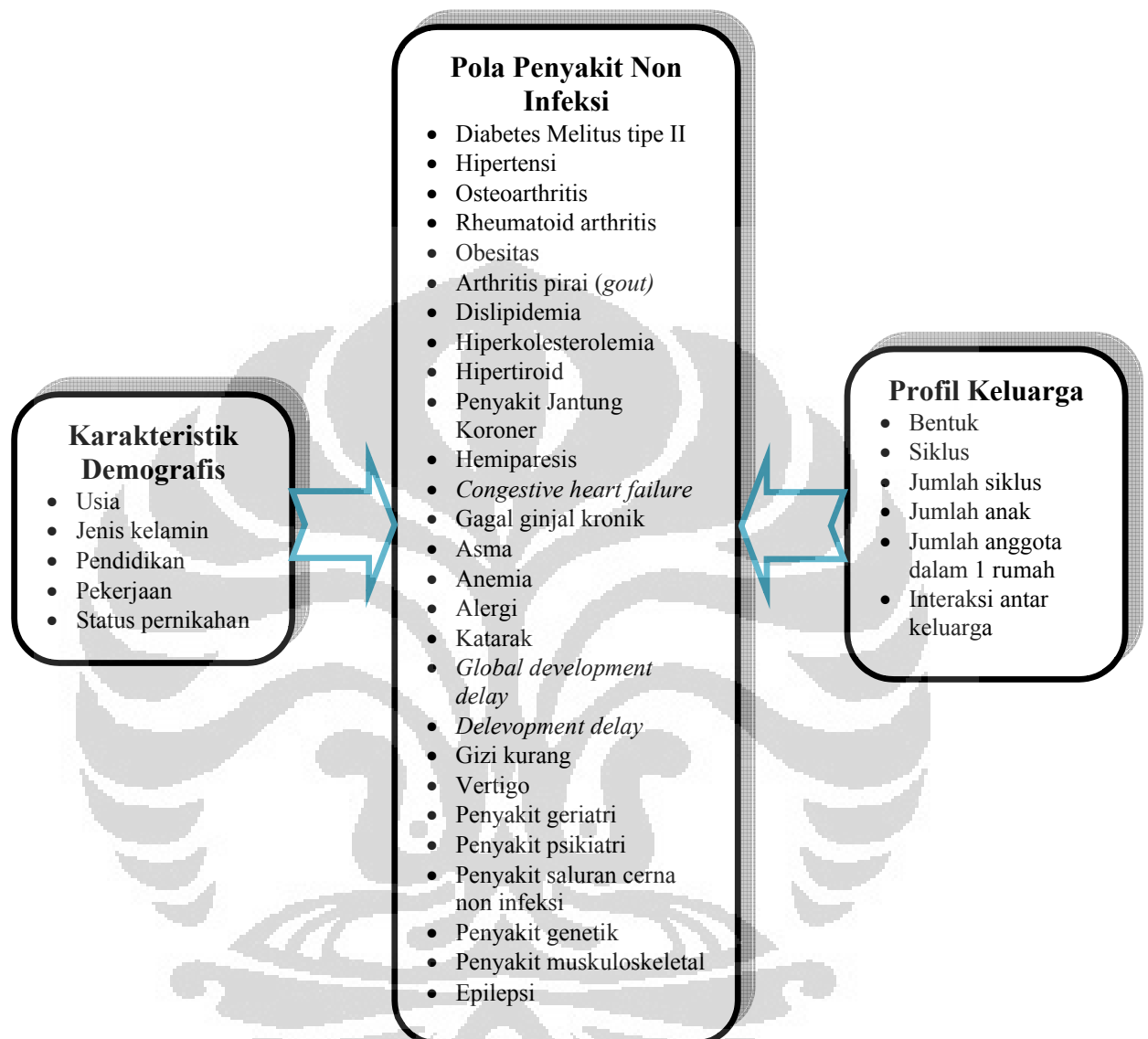
Gambar 2.1. Proyeksi Angka Kematian di Negara dengan Pendapatan Rendah, Sedang, dan Tinggi¹⁵

Pada gambar 2.2., diprediksi bahwa empat penyakit penyebab kematian utama di dunia pada tahun 2030 adalah penyakit jantung iskemik, penyakit serebrovaskular (stroke), penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), dan infeksi saluran napas bawah (terutama pneumonia). Peningkatan PPOK berkaitan dengan penggunaan tembakau. Walaupun kematian akibat HIV/AIDS diprediksi akan menurun pada tahun 2030, namun HIV/AIDS masih tetap termasuk dalam sepuluh besar penyebab kematian utama di dunia.¹⁵



Gambar 2.2. Perbandingan Penyakit Penyebab Kematian Tahun 2004 dan 2030¹⁵

2.6. Kerangka Konsep



BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain potong lintang (*cross sectional*) mengenai hubungan karakteristik demografis dan profil keluarga dengan penyakit non infeksi di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (KDK FKUI) tahun 2006-2008.

3.2. Tempat dan Waktu

Penelitian dilakukan dari bulan April 2008 hingga bulan Mei 2009 dengan menggunakan data sekunder dari laporan studi kasus mengenai keluarga binaan KDK FKUI tahun 2006 – 2008 di Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

3.3. Populasi dan Sampel

Populasi target adalah seluruh keluarga binaan KDK FKUI. Populasi terjangkau adalah keluarga binaan KDK FKUI yang datang ke KDK FKUI pada tahun 2006-2008. Sampel penelitian adalah laporan studi kasus keluarga binaan KDK FKUI tahun 2006-2008 yang tersaring melalui kriteria inklusi dan eksklusi.

3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.4.1. Kriteria Inklusi

Data pasien dan keluarga diambil antara bulan Maret 2006 hingga Mei 2008.

3.4.2. Kriteria Eksklusi

Data pasien yang tidak lengkap.

3.5. Besar Sampel

Jumlah sampel ditentukan dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{(Z\alpha)^2 PQ}{d^2}$$

Keterangan:

- n : Jumlah sampel
 Z α : Devian baku (1,96 dengan interval kepercayaan 95%)
 P : Prevalensi penyakit (0,5)
 Q : 1 – P (0,5)
 d : Penyimpangan, diambil nilai 0,1

Dari rumus tersebut didapatkan jumlah sampel 96 buah (minimal). Dari jumlah sampel yang dihitung dengan rumus tersebut, ditambahkan 10% untuk menghindari kekurangan data analisis karena ketidaklengkapan data. Sehingga total jumlah sampel minimal adalah 106 buah.

3.6. Bahan dan Cara Kerja

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang didapatkan dari laporan studi kasus Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas FKUI pada tahun 2006-2008. Setelah itu, dilakukan penyederhanaan data dari laporan studi kasus menjadi data kuisisioner dengan variabel-variabel yang telah ditentukan. Kemudian dilakukan pembersihan dan pengolahan data melalui program SPSS.

3.7. Identifikasi Variabel

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik demografis dan profil keluarga. Sedangkan variabel terikat adalah pola penyakit non infeksi di KDK FKUI tahun 2006-2008.

Dalam menentukan variabel bebas penulis menggunakan skala kategorik dan skala kontinyu. Untuk mengukur variabel terikat penulis menggunakan skala kategorik.

3.8. Manajemen dan Analisis Data

Data diolah dengan menggunakan program statistik SPSS 13.0. Dilakukan analisis univariat untuk melihat distribusi frekuensi masing-masing variabel.

Kemudian dilakukan analisis bivariat dengan uji *Chi-square* untuk melihat hubungan antar variabel. *Chi-square* dilakukan semua nilai *expected cell* >5. Apabila persyaratan tersebut tidak dipenuhi, maka digunakan uji *Fisher*.

3.9. Definisi Operasional

3.9.1. Pola Penyakit

Tabel 3.1. Definisi Operasional Pola Penyakit

No.	Pola Penyakit	Definisi	Nilai Ukur
1.	Diabetes Melitus tipe II	Kelainan metabolik didapat yang meliputi berbagai sindrom akibat hiperglikemia. ¹⁶	0 = Tidak 1 = Ya
2.	Hipertensi	Tekanan darah sistolik rata-rata ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik rata-rata ≥ 90 mmHg melalui pengukuran tekanan darah berulang. ¹⁷	0 = Tidak 1 = Ya
3.	Osteoarthritis	Kelainan sendi kronis yang ditandai dengan kerusakan sendi dan pertumbuhan tulang abnormal dengan gejala pembengkakan sendi/jaringan lunak, nyeri sendi, dan krepitus. ¹⁸	0 = Tidak 1 = Ya
4.	Rheumatoid arthritis	Penyakit autoimun yang menyebabkan nyeri, pembengkakan, dan kekakuan sendi yang berakibat pada kerusakan dan kehilangan fungsi sendi tersebut. ¹⁹	0 = Tidak 1 = Ya
5.	Obesitas	Akumulasi lemak abnormal yang berisiko mengancam kesehatan seseorang. ²⁰	0 = Tidak 1 = Ya
6.	Arthritis Pirai (Gout)	Radang sendi akibat peningkatan kadar asam urat dalam sendi ditandai dengan nyeri, kemerahan, pembengkakan, dan hangat pada sendi yang terkena. ²¹	0 = Tidak 1 = Ya
7.	Dislipidemia	Kelainan metabolisme lipoprotein yang mengakibatkan peningkatan kolesterol total, <i>Low Density Lipoprotein</i> (LDL), dan trigliserida serta penurunan kadar <i>High Density Lipoprotein</i> (HDL). ²²	0 = Tidak 1 = Ya
8.	Hiperkolesterolemia	Gangguan metabolisme lipoprotein yang ditandai dengan peningkatan LDL dan kolesterol dan dapat berakibat pada aterosklerosis dan penyakit arteri koroner. ²³	0 = Tidak 1 = Ya
9.	Hipertiroid	Kondisi kelenjar tiroid yang bekerja berlebihan yang ditandai dengan peningkatan metabolisme basal dan gangguan saraf otonom. ²⁴	0 = Tidak 1 = Ya
10.	Penyakit Jantung	Penyakit akibat arteri koroner tidak	0 = Tidak

	Koroner	mampu memberikan suplai oksigen yang cukup kepada otot jantung ditandai dengan nyeri dada episodik. ²⁵	1 = Ya
11.	Hemiparesis	Kelemahan sebagian atau salah satu sisi tubuh. ²⁶	0 = Tidak 1 = Ya
12.	<i>Congestif heart failure</i>	Kondisi patologis dimana jantung tidak dapat memompa darah sesuai kebutuhan jaringan tubuh, atau tidak mampu memenuhi kebutuhan dengan meningkatkan tekanan pengisiannya. ²⁷	0 = Tidak 1 = Ya
13.	Gagal ginjal kronik	Kerusakan ginjal atau penurunan <i>Glomerular Filtration Rate</i> (GFR) menjadi <60 mL/min/1,73 m ² selama 3 bulan atau lebih. ²⁸	0 = Tidak 1 = Ya
18.	Asma	Penyakit inflamasi kronik saluran pernafasan dimana terjadi sesak nafas, nyeri dada, mengi, dan batuk khususnya pada malam dan pagi hari. ²⁹	0 = Tidak 1 = Ya
20.	Anemia	Kondisi tubuh dimana jumlah sel darah merah kurang dari orang kebanyakan ditandai dengan kadar hemoglobin <13 g/dL pada laki-laki dewasa dan <12 g/dL pada wanita dewasa. ³⁰	0 = Tidak 1 = Ya
21.	Alergi	Reaksi imun berlebihan yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan sehat. ³¹	0 = Tidak 1 = Ya
23.	Katarak	Keadaan dimana lensa mata yang biasanya jernih menjadi keruh. ³²	0 = Tidak 1 = Ya
24.	<i>Global development delay</i>	Gangguan perkembangan signifikan pada beberapa aspek perkembangan anak seperti berbicara, motorik, kognisi, kepribadian dan aktivitas sehari-hari. ³³	0 = Tidak 1 = Ya
25.	<i>Development delay</i>	Gangguan pada salah satu tahap perkembangan anak misalnya gangguan berbicara. ³³	0 = Tidak 1 = Ya
26.	Gizi kurang	Status gizi menurut berat badan tinggi badan dengan nilai persentil <90% pada kurva <i>NCHS</i> . ³⁴	0 = Tidak 1 = Ya
27.	Vertigo	Perasaan berputar yang bisa terjadi secara spontan atau akibat perubahan posisi. ³⁵	0 = Tidak 1 = Ya
29.	Penyakit kulit	Berbagai penyakit yang menyerang kulit atau termanifestasi pada kulit misalnya dematitis, hipopigmentasi, dan psoriasis.	0 = Tidak 1 = Ya
30.	Penyakit geriatri	Berbagai penyakit yang terjadi pada orang tua atau penyakit-penyakit terkait proses penuaan. ³⁶	0 = Tidak 1 = Ya
31.	Penyakit psikiatrik	Berbagai gangguan kejiwaan yang menyebabkan gangguan dan disabilitas pada kehidupan seseorang.	0 = Tidak 1 = Ya
32.	Penyakit saluran pencernaan	Berbagai penyakit pada saluran cerna yang menyebabkan berbagai gejala	0 = Tidak 1 = Ya

33.	Penyakit genetik	pencernaan seperti diare atau sistemik seperti demam. Penyakit-penyakit yang terjadi akibat adanya kerusakan genetika yang dapat bersifat sporadik atau hereditas.	0 = Tidak 1 = Ya
34.	Penyakit muskuloskeletal	Berbagai penyakit yang mengenai sistem muskular dan skeletal misalnya radang sendi, osteoporosis dan patah tulang.	0 = Tidak 1 = Ya
36.	Epilepsi	Kejang berulang akibat gangguan sistem saraf pusat yang mempengaruhi otot untuk berkontraksi tak terkendali. ³⁷	0 = Tidak 1 = Ya

3.9.2. Jenis Penyakit

Tabel 3.2. Definisi Operasional Jenis Penyakit

Jenis Penyakit	Keterangan	Hasil ukur
Penyakit non infeksi	Penyakit yang disebabkan oleh agen yang bukan patogen seperti faktor genetik dan gaya hidup.	0 = Tidak 1 = Ya

3.9.3. Karakteristik Demografis

Tabel 3.3. Definisi Operasional Karakteristik Demografis

No.	Karakteristik demografis	Keterangan	Hasil ukur
1.	Usia	Usia pasien dengan menghitung ulang tahun terakhir pada saat datang ke KDK FKUI	0 = \leq 18 tahun 1 = 19-39 tahun 2 = 40-59 tahun 3 = \geq 60 tahun
2.	Jenis kelamin	Status biologis pasien	0 = Laki-laki 1 = Perempuan
3.	Pendidikan	Usaha proses pembelajaran secara aktif untuk mengembangkan potensi dirinya	0 = Rendah 1 = Sedang 2 = Tinggi
4.	Status pernikahan	Status pernikahan pasien saat datang ke KDK FKUI	0 = Tidak menikah 1 = Menikah 2 = Janda/Duda
5.	Pekerjaan	Aktivitas ekonomi yang yang dilakukan pasien saat datang ke KDK FKUI	0 = Tidak bekerja 1 = Ibu rumah tangga 2 = Pegawai negeri 3 = Karyawan swasta 4 = Wiraswasta 5 = Pensiunan

3.9.4. Profil Keluarga

Tabel 3.4. Definisi Operasional Profil Keluarga

No.	Profil keluarga	Keterangan	Hasil ukur
1.	Bentuk keluarga	Keadaan suatu keluarga dilihat dari status anggota keluarga yang tinggal di dalam satu rumah. ¹⁰	0 = Inti 1 = Extended 2 = Majemuk
2.	Keluarga baru menikah	Tahapan keluarga di mana suatu pasangan baru saja kawin dan belum mempunyai anak. ¹⁰	0 = Tidak 1 = Ya
3.	Keluarga dengan bayi	Tahapan keluarga di mana keluarga tersebut telah mempunyai bayi, dapat satu atau dua orang. ¹⁰	0 = Tidak 1 = Ya
4.	Keluarga dengan balita (prasekolah)	Tahapan keluarga di mana keluarga tersebut telah mempunyai anak usia prasekolah (30 bulan – 6 tahun). ¹⁰	0 = Tidak 1 = Ya
5.	Keluarga dengan anak usia sekolah	Tahapan keluarga di mana keluarga tersebut telah mempunyai anak dengan usia sekolah (6 – 13 tahun). ¹⁰	0 = Tidak 1 = Ya
6.	Keluarga dengan anak usia remaja	Tahapan keluarga di mana keluarga tersebut telah mempunyai anak dengan usia remaja (13 – 20 tahun). ¹⁰	0 = Tidak 1 = Ya
7.	Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Tahapan keluarga di mana satu per satu anak meninggalkan keluarga, dimulai oleh anak tertua dan diakhiri oleh anak terkecil. ¹⁰	0 = Tidak 1 = Ya
8.	Keluarga usia pertengahan	Tahapan keluarga di mana semua anak telah meninggalkan keluarga, tinggal suami istri usia menengah. ¹⁰	0 = Tidak 1 = Ya
9.	Keluarga usia lanjut	Tahapan keluarga di mana suami istri telah berusia lanjut sampai dengan meninggal dunia. ¹⁰	0 = Tidak 1 = Ya
10.	Jumlah siklus keluarga	Jumlah siklus keluarga yang ada di dalam suatu keluarga. ¹⁰	0 = 1 siklus 1 = 2 siklus 2 = > 2 siklus
11.	Jumlah anak	Jumlah anak yang ada di dalam suatu keluarga.	0 = < 5 anak 1 = ≥ 5 anak
12.	Jumlah anggota keluarga dalam satu rumah	Jumlah anggota keluarga yang tinggal di dalam satu rumah. ¹⁰	0 = 1– 4 orang 1 = 5 – 9 orang 2 = ≥ 10 orang
13.	Interaksi	Hubungan atau komunikasi antara anggota keluarga. ¹⁰	0 = Tidak baik 1 = Baik

BAB 4 HASIL PENELITIAN

Sampel penelitian diambil dari data sekunder laporan studi kasus pasien keluarga binaan Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (KDK FKUI) tahun 2006 hingga 2008. Besar sampel yang didapat adalah 200 buah. Dari 200 sampel tersebut, sampel yang karakteristik demografis dan profil keluarganya lengkap sebesar 103 sehingga sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 103 buah. Selanjutnya dari sampel tersebut dilakukan pengolahan data mengenai karakteristik demografis, profil keluarga, dan pola penyakit non infeksi serta analisis hubungan antara variabel-variabel tersebut menggunakan program SPSS 13.0.

4.1. Karakteristik Demografis Pasien KDK FKUI 2006 – 2008

Berdasarkan tabel 4.1., pasien yang datang ke KDK FKUI yang paling banyak adalah usia ≥ 60 tahun (32,0%) diikuti usia 40 s.d. 59 tahun (31,1%).

Komposisi pasien KDK FKUI sebagian besar adalah perempuan (54,4%). Berdasarkan status pernikahan, pasien yang datang sebagian besar telah menikah (53,4%).

Sebanyak 74,8% pasien yang datang ke KDK FKUI adalah pasien dengan pendidikan rendah.

Di samping itu, sebagian besar pasien tidak bekerja (43,7%).

Tabel 4.1. Sebaran menurut Karakteristik Demografis Pasien

No.	Variabel	Frekuensi	%
1.	Usia pasien (tahun)		
	≤ 18 tahun	28	27.2
	19 - 39 tahun	10	9.7
	40 - 59 tahun	32	31.1
	≥ 60 tahun	33	32.0
2.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	47	45.6
	Perempuan	56	54.4
3.	Status pernikahan		
	Tidak menikah	33	32.0
	Menikah	55	53.4
	Janda/duda	15	14.6
4.	Pendidikan pasien		
	Rendah	77	74.8
	Sedang	24	23.3
	Tinggi	2	1.9
5.	Pekerjaan pasien		
	Tidak bekerja	45	43.7
	Ibu Rumah Tangga (IRT)	29	28.2
	Pegawai Negeri	1	1.0
	Karyawan Swasta	4	3.9
	Wiraswasta	16	15.5
	Pensiunan	8	7.8

Keterangan:

Pendidikan rendah = tidak sekolah, belum sekolah, tidak tamat SD, tamat SD, tidak tamat SMP, tamat SMP

Pendidikan sedang = tidak tamat SMA/SMEA/STM, tamat SMA/SMEA/STM, D3/Akademi

Pendidikan tinggi = S1/Sarjana, S2/Magister, S3/Doktor

4.2. Profil Keluarga Pasien KDK FKUI 2006 – 2008

Dari tabel 4.2., didapatkan bahwa sebagian besar pasien yang datang ke KDK FKUI berada dalam bentuk keluarga inti (60,2%).

Siklus keluarga yang terbanyak adalah keluarga dengan anak yang mulai meninggalkan rumah (65,0%).

Dalam satu rumah, jumlah siklus keluarga paling banyak adalah 2 (dua) siklus (39,8%).

Sebanyak 75,7% pasien memiliki jumlah anak <5 orang. Di samping itu, 45,6% pasien memiliki 1-4 orang anggota keluarga dalam satu rumah.

Berdasarkan interaksi antar anggota keluarga, didapatkan 80,6% pasien

memiliki interaksi yang baik.

Tabel 4.2. Sebaran menurut Profil Keluarga Pasien

No.	Variabel	Frekuensi	%
1.	Bentuk keluarga		
	Inti	62	60.2
	Extended	19	18.4
	Majemuk	22	21.4
2.	Siklus keluarga		
	Baru menikah	0	0.0
	Keluarga dengan bayi	11	10.7
	Keluarga dengan balita	33	32.0
	Keluarga dengan anak usia sekolah (SD)	32	31.1
	Keluarga dengan anak remaja (SMP,SMA)	21	20.4
	Keluarga dengan anak meninggalkan rumah (kerja/usia 20-49 tahun)	67	65.0
	Keluarga usia pertengahan (50-60 tahun)	22	21.4
	Keluarga dengan usia lanjut (> 60 tahun)	31	30.1
3.	Jumlah siklus dalam sebuah keluarga		
	1 siklus	30	29.1
	2 siklus	41	39.8
	≥ 2 siklus	32	31.1
4.	Jumlah anak di keluarga		
	< 5 orang	78	75.7
	≥ 5 orang	25	24.3
5.	Jumlah anggota keluarga dalam sebuah rumah		
	1 - 4 orang	47	45.6
	5 - 9 orang	44	42.7
	≥ 10 orang	12	11.7
6.	Interaksi antar anggota keluarga		
	Baik	83	80.6
	Tidak baik	20	19.4

4.3. Pola Penyakit Non infeksi Pasien KDK FKUI 2006 – 2008

Berdasarkan tabel 4.3., diketahui bahwa hipertensi derajat II (36,9%) menduduki urutan pertama penyakit non infeksi yang dialami oleh pasien KDK FKUI, diikuti oleh diabetes melitus tipe 2 (33,0%), gizi kurang (21,4%), obesitas

derajat I (18,4%), hipertensi derajat I (18,4%), alergi (7,8%), penyakit saluran cerna non infeksi (7,8%), katarak (6,8%), penyakit muskuloskeletal (5,8%), dan obesitas derajat II (4,9%).

Tabel 4.3. Sebaran menurut Penyakit Non Infeksi

No.	Penyakit	Frekuensi	%
1.	Hipertensi derajat II	38	36.9
2.	Diabetes Melitus tipe 2	34	33.0
3.	Gizi kurang	22	21.4
4.	Obesitas derajat I	19	18.4
5.	Hipertensi derajat I	19	18.4
6.	Alergi makanan/obat	8	7.8
7.	Penyakit Saluran Cerna Non Infeksi	8	7.8
8.	Katarak	7	6.8
9.	Penyakit muskuloskeletal	6	5.8
10.	Obesitas derajat II	5	4.9
11.	Penyakit asma	5	4.9
12.	Gangguan perkembangan pada anak	4	3.9
13.	Osteoarthritis	3	2.9
14.	Rheumatioid Arthritis	3	2.9
15.	Dislipidemia	3	2.9
16.	Penyakit psikiatrik	3	2.9
17.	Luka, ulserasi eksterna, trauma	3	2.9
18.	Asam urat	2	1.9
19.	Penyakit Jantung Koroner	2	1.9
20.	Hiperkolesterolemia	2	1.9
21.	Hipertiroid	2	1.9
22.	Congestif heart failure	1	1.0
23.	Gangguan kesehatan pada geriatric	1	1.0
24.	Hemiparesis kanan/kiri	1	1.0
25.	Gagal ginjal kronik	1	1.0
26.	Anemia	1	1.0
27.	Vertigo	0	0.0
28.	Gangguan tumbuh kembang	0	0.0
29.	Penyakit akibat kelainan genetic	0	0.0
30.	Serangan kejang	0	0.0

4.4. Hubungan antara Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga Pasien dengan 10 (sepuluh) Penyakit Non Infeksi Terbanyak

Pada penelitian ini dilakukan analisis hubungan antara karakteristik demografis dan profil keluarga dengan 10 (sepuluh) penyakit non infeksi

terbanyak yang dialami pasien (tabel 4.3.). Sepuluh penyakit tersebut (tidak berdasarkan urutan) yaitu hipertensi derajat I, hipertensi derajat II, obesitas derajat I, obesitas derajat II, diabetes melitus tipe 2, gizi kurang, alergi makanan/obat, penyakit saluran cerna non infeksi, katarak, dan penyakit muskuloskeletal.

4.4.1. Hipertensi derajat I

Berdasarkan tabel 4.4., pasien dengan usia ≥ 60 tahun (45,5%) yang paling banyak mengalami hipertensi derajat I daripada kriteria usia yang lain, dimana perbedaan ini secara statistik bermakna. Pasien perempuan (25,0%) lebih banyak mengalami hipertensi derajat I daripada laki-laki, namun secara statistik perbedaan proporsi ini tidak bermakna. Dilihat dari status pernikahan, pasien janda atau duda (33,3%) lebih banyak mengalami hipertensi derajat I, dimana perbedaan ini bermakna secara statistik. Sedangkan pasien dengan pendidikan tinggi (50,0%) dan sedang (45,8%) lebih banyak mengalami hipertensi derajat I, dan perbedaan ini bermakna secara statistik. Kemudian, pasien dengan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga (27,6%) dan pensiunan (25,0%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat I dimana hubungan ini tidak bermakna.

Berdasarkan tabel 4.5., pasien dengan bentuk keluarga majemuk (22,7%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat I dibandingkan dengan bentuk keluarga lain. Perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Hipertensi derajat I lebih banyak terdapat pada siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah (25,4%) dibandingkan dengan siklus keluarga selain siklus tersebut. Secara statistik perbedaan tersebut bermakna. Selain itu, hipertensi derajat I juga terdapat pada siklus keluarga dengan usia lanjut (29,0%) dan keluarga dengan bayi (20,7%) dibandingkan dengan siklus keluarga selain kedua siklus tersebut, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga yang baru menikah dengan hipertensi derajat I tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Berdasarkan jumlah siklus dalam keluarga, hipertensi derajat I lebih banyak terdapat pada keluarga dengan 2 siklus (24,4%). Namun perbedaan tersebut tidak bermakna secara statistik.

Ditinjau dari jumlah anak, keluarga dengan ≥ 5 orang anak (24,0%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat I daripada keluarga dengan < 5 orang anak, di mana perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna. Sementara itu, dilihat dari jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, keluarga dengan jumlah anggota keluarga ≥ 10 orang (25,0%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat I daripada keluarga dengan jumlah anggota lain. Secara statistik hubungan ini tidak bermakna. Selain itu, dilihat dari interaksi antar anggota keluarga, keluarga yang memiliki interaksi tidak baik (20,0%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat I dibandingkan dengan keluarga dengan interaksi yang baik, namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Tabel 4.4. Hubungan Karakteristik Demografis dengan Hipertensi derajat I

No	Variabel	Ya		Tidak		p
		N	%	n	%	
1.	Usia					
	≤ 18 tahun	0	0.0	28	100.0	0.000
	19 - 39 tahun*	0	0.0	10	100.0	
	40 - 59 tahun*	4	12.5	28	87.5	
	> 60 tahun	15	45.5	18	54.5	
2.	Jenis Kelamin					
	Laki-laki	5	10.6	42	89.4	0.061
	Perempuan	14	25.0	42	75.0	
3.	Status pernikahan					
	Tidak menikah*	0	0.0	33	100.0	0.050
	Menikah	14	25.5	41	74.5	
	Janda/duda*	5	33.3	10	66.7	
4.	Pendidikan pasien					
	Rendah	7	9.1	70	90.9	0.000 [#]
	Sedang*	11	45.8	13	54.2	
	Tinggi*	1	50.0	1	50.0	
5.	Pekerjaan					
	Tidak bekerja*	7	15.6	38	84.4	0.349 [#]
	IRT*	8	27.6	21	72.4	
	Pegawai negeri**	0	0.0	1	100.0	
	Karyawan swasta**	0	0.0	4	100.0	
	Wiraswasta**	2	12.5	14	87.5	
	Pensiunan*	2	25.0	6	75.0	

* atau **= digabung untuk mencari nilai p

= nilai p menggunakan Uji Fisher

Tabel 4.5. Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Hipertensi derajat I

No.	Variabel	Ya		Tidak		p	
		n	%	n	%		
1. Bentuk Keluarga							
	Inti	11	17.7	51	82.3	0.821	
	Extended*	3	15.8	16	84.2		
	Majemuk*	5	22.7	17	77.3		
2. Siklus Keluarga							
	Baru menikah	Ya	0	0.0	0	0.0	
		Tidak	19	18.4	84	81.6	
	Keluarga dengan bayi	Ya	19	20.7	73	79.3	0.210 [#]
		Tidak	0	0.0	11	100.0	
	Keluarga dengan balita	Ya	3	9.1	30	90.9	0.093
		Tidak	16	22.9	54	77.1	
	Keluarga dengan anak usia sekolah	Ya	4	12.5	28	87.5	0.296
		Tidak	15	21.1	56	78.9	
	Keluarga dengan anak Remaja	Ya	0	0.0	21	100.0	0.011
		Tidak	19	23.2	63	76.8	
	Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Ya	17	25.4	50	74.6	0.013
		Tidak	2	5.6	34	94.4	
	Keluarga usia pertengahan	Ya	3	13.6	19	86.4	0.757 [#]
		Tidak	16	19.8	65	80.2	
	Keluarga dengan usia lanjut	Ya	9	29.0	22	71.0	0.069
		Tidak	10	13.9	62	86.1	
3. Jumlah siklus dalam keluarga							
	1	6	20.0	24	80.0	0.251	
	2	10	24.4	31	75.6		
	> 2	3	9.4	29	90.6		
4. Jumlah anak dalam keluarga							
	< 5	13	16.7	65	83.3	0.393 [#]	
	≥ 5	6	24.0	19	76.0		
5. Jumlah anggota dalam sebuah rumah							
	1 s.d. 4	11	23.4	36	76.6	0.235	
	5 s.d. 9*	5	11.4	39	88.6		
	≥ 10*	3	25.0	9	75.0		
6. Interaksi dalam keluarga							
	Baik	15	18.1	68	81.9	1.000 [#]	
	Tidak Baik	4	20.0	16	80.0		

* = digabung untuk mencari nilai p

= nilai p menggunakan Uji Fisher

4.4.2. Hipertensi derajat II

Berdasarkan tabel 4.6., pasien dengan usia 40-59 tahun (56,3%), ≥60 tahun (48,5%) dan 19-39 tahun (40,0%) lebih banyak mengalami hipertensi derajat II

daripada usia ≤ 18 tahun (0,0%), dimana perbedaan ini secara statistik bermakna. Pasien perempuan (42,9%) lebih banyak mengalami hipertensi derajat II daripada laki-laki, namun secara statistik perbedaan proporsi ini tidak bermakna. Dilihat dari status pernikahan, pasien janda atau duda (60,0%) lebih banyak mengalami hipertensi derajat II, dimana perbedaan ini bermakna secara statistik. Sedangkan pasien dengan pendidikan tinggi (50,0%) lebih banyak mengalami hipertensi derajat II, namun perbedaan ini tidak bermakna. Kemudian, sebanyak 75,0% pasien pensiunan dan 51,7% mengalami hipertensi derajat II, namun hubungan ini tidak bermakna.

Dilihat dari tabel 4.7., pasien dengan bentuk keluarga *extended* (52,6%) dan keluarga majemuk (50,0%) lebih banyak mengalami hipertensi derajat II dibandingkan dengan bentuk keluarga inti (27,4%). Perbedaan proporsi ini secara statistik bermakna.

Hipertensi derajat II lebih banyak terdapat pada siklus keluarga dengan usia pertengahan (68,2%), usia lanjut (54,8%), dan keluarga dengan anak meninggalkan rumah (44,8%) dibandingkan dengan siklus keluarga selain ketiga siklus tersebut, dimana perbedaan ini bermakna secara statistik. Selain itu, hipertensi derajat II juga lebih banyak terdapat pada siklus keluarga anak remaja (38,1) daripada siklus keluarga selain itu, namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Hubungan antara siklus keluarga yang baru menikah dengan hipertensi derajat II tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dilihat dari jumlah siklus keluarga, keluarga dengan jumlah siklus > 2 (53,1%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat II dibandingkan keluarga dengan jumlah siklus lainnya. Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Ditinjau dari jumlah anak, keluarga dengan < 5 orang anak (37,2%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat II daripada keluarga dengan ≥ 5 orang anak, dimana perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Dilihat dari jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, keluarga dengan jumlah anggota keluarga 5-9 orang (38,6%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat II daripada keluarga dengan jumlah anggota lain. Secara statistik hubungan ini tidak bermakna.

Dilihat dari interaksi antar anggota keluarga, keluarga yang memiliki interaksi baik (38,6%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat II dibandingkan dengan keluarga dengan interaksi yang tidak baik, namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Tabel 4.6. Hubungan Karakteristik Demografis dengan Hipertensi derajat II

No	Variabel	Ya		Tidak		<i>p</i>
		n	%	N	%	
1.	Usia					
	≤ 18 tahun	0	0.0	28	100.0	0.000
	19 - 39 tahun	4	40.0	6	60.0	
	40 - 59 tahun	18	56.3	14	43.8	
	> 60 tahun	16	48.5	17	51.5	
2.	Jenis Kelamin					
	Laki-laki	14	29.8	33	70.2	0.171
	Perempuan	24	42.9	32	57.1	
3.	Status pernikahan					
	Tidak menikah	3	9.1	30	90.9	0.000
	Menikah	26	47.3	29	52.7	
	Janda/duda	9	60.0	6	40.0	
4.	Pendidikan pasien					
	Rendah	26	33.8	51	66.2	0.258
	Sedang*	11	45.8	13	54.2	
	Tinggi*	1	50.0	1	50.0	
5.	Pekerjaan					
	Tidak bekerja*	7	15.6	38	84.4	0.313
	IRT*	15	51.7	14	48.3	
	Pegawai negeri**	0	0.0	1	100.0	
	Karyawan swasta**	2	50.0	2	50.0	
	Wiraswasta**	8	50.0	8	50.0	
	Pensiunan*	6	75.0	2	25.0	

* atau **= digabung untuk mencari nilai *p*

Tabel 4.7. Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Hipertensi derajat II

No.	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	N	%	
1.	Bentuk Keluarga					
	Inti	17	27.4	45	72.6	0.049
	Extended	10	52.6	9	47.4	
	Majemuk	11	50.0	11	50.0	
2.	Siklus Keluarga					
	Baru menikah					
		Ya	0	0.0	0	0.0
		Tidak	38	36.9	65	63.1
	Keluarga dengan bayi					0.484 [#]
		Ya	3	27.3	8	72.7
		Tidak	35	38.0	57	62.0
	Keluarga dengan balita					0.007
		Ya	6	18.2	27	81.8
		Tidak	32	45.7	38	54.3
	Keluarga dengan anak usia sekolah					0.216
		Ya	9	28.1	23	71.9
		Tidak	29	40.8	42	59.2
	Keluarga dengan anak Remaja					0.898
		Ya	8	38.1	13	61.9
		Tidak	30	36.6	52	63.4
	Keluarga dengan anak meninggalkan rumah					0.024
		Ya	30	44.8	37	55.2
		Tidak	8	22.2	28	77.8
	Keluarga usia pertengahan					0.001
		Ya	15	68.2	7	31.8
		Tidak	23	28.4	58	71.6
	Keluarga dengan usia lanjut					0.013
		Ya	17	54.8	14	45.2
		Tidak	21	29.2	51	70.8
3.	Jumlah siklus dalam keluarga					
	1	9	30.0	21	70.0	0.072
	2	12	29.3	29	70.7	
	> 2	17	53.1	15	46.9	
4.	Jumlah anak dalam keluarga					
	< 5	29	37.2	49	62.8	0.915
	≥ 5	9	36.0	16	64.0	
5.	Jumlah anggota dalam sebuah rumah					
	1 s.d. 4	17	36.2	30	63.8	0.889
	5 s.d. 9*	17	38.6	27	61.4	
	≥ 10*	4	33.3	8	66.7	
6.	Interaksi dalam keluarga					
	Baik	32	38.6	51	61.4	0.477
	Tidak Baik	6	30.0	14	70.0	

* = digabung untuk mencari nilai p

= nilai p menggunakan Uji Fisher

4.4.3. Obesitas Derajat I

Tabel 4.8. Hubungan Karakteristik Demografis dengan Obesitas derajat I

No	Variabel	Ya		Tidak		p
		N	%	n	%	
1.	Usia					
	≤ 18 tahun	1	3.6	27	96.4	0.004
	19 - 39 tahun*	2	20.0	8	80.0	
	40 - 59 tahun*	12	37.5	20	62.5	
	> 60 tahun	4	12.1	29	87.9	
2.	Jenis Kelamin					
	Laki-laki	5	10.6	42	89.4	0.061
	Perempuan	14	25.0	42	75.0	
3.	Status pernikahan					
	Tidak menikah*	3	9.1	30	90.9	0.146
	Menikah	13	23.6	42	76.4	
	Janda/duda*	3	20.0	12	80.0	
4.	Pendidikan pasien					
	Rendah	13	16.9	64	83.1	0.560 [#]
	Sedang*	6	25.0	18	75.0	
	Tinggi*	0	0.0	2	100.0	
5.	Pekerjaan					
	Tidak bekerja*	5	11.1	40	88.9	0.757 [#]
	IRT*	9	31.0	20	69.0	
	Pegawai negeri**	1	100.0	0	0.0	
	Karyawan swasta**	1	25.0	3	75.0	
	Wiraswasta**	1	6.3	15	93.8	
	Pensiunan*	2	25.0	6	75.0	

* atau **= digabung untuk mencari nilai p

= nilai p menggunakan Uji Fisher

Berdasarkan tabel 4.8., pasien dengan usia 40-59 tahun (37,5%) yang paling banyak mengalami obesitas derajat I daripada kriteria usia yang lain, dimana perbedaan ini secara statistik bermakna. Pasien perempuan (25,0%) lebih banyak mengalami obesitas derajat I daripada laki-laki, namun secara statistik perbedaan proporsi ini tidak bermakna. Dilihat dari status pernikahan, pasien yang telah menikah (23,6%) lebih banyak mengalami obesitas derajat I, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Sedangkan pasien dengan pendidikan sedang (25,0%) lebih banyak mengalami obesitas derajat I, dan

perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Kemudian, pasien dengan pekerjaan sebagai pegawai negeri (100,0%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat I dimana hubungan ini tidak bermakna.

Tabel 4.9. Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Obesitas derajat I

No.	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	N	%	
1.	Bentuk Keluarga					
	Inti	13	21.0	49	79.0	0.417
	Extended*	4	21.1	15	78.9	
	Majemuk*	2	9.1	20	90.9	
2.	Siklus Keluarga					
	Baru menikah					
		Ya	0	0.0	0	0.0
		Tidak	19	18.4	84	81.6
	Keluarga dengan bayi					0.981 [#]
		Ya	2	18.2	9	81.8
		Tidak	17	18.5	75	81.5
	Keluarga dengan balita					0.256
		Ya	4	12.1	29	87.9
		Tidak	15	21.4	55	78.6
	Keluarga dengan anak usia sekolah					0.547
		Ya	7	21.9	25	78.1
		Tidak	12	16.9	59	83.1
	Keluarga dengan anak Remaja					0.478
		Ya	5	23.8	16	76.2
		Tidak	14	17.1	68	82.9
	Keluarga dengan anak meninggalkan rumah					0.733
		Ya	13	19.4	54	80.6
		Tidak	6	16.7	30	83.3
	Keluarga usia pertengahan					0.027 [#]
		Ya	8	36.4	14	63.6
		Tidak	11	13.6	70	86.4
	Keluarga dengan usia lanjut					0.691
		Ya	5	16.1	26	83.9
		Tidak	14	19.4	58	80.6
3.	Jumlah siklus dalam keluarga					
	1	2	6.7	28	93.3	0.137
	2	10	24.4	31	75.6	
	> 2	7	21.9	25	78.1	
4.	Jumlah anak dalam keluarga					
	< 5	14	17.9	64	82.1	0.775 [#]
	≥ 5	5	20.0	20	80.0	
5.	Jumlah anggota dalam sebuah rumah					
	1 s.d. 4	9	19.1	38	80.9	0.866
	5 s.d. 9*	8	18.2	36	81.8	
	≥ 10*	2	16.7	10	83.3	
6.	Interaksi dalam keluarga					
	Baik	18	21.7	65	78.3	0.112 [#]
	Tidak Baik	1	5.0	19	95.0	

* = digabung untuk mencari nilai p

= nilai p menggunakan Uji Fisher

Berdasarkan tabel 4.9., pasien dengan bentuk keluarga *extended* (21,1%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat I dibandingkan dengan bentuk keluarga lain. Perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Obesitas derajat I lebih banyak terdapat pada siklus keluarga usia pertengahan (36,4%) dibandingkan siklus keluarga selain siklus tersebut. Secara statistik perbedaan tersebut bermakna. Selain itu, obesitas derajat I juga lebih banyak dialami oleh keluarga dengan anak remaja (23,8%), keluarga dengan usia sekolah (21,9%), dan keluarga dengan anak meninggalkan rumah (19,4%) dibandingkan siklus keluarga selain selain itu. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga yang baru menikah dengan obesitas derajat I tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dilihat dari jumlah siklus keluarga, keluarga dengan 2 (dua) siklus (24,4%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat I dibandingkan keluarga dengan jumlah siklus lainnya. Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Ditinjau dari jumlah anak, keluarga dengan ≥ 5 orang anak (20,0%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat I daripada keluarga dengan < 5 orang anak, di mana perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna. Dilihat dari jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, keluarga dengan jumlah anggota keluarga 1-4 orang (19,1%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat I daripada keluarga dengan jumlah anggota lain. Secara statistik hubungan ini tidak bermakna. Selain itu, dilihat dari interaksi antar anggota keluarga, keluarga yang memiliki interaksi baik (21,7%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat I dibandingkan dengan keluarga dengan interaksi yang tidak baik, namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

4.4.4. Obesitas derajat II

Berdasarkan tabel 4.10., pasien dengan usia 40-59 tahun (12,5%) yang paling banyak mengalami obesitas derajat II daripada kriteria usia yang lain, dimana perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Pasien perempuan (7,1%) lebih banyak mengalami obesitas derajat II daripada laki-laki, namun secara statistik perbedaan proporsi ini bermakna. Dilihat dari status pernikahan, pasien yang telah menikah (9,1%) lebih banyak mengalami obesitas derajat II, dimana

perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Sedangkan pasien dengan pendidikan rendah (5,2%) lebih banyak mengalami obesitas derajat II, dan perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Kemudian, pasien yang merupakan ibu rumah tangga (10,3%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat II, namun hubungan ini tidak bermakna.

Tabel 4.10. Hubungan Karakteristik Demografis dengan Obesitas derajat II

No	Variabel	Ya		Tidak		<i>p</i>
		n	%	n	%	
1.	Usia					
	≤ 18 tahun	0	0.0	28	100.0	0.320 [#]
	19 - 39 tahun*	0	0.0	10	100.0	
	40 - 59 tahun*	4	12.5	28	87.5	
	> 60 tahun*	1	3.0	32	97.0	
2.	Jenis Kelamin					
	Laki-laki	1	2.1	46	97.9	0.372 [#]
	Perempuan	4	7.1	52	92.9	
3.	Status pernikahan					
	Tidak menikah*	0	0.0	33	100.0	0.059 [#]
	Menikah	5	9.1	50	90.9	
	Janda/duda*	0	0.0	15	100.0	
4.	Pendidikan pasien					
	Rendah	4	5.2	73	94.8	1.000 [#]
	Sedang*	1	4.2	23	95.8	
	Tinggi*	0	0.0	2	100.0	
5.	Pekerjaan					
	Tidak bekerja*	1	2.2	44	97.8	1.000 [#]
	IRT*	3	10.3	26	89.7	
	Pegawai negeri**	0	0.0	1	100.0	
	Karyawan swasta**	0	0.0	4	100.0	
	Wiraswasta**	1	6.3	15	93.8	
	Pensiunan*	0	0.0	8	100.0	

* atau **= digabung untuk mencari nilai *p*

= nilai *p* menggunakan Uji Fisher

Tabel 4.11. Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Obesitas derajat II

No.	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	N	%	
1.	Bentuk Keluarga					
	Inti	3	4.8	59	95.2	1.000 [#]
	Extended*	0	0.0	19	100.0	
	Majemuk*	2	9.1	20	90.9	
2.	Siklus Keluarga					
	Baru menikah					
		Ya	0	0.0	0	0.0
		Tidak	5	4.9	98	95.1
	Keluarga dengan bayi					1.000 [#]
		Ya	0	0.0	11	100.0
		Tidak	5	5.4	87	94.6
	Keluarga dengan balita					0.174 [#]
		Ya	0	0.0	33	100.0
		Tidak	5	7.1	65	92.9
	Keluarga dengan anak usia sekolah					1.000 [#]
		Ya	1	3.1	31	96.9
		Tidak	4	5.6	67	94.4
	Keluarga dengan anak Remaja					0.269 [#]
		Ya	2	9.5	19	90.5
		Tidak	3	3.7	79	96.3
	Keluarga dengan anak meninggalkan rumah					0.655 [#]
		Ya	4	6.0	63	94.0
		Tidak	1	2.8	35	97.2
	Keluarga usia pertengahan					0.289 [#]
		Ya	2	9.1	20	90.9
		Tidak	3	3.7	78	96.3
	Keluarga dengan usia lanjut					0.636 [#]
		Ya	2	6.5	29	93.5
		Tidak	3	4.2	69	95.8
3.	Jumlah siklus dalam keluarga					
	1	2	6.7	28	93.3	0.627 [#]
	2*	1	2.4	40	97.6	
	> 2*	2	6.3	30	93.8	
4.	Jumlah anak dalam keluarga					
	< 5	4	5.1	74	94.9	1.000 [#]
	≥ 5	1	4.0	24	96.0	
5.	Jumlah anggota dalam sebuah rumah					
	1 s.d. 4	2	4.3	45	95.7	1.000 [#]
	5 s.d. 9*	1	2.3	43	97.7	
	≥ 10*	2	16.7	10	83.3	
6.	Interaksi dalam keluarga					
	Baik	5	6.0	78	94.0	0.580 [#]
	Tidak Baik	0	0.0	20	100.0	

* = digabung untuk mencari nilai p

= nilai p menggunakan Uji Fisher

Berdasarkan tabel 4.11., pasien dengan bentuk keluarga majemuk (9,1%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat II dibandingkan dengan bentuk keluarga lain. Perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Dilihat dari siklus keluarga, obesitas derajat II lebih banyak dialami oleh pasien dengan siklus keluarga dengan anak remaja (9,5%), keluarga usia pertengahan (9,1%), usia lanjut (6,5%), dan keluarga dengan anak meninggalkan rumah (6,0%) dibandingkan dengan siklus keluarga selain siklus tersebut. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga yang baru menikah dengan obesitas derajat II tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dilihat dari jumlah siklus keluarga, keluarga dengan 1 (satu) siklus (6,7%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat II dibandingkan keluarga dengan jumlah siklus lainnya. Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Ditinjau dari jumlah anak, keluarga dengan <5 orang anak (5,1%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat II daripada keluarga dengan ≥ 5 orang anak, di mana perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna. Dilihat dari jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, keluarga dengan jumlah anggota keluarga ≥ 10 orang (16,7%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat II daripada keluarga dengan jumlah anggota lain. Secara statistik hubungan ini tidak bermakna. Selain itu, dilihat dari interaksi antar anggota keluarga, keluarga yang memiliki interaksi baik (6,0%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat II dibandingkan dengan keluarga dengan interaksi yang tidak baik, namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

4.4.5. Diabetes Melitus tipe 2

Berdasarkan tabel 4.12., pasien dengan usia 40-59 tahun (50,0%) dan ≥ 60 tahun (48,5%) lebih banyak mengalami diabetes melitus tipe 2 daripada pasien yang berusia ≤ 18 tahun, dimana perbedaan ini secara statistik bermakna. Pasien perempuan (33,9%) lebih banyak mengalami diabetes melitus tipe 2 daripada laki-laki, namun secara statistik perbedaan proporsi ini tidak bermakna. Dilihat dari status pernikahan, pasien janda atau duda (53,3%) lebih banyak mengalami diabetes melitus tipe 2, dimana perbedaan ini bermakna secara statistik. Sedangkan pasien dengan pendidikan tinggi (100,0%) lebih banyak mengalami diabetes melitus tipe 2, namun perbedaan ini tidak bermakna. Kemudian, pasien dengan pekerjaan sebagai pegawai negeri (100,0%), karyawan swasta (75,0%)

dan wiraswasta (50,0%) lebih banyak mengalami diabetes melitus tipe 2 daripada pasien yang tidak bekerja, ibu rumah tangga dan pensiunan, dimana hubungan ini bermakna secara statistik.

Tabel 4.12. Hubungan Karakteristik Demografis dengan Diabetes Melitus tipe 2

No	Variabel	Ya		Tidak		<i>p</i>
		N	%	n	%	
1.	Usia					
	≤ 18 tahun	0	0.0	28	100.0	0.000
	19 - 39 tahun*	2	20.0	8	80.0	
	40 - 59 tahun*	16	50.0	16	50.0	
	> 60 tahun	16	48.5	17	51.5	
2.	Jenis Kelamin					
	Laki-laki	15	31.9	32	68.1	0.829
	Perempuan	19	33.9	37	66.1	
3.	Status pernikahan					
	Tidak menikah*	2	6.1	31	93.9	0.014
	Menikah	24	43.6	31	56.4	
	Janda/duda*	8	53.3	7	46.7	
4.	Pendidikan pasien					
	Rendah	23	29.9	54	70.1	0.244
	Sedang*	9	37.5	15	62.5	
	Tinggi*	2	100.0	0	0.0	
5.	Pekerjaan					
	Tidak bekerja*	7	15.6	38	84.4	0.008
	IRT*	11	37.9	18	62.1	
	Pegawai negeri**	1	100.0	0	0.0	
	Karyawan swasta**	3	75.0	1	25.0	
	Wiraswasta**	8	50.0	8	50.0	
	Pensiunan*	4	50.0	4	50.0	

* atau **= digabung untuk mencari nilai *p*

Tabel 4.13. Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2

No.	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	N	%	
1.	Bentuk Keluarga					
	Inti	19	30.6	43	69.4	0.672
	Extended	6	31.6	13	68.4	
	Majemuk	9	40.9	13	59.1	
2.	Siklus Keluarga					
	Baru menikah					
		Ya	0	0.0	0	
		Tidak	34	33.0	69	67.0
	Keluarga dengan bayi					0.074
		Ya	1	9.1	10	
		Tidak	33	35.9	59	64.1
	Keluarga dengan balita					0.028
		Ya	6	18.2	27	
		Tidak	28	40.0	42	60.0
	Keluarga dengan anak usia sekolah					0.012
		Ya	5	15.6	27	
		Tidak	29	40.8	42	59.2
	Keluarga dengan anak Remaja					0.315
		Ya	5	23.8	16	
		Tidak	29	35.4	53	64.6
	Keluarga dengan anak meninggalkan rumah					0.205
		Ya	25	37.3	42	
		Tidak	9	25.0	27	75.0
	Keluarga usia pertengahan					0.003
		Ya	13	59.1	9	
		Tidak	21	25.9	60	74.1
	Keluarga dengan usia lanjut					0.029
		Ya	15	48.4	16	
		Tidak	19	26.4	53	73.6
3.	Jumlah siklus dalam keluarga					
	1	8	26.7	22	73.3	0.330
	2	17	41.5	24	58.5	
	> 2	9	28.1	23	71.9	
4.	Jumlah anak dalam keluarga					
	< 5	21	26.9	57	73.1	0.020
	≥ 5	13	52.0	12	48.0	
5.	Jumlah anggota dalam sebuah rumah					
	1 s.d. 4	16	34.0	31	66.0	0.838
	5 s.d. 9*	15	34.1	29	65.9	
	≥ 10*	3	25.0	9	75.0	
6.	Interaksi dalam keluarga					
	Baik	29	34.9	54	65.1	0.396
	Tidak Baik	5	25.0	15	75.0	

* = digabung untuk mencari nilai p

Berdasarkan tabel 4.13., pasien dengan bentuk keluarga majemuk (40,9%) lebih banyak yang mengalami diabetes melitus tipe 2 dibandingkan dengan bentuk keluarga lain. Perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Diabetes melitus tipe 2 lebih banyak terdapat pada siklus keluarga dengan usia pertengahan (59,1%) dan usia lanjut (48,4%) dibandingkan dengan siklus keluarga selain siklus tersebut. Perbedaan ini bermakna secara statistik. Selain itu, diabetes melitus tipe 2 juga banyak dialami oleh pasien dengan keluarga dengan anak meninggalkan rumah (37,3%) dibandingkan siklus keluarga yang selain itu, namun perbedaan tersebut tidak bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga yang baru menikah dengan diabetes melitus tipe 2 tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dilihat dari jumlah siklus keluarga, keluarga dengan 2 (dua) siklus (41,5%) lebih banyak yang mengalami diabetes melitus tipe 2 dibandingkan keluarga dengan jumlah siklus lainnya. Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Ditinjau dari jumlah anak, keluarga dengan ≥ 5 orang anak (52,0%) lebih banyak yang mengalami diabetes melitus tipe 2 daripada keluarga dengan < 5 orang anak, di mana perbedaan proporsi ini secara statistik bermakna. Dilihat dari jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, keluarga dengan jumlah anggota keluarga 5-9 orang (34,1%) lebih banyak yang mengalami diabetes melitus tipe 2 daripada keluarga dengan jumlah anggota lain. Secara statistik hubungan ini tidak bermakna. Dilihat dari interaksi antar anggota keluarga, keluarga yang memiliki interaksi baik (34,9%) lebih banyak yang mengalami diabetes melitus tipe 2 dibandingkan dengan keluarga dengan interaksi yang tidak baik, namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

4.4.6. Gizi Kurang

Tabel 4.14. Hubungan Karakteristik Demografis dengan Gizi Kurang

No	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	n	%	
1.	Usia					
	≤ 18 tahun	16	57.1	12	42.9	0.000
	19 - 39 tahun*	1	10.0	9	90.0	
	40 - 59 tahun*	2	6.3	30	93.8	
	> 60 13ahun	3	9.1	30	90.9	
2.	Jenis Kelamin					
	Laki-laki	11	23.4	36	23.4	0.643
	Perempuan	11	19.6	45	80.4	
3.	Status pernikahan					
	Tidak menikah*	16	48.5	17	51.5	0.001
	Menikah	5	9.1	50	90.9	
	Janda/duda*	1	6.7	14	93.3	
4.	Pendidikan pasien					
	Rendah	20	26.0	57	74.0	0.049
	Sedang*	2	8.3	22	91.7	
	Tinggi*	0	0.0	2	100.0	
5.	Pekerjaan					
	Tidak bekerja*	18	40.0	27	60.0	0.040 [#]
	IRT*	3	10.3	26	89.7	
	Pegawai negeri**	0	0.0	1	100.0	
	Karyawan swasta**	0	0.0	4	100.0	
	Wiraswasta**	1	6.3	15	93.8	
	Pensiunan*	0	0.0	8	100.0	

* atau **= digabung untuk mencari nilai p

= nilai p menggunakan Uji Fisher

Berdasarkan tabel 4.14., pasien dengan usia ≤18 tahun (57,1%) yang paling banyak mengalami gizi kurang daripada kriteria usia yang lain, dimana perbedaan ini secara statistik bermakna. Pasien laki-laki (23,4%) lebih banyak mengalami gizi kurang daripada perempuan, namun secara statistik perbedaan proporsi ini tidak bermakna. Dilihat dari status pernikahan, pasien yang belum menikah (48,5%) lebih banyak mengalami gizi kurang, dimana perbedaan ini bermakna secara statistik. Sedangkan pasien dengan pendidikan rendah (26,0%) lebih banyak mengalami gizi kurang, dan perbedaan ini bermakna secara statistik. Kemudian, pasien yang tidak bekerja (40,0%) lebih banyak yang mengalami gizi

kurang, dimana hubungan ini bermakna.

Tabel 4.15. Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Gizi Kurang

No.	Variabel	Ya		Tidak		<i>p</i>
		n	%	n	%	
1.	Bentuk Keluarga					
	Inti	15	24.2	47	75.8	0.388
	Extended	3	15.8	16	84.2	
	Majemuk	4	18.2	18	81.8	
2.	Siklus Keluarga					
	Baru menikah	Ya	0	0.0	0	0.0
		Tidak	22	21.4	81	78.6
	Keluarga dengan bayi	Ya	3	27.3	8	72.7
		Tidak	19	20.7	73	79.3
	Keluarga dengan balita	Ya	14	42.4	19	57.6
		Tidak	8	11.4	62	88.6
	Keluarga dengan anak usia sekolah	Ya	11	34.4	21	65.6
		Tidak	11	15.5	60	84.5
	Keluarga dengan anak Remaja	Ya	4	19.0	17	81.0
		Tidak	18	22.0	64	78.0
	Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Ya	11	16.4	56	83.6
		Tidak	11	30.6	25	69.4
	Keluarga usia pertengahan	Ya	0	0.0	22	100.0
		Tidak	22	27.2	59	72.8
	Keluarga dengan usia lanjut	Ya	3	9.7	28	90.3
		Tidak	19	26.4	53	73.6
3.	Jumlah siklus dalam keluarga					
	1	10	33.3	20	66.7	0.047
	2	4	9.8	37	90.2	
	> 2	8	25.0	24	75.0	
4.	Jumlah anak dalam keluarga					
	< 5	19	24.4	59	75.6	0.057
	≥ 5	3	12.0	22	88.0	
5.	Jumlah anggota dalam sebuah rumah					
	1 s.d. 4	10	21.3	37	78.7	0.985
	5 s.d. 9*	10	22.7	34	77.3	
	≥ 10*	2	16.7	10	83.3	
6.	Interaksi dalam keluarga					
	Baik	16	19.3	67	80.7	0.294
	Tidak Baik	6	30.0	14	70.0	

* = digabung untuk mencari nilai *p*

= nilai *p* menggunakan Uji Fisher

Berdasarkan tabel 4.15., pasien dengan bentuk keluarga inti (24,2%) lebih banyak yang mengalami gizi kurang dibandingkan dengan bentuk keluarga lain. Perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Gizi kurang lebih banyak terdapat pada siklus keluarga dengan balita (42,4%) dan anak usia sekolah (34,4%) dibandingkan siklus keluarga selain kedua siklus tersebut. Perbedaan ini bermakna secara statistik. Hal yang sama, dimana gizi kurang lebih banyak dialami oleh pasien pada siklus keluarga dengan bayi (27,3%) daripada siklus keluarga selain siklus itu, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga yang baru menikah dengan diabetes melitus tipe 2 tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dilihat dari jumlah siklus keluarga, keluarga dengan 1 (satu) siklus (33,3%) lebih banyak yang mengalami gizi kurang dibandingkan keluarga dengan jumlah siklus lainnya. Perbedaan ini secara statistik bermakna. Ditinjau dari jumlah anak, keluarga dengan <5 orang anak (24,4%) lebih banyak yang mengalami gizi kurang daripada keluarga dengan ≥ 5 orang anak, di mana perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Dilihat dari jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, keluarga dengan jumlah anggota keluarga 5-9 orang (22,7%) lebih banyak yang mengalami gizi kurang daripada keluarga dengan jumlah anggota lain. Secara statistik hubungan ini tidak bermakna.

Selain itu, dilihat dari interaksi antar anggota keluarga, keluarga yang memiliki interaksi tidak baik (30,0%) lebih banyak yang mengalami gizi kurang dibandingkan dengan keluarga dengan interaksi yang baik, namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

4.4.7. Alergi

Tabel 4.16. Hubungan Karakteristik Demografis dengan Alergi

No	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	n	%	
1.	Usia					
	≤ 18 tahun	6	21.4	22	78.6	0.005 [#]
	19 - 39 tahun*	1	10.0	9	90.0	
	40 - 59 tahun*	0	0.0	32	100.0	
	> 60 tahun*	1	3.0	32	97.0	
2.	Jenis Kelamin					
	Laki-laki	5	10.6	42	89.4	0.464 [#]
	Perempuan	3	5.4	53	94.6	
3.	Status pernikahan					
	Tidak menikah*	6	18.2	27	81.8	0.141 [#]
	Menikah	2	3.6	53	96.4	
	Janda/duda*	0	0.0	15	100.0	
4.	Pendidikan pasien					
	Rendah	7	9.1	70	90.9	0.676 [#]
	Sedang*	1	4.2	23	95.8	
	Tinggi*	0	0.0	2	100.0	
5.	Pekerjaan					
	Tidak bekerja*	6	13.3	39	86.7	1.000 [#]
	IRT*	1	3.4	28	96.6	
	Pegawai negeri**	0	0.0	1	100.0	
	Karyawan swasta**	0	0.0	4	100.0	
	Wiraswasta**	1	6.3	15	93.8	
	Pensiunan*	0	0.0	8	100.0	

* atau ** = digabung untuk mencari nilai p

= nilai p menggunakan Uji Fisher

Berdasarkan tabel 4.16., pasien dengan usia ≤18 tahun (21,4%) dan usia 19-39 tahun lebih banyak mengalami alergi daripada kriteria usia yang lain, dimana perbedaan ini secara statistik bermakna. Pasien laki-laki (10,6%) lebih banyak mengalami alergi daripada perempuan, namun secara statistik perbedaan proporsi ini tidak bermakna. Dilihat dari status pernikahan, pasien yang belum menikah (18,2%) lebih banyak mengalami alergi, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Sedangkan pasien dengan pendidikan rendah (9,1%) lebih banyak mengalami alergi, dan perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Kemudian, pasien yang tidak bekerja (13,3%) lebih banyak yang mengalami

alergi, namun hubungan ini tidak bermakna.

Tabel 4.17. Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Alergi

No.	Variabel	Ya		Tidak		p	
		n	%	n	%		
1.	Bentuk Keluarga						
	Inti	5	8.1	57	91.9	1.000 [#]	
	Extended*	1	5.3	18	94.7		
	Majemuk*	2	9.1	20	90.9		
2.	Siklus Keluarga						
	Baru menikah	Ya	0	0.0	0	0.0	
		Tidak	8	7.8	95	92.2	
	Keluarga dengan bayi	Ya	3	27.3	8	72.7	0.038 [#]
		Tidak	5	5.4	87	94.6	
	Keluarga dengan balita	Ya	6	18.2	27	81.8	0.013 [#]
		Tidak	2	2.9	68	97.1	
	Keluarga dengan anak usia sekolah	Ya	3	9.4	29	90.6	0.701 [#]
		Tidak	5	7.0	66	93.0	
	Keluarga dengan anak Remaja	Ya	3	14.3	18	85.7	0.355 [#]
		Tidak	5	6.1	77	93.9	
	Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Ya	3	4.5	64	95.5	0.124 [#]
		Tidak	5	13.9	31	86.1	
	Keluarga usia pertengahan	Ya	0	0.0	22	100.0	0.197 [#]
		Tidak	8	9.9	73	90.1	
	Keluarga dengan usia lanjut	Ya	2	6.5	29	93.5	1.000 [#]
		Tidak	6	8.3	66	91.7	
3.	Jumlah siklus dalam keluarga						
	1	1	3.3	29	96.7	0.432 [#]	
	2*	4	9.8	37	90.2		
	> 2*	3	9.4	29	90.6		
4.	Jumlah anak dalam keluarga						
	< 5	6	7.7	72	92.3	1.000 [#]	
	≥ 5	2	8.0	23	92.0		
5.	Jumlah anggota dalam sebuah rumah						
	1 s.d. 4	1	2.1	46	97.9	0.068 [#]	
	5 s.d. 9*	4	9.1	40	90.9		
	≥ 10*	3	25.0	9	75.0		
6.	Interaksi dalam keluarga						
	Baik	5	6.0	78	94.0	0.183 [#]	
	Tidak Baik	3	15.0	17	85.0		

* = digabung untuk mencari nilai p

= nilai p menggunakan Uji Fisher

Berdasarkan tabel 4.17., pasien dengan bentuk keluarga majemuk (9,1%) lebih banyak yang mengalami alergi dibandingkan dengan bentuk keluarga lain. Perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Dilihat dari siklus keluarga, alergi lebih banyak terdapat pada siklus keluarga dengan balita (18,2%) dibandingkan siklus keluarga selain siklus tersebut, perbedaan ini bermakna secara statistik. Selain itu, alergi juga banyak dialami oleh pasien pada siklus keluarga dengan bayi (27,3%), anak remaja (14,3%) dan anak usia sekolah (9,4%) dibandingkan dengan siklus keluarga selain ketiga siklus tersebut. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Sementara itu, hubungan antara siklus keluarga yang baru menikah dengan alergi tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dilihat dari jumlah siklus keluarga, keluarga dengan 2 (dua) siklus (9,8%) dan ≥ 2 siklus lebih banyak yang mengalami alergi dibandingkan keluarga dengan 1 (satu) siklus. Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Ditinjau dari jumlah anak, keluarga dengan ≥ 5 orang anak (8,0%) lebih banyak yang mengalami alergi daripada keluarga dengan < 5 orang anak, di mana perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna. Dilihat dari jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, keluarga dengan jumlah anggota keluarga ≥ 10 orang (25,0%) lebih banyak yang mengalami alergi daripada keluarga dengan jumlah anggota lain. Secara statistik hubungan ini tidak bermakna. Selain itu, dilihat dari interaksi antar anggota keluarga, keluarga yang memiliki interaksi tidak baik (15,0%) lebih banyak yang mengalami alergi dibandingkan dengan keluarga dengan interaksi yang baik, namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

4.4.8. Penyakit Saluran Cerna Non Infeksi

Tabel 4.18. Hubungan Karakteristik Demografis dengan Penyakit Saluran Cerna Non Infeksi

No	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	n	%	
1.	Usia					
	≤ 18 tahun	0	0.0	28	100.0	0.104 [#]
	19 - 39 tahun*	1	10.0	9	90.0	
	40 - 59 tahun*	2	6.3	30	93.8	
	> 60 tahun*	5	15.2	28	84.8	
2.	Jenis Kelamin					
	Laki-laki	1	2.1	46	97.9	0.068 [#]
	Perempuan	7	12.5	49	87.5	
3.	Status pernikahan					
	Tidak menikah*	0	0.0	33	100.0	0.721 [#]
	Menikah	5	9.1	50	90.9	
	Janda/duda*	3	20.0	12	80.0	
4.	Pendidikan pasien					
	Rendah	6	7.8	71	92.2	1.000 [#]
	Sedang*	2	8.3	22	91.7	
	Tinggi*	0	0.0	2	100.0	
5.	Pekerjaan					
	Tidak bekerja*	2	4.4	43	95.6	1.000 [#]
	IRT*	4	13.8	25	86.2	
	Pegawai negeri**	0	0.0	1	100.0	
	Karyawan swasta**	0	0.0	4	100.0	
	Wiraswasta**	1	6.3	15	93.8	
	Pensiunan*	1	12.5	7	87.5	

* atau **= digabung untuk mencari nilai p

= nilai p menggunakan Uji Fisher

Berdasarkan tabel 4.18., pasien dengan usia >60 tahun (15,2%) yang paling banyak mengalami penyakit saluran cerna non infeksi daripada kriteria usia yang lain, dimana perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Pasien perempuan (12,5%) lebih banyak mengalami penyakit saluran cerna non infeksi daripada laki-laki, namun secara statistik perbedaan proporsi ini tidak bermakna. Dilihat dari status pernikahan, pasien janda atau duda (20,0%) lebih banyak mengalami penyakit saluran cerna non infeksi, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Sedangkan pasien dengan pendidikan sedang (8,3%)

lebih banyak mengalami penyakit saluran cerna non infeksi, dan perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Kemudian, pasien yang merupakan ibu rumah tangga (13,8%) dan pensiunan (12,5%) lebih banyak yang mengalami penyakit saluran cerna non infeksi, namun hubungan ini tidak bermakna.

Berdasarkan tabel 4.19., pasien dengan bentuk keluarga majemuk (22,7%) lebih banyak yang mengalami penyakit saluran cerna non infeksi dibandingkan dengan bentuk keluarga lain. Perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Penyakit saluran cerna non infeksi lebih banyak dialami oleh pasien pada siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah (11,9%) daripada pasien pada siklus keluarga selain siklus tersebut. Perbedaan ini bermakna secara statistik. Di samping itu, penyakit saluran cerna non infeksi ini juga banyak terdapat pada siklus keluarga dengan usia pertengahan (18,2%) dan keluarga dengan usia lanjut (16,1%) dibandingkan dengan siklus keluarga selain kedua siklus tersebut. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Sedangkan hubungan antara siklus keluarga yang baru menikah dengan penyakit saluran cerna non infeksi tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dilihat dari jumlah siklus keluarga, keluarga dengan ≥ 2 siklus (15,6%) lebih banyak yang mengalami penyakit saluran cerna non infeksi dibandingkan keluarga dengan jumlah siklus lainnya. Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Ditinjau dari jumlah anak, keluarga dengan ≥ 5 orang anak (8,0%) lebih banyak yang mengalami penyakit saluran cerna non infeksi daripada keluarga dengan < 5 orang anak, di mana perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna. Dilihat dari jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, keluarga dengan jumlah anggota keluarga 1-4 orang (8,5%) lebih banyak yang mengalami penyakit saluran cerna non infeksi daripada keluarga dengan jumlah anggota lain. Secara statistik hubungan ini tidak bermakna. Selain itu, dilihat dari interaksi antar anggota keluarga, keluarga yang memiliki interaksi tidak baik (15,0%) lebih banyak yang mengalami penyakit saluran cerna non infeksi dibandingkan dengan keluarga dengan interaksi yang baik, namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Tabel 4.19. Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Penyakit Saluran Cerna Non Infeksi

No.	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	n	%	
1.	Bentuk Keluarga					
	Inti	2	3.2	60	96.8	0.056 [#]
	Extended*	1	5.3	18	94.7	
	Majemuk*	5	22.7	17	77.3	
2.	Siklus Keluarga					
	Baru menikah					
		Ya	0	0.0	0	0.0
		Tidak	8	7.8	95	92.2
	Keluarga dengan bayi					0.595 [#]
		Ya	0	0.0	11	100.0
		Tidak	8	8.7	84	91.3
	Keluarga dengan balita					1.000 [#]
		Ya	2	6.1	31	93.9
		Tidak	6	8.6	64	91.4
	Keluarga dengan anak usia sekolah					1.000 [#]
		Ya	2	6.3	30	93.8
		Tidak	6	8.5	65	91.5
	Keluarga dengan anak Remaja					1.000 [#]
		Ya	1	4.8	20	95.2
		Tidak	7	8.5	75	91.5
	Keluarga dengan anak meninggalkan rumah					0.048 [#]
		Ya	8	11.9	59	88.1
		Tidak	0	0.0	36	100.0
	Keluarga usia pertengahan					0.062 [#]
		Ya	4	18.2	18	81.8
		Tidak	4	4.9	77	95.1
	Keluarga dengan usia lanjut					0.051 [#]
		Ya	5	16.1	26	83.9
		Tidak	3	4.2	69	95.8
3.	Jumlah siklus dalam keluarga					
	1	1	3.3	29	96.7	0.432 [#]
	2*	2	4.9	39	95.1	
	> 2*	5	15.6	27	84.4	
4.	Jumlah anak dalam keluarga					
	< 5	6	7.7	72	92.3	1.000 [#]
	≥ 5	2	8.0	23	92.0	
5.	Jumlah anggota dalam sebuah rumah					
	1 s.d. 4	4	8.5	43	91.5	1.000 [#]
	5 s.d. 9*	3	6.8	41	93.2	
	≥ 10*	1	8.3	11	91.7	
6.	Interaksi dalam keluarga					
	Baik	5	6.0	78	94.0	0.183 [#]
	Tidak Baik	3	15.0	17	85.0	

* = digabung untuk mencari nilai p

= nilai p menggunakan Uji Fisher

4.4.9. Katarak

Tabel 4.20. Hubungan Karakteristik Demografis dengan Katarak

No	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	n	%	
1.	Usia					
	≤ 18 tahun	0	0.0	28	100.0	0.185 [#]
	19 - 39 tahun*	0	0.0	10	100.0	
	40 - 59 tahun*	2	6.3	30	93.8	
	> 60 tahun*	5	15.2	28	84.8	
2.	Jenis Kelamin					
	Laki-laki	0	0.0	47	100.0	0.015 [#]
	Perempuan	7	12.5	49	87.5	
3.	Status pernikahan					
	Tidak menikah*	0	0.0	33	100.0	0.247 [#]
	Menikah	2	3.6	53	96.4	
	Janda/duda*	5	33.3	10	66.7	
4.	Pendidikan pasien					
	Rendah	7	9.1	70	90.9	0.187 [#]
	Sedang*	0	0.0	24	100.0	
	Tinggi*	0	0.0	2	100.0	
5.	Pekerjaan					
	Tidak bekerja*	4	8.9	41	91.1	0.340 [#]
	IRT*	3	10.3	26	89.7	
	Pegawai negeri**	0	0.0	1	100.0	
	Karyawan swasta**	0	0.0	4	100.0	
	Wiraswasta**	0	0.0	16	100.0	
	Pensiunan*	0	0.0	8	100.0	

* atau **= digabung untuk mencari nilai p

= nilai p menggunakan Uji Fisher

Berdasarkan tabel 4.20., pasien dengan usia >60 tahun (15,2%) yang paling banyak mengalami katarak daripada kriteria usia yang lain, dimana perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Pasien perempuan (12,5%) lebih banyak mengalami katarak daripada laki-laki, secara statistik perbedaan proporsi ini bermakna. Dilihat dari status pernikahan, pasien janda atau duda (33,3%) lebih banyak mengalami katarak, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Sedangkan pasien dengan pendidikan rendah (9,1%) lebih banyak mengalami katarak, dan perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Kemudian, pasien yang

merupakan ibu rumah tangga (10,3%) lebih banyak yang mengalami katarak, namun hubungan ini tidak bermakna.

Tabel 4.21. Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Katarak

No.	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	N	%	
1.	Bentuk Keluarga					
	Inti	2	3.2	60	96.8	0.112 [#]
	Extended*	3	15.8	16	84.2	
	Majemuk*	2	9.1	20	90.9	
2.	Siklus Keluarga					
	Baru menikah	Ya	0	0.0	0	0.0
		Tidak	7	6.8	96	93.2
	Keluarga dengan bayi	Ya	0	0.0	11	100.0
		Tidak	7	7.6	85	92.4
	Keluarga dengan balita	Ya	3	9.1	30	90.9
		Tidak	4	5.7	66	94.3
	Keluarga dengan anak usia sekolah	Ya	2	6.3	30	93.8
		Tidak	5	7.0	66	93.0
	Keluarga dengan anak Remaja	Ya	0	0.0	21	100.0
		Tidak	7	8.5	75	91.5
	Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Ya	5	7.5	62	92.5
		Tidak	2	5.6	34	94.4
	Keluarga usia pertengahan	Ya	1	4.5	21	95.5
		Tidak	6	7.4	75	92.6
	Keluarga dengan usia lanjut	Ya	6	19.4	25	80.6
		Tidak	1	1.4	71	98.6
3.	Jumlah siklus dalam keluarga					
	1	1	3.3	29	96.7	0.670 [#]
	2*	3	7.3	38	92.7	
	> 2*	3	9.4	29	90.6	
4.	Jumlah anak dalam keluarga					
	< 5	4	5.1	74	94.9	0.356 [#]
	≥ 5	3	12.0	22	88.0	
5.	Jumlah anggota dalam sebuah rumah					
	1 s.d. 4	3	6.4	44	93.6	1.000 [#]
	5 s.d. 9*	3	6.8	41	93.2	
	≥ 10*	1	8.3	11	91.7	
6.	Interaksi dalam keluarga					
	Baik	6	7.2	77	92.8	1.000 [#]
	Tidak Baik	1	5.0	19	95.0	

* = digabung untuk mencari nilai p

= nilai p menggunakan Uji Fisher

Berdasarkan tabel 4.21., pasien dengan bentuk keluarga *extended* (15,8%) lebih banyak yang mengalami katarak dibandingkan dengan bentuk keluarga lain. Perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Katarak lebih banyak terdapat pada siklus keluarga dengan usia lanjut (19,4%) dibandingkan dengan siklus keluarga selain siklus tersebut. Perbedaan ini bermakna secara statistik. Selain itu, katarak juga banyak terdapat pada siklus keluarga dengan balita (9,1%) dan siklus dengan anak yang meninggalkan rumah (7,5%) dibandingkan siklus keluarga selain kedua siklus tersebut. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga yang baru menikah dengan katarak tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dilihat dari jumlah siklus keluarga, keluarga dengan ≥ 2 siklus (9,4%) lebih banyak yang mengalami katarak dibandingkan keluarga dengan jumlah siklus lainnya. Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Ditinjau dari jumlah anak, keluarga dengan ≥ 5 orang anak (12,0%) lebih banyak yang mengalami katarak daripada keluarga dengan < 5 orang anak, di mana perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna. Dilihat dari jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, keluarga dengan jumlah anggota keluarga ≥ 10 orang (8,3%) lebih banyak yang mengalami katarak daripada keluarga dengan jumlah anggota lain. Secara statistik hubungan ini tidak bermakna. Selain itu, dilihat dari interaksi antar anggota keluarga, keluarga yang memiliki interaksi baik (7,2%) lebih banyak yang mengalami katarak dibandingkan dengan keluarga dengan interaksi yang tidak baik, namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

4.4.10. Penyakit Muskuloskeletal

Tabel 4.22. Hubungan Karakteristik Demografis dengan Penyakit Muskuloskeletal

No	Variabel	Ya		Tidak		p
		N	%	n	%	
1.	Usia					
	≤ 18 tahun	0	0.0	28	100.0	0.186 [#]
	19 - 39 tahun*	0	0.0	10	100.0	
	40 - 59 tahun*	4	12.5	28	87.5	
	> 60 tahun*	2	6.1	31	93.9	
2.	Jenis Kelamin					
	Laki-laki	4	8.5	43	91.5	0.408 [#]
	Perempuan	2	3.6	54	96.4	
3.	Status pernikahan					
	Tidak menikah*	1	3.0	32	97.0	0.683 [#]
	Menikah	4	7.3	51	92.7	
	Janda/duda*	1	6.7	14	93.3	
4.	Pendidikan pasien					
	Rendah	4	5.2	73	94.8	0.641 [#]
	Sedang*	1	4.2	23	95.8	
	Tinggi*	1	50.0	1	50.0	
5.	Pekerjaan					
	Tidak bekerja*	2	4.4	43	95.6	0.599 [#]
	IRT*	1	3.4	28	96.6	
	Pegawai negeri**	0	0.0	1	100.0	
	Karyawan swasta**	1	25.0	3	75.0	
	Wiraswasta**	1	6.3	15	93.7	
	Pensiunan*	1	12.5	7	87.5	

* atau ** = digabung untuk mencari nilai p

= nilai p menggunakan Uji Fisher

Berdasarkan tabel 4.22., pasien dengan usia 40-59 tahun (12,5%) yang paling banyak mengalami penyakit muskuloskeletal daripada kriteria usia yang lain, dimana perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Pasien laki-laki (8,5%) lebih banyak mengalami penyakit muskuloskeletal daripada perempuan, secara statistik perbedaan proporsi ini bermakna. Dilihat dari status pernikahan, pasien yang telah menikah (7,3%) lebih banyak mengalami penyakit muskuloskeletal, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Sedangkan pasien dengan pendidikan tinggi (50,0%) lebih banyak mengalami penyakit muskuloskeletal, dan perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Kemudian,

pasien yang berprofesi sebagai karyawan swasta (25,0%) lebih banyak yang mengalami penyakit muskuloskeletal, namun hubungan ini tidak bermakna.

Tabel 4.23. Hubungan Profil Keluarga Pasien dengan Penyakit Muskuloskeletal

No.	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	n	%	
1.	Bentuk Keluarga					
	Inti	4	6.5	58	93.5	1.000 [#]
	Extended*	2	10.5	17	89.5	
	Majemuk*	0	0.0	22	100.0	
2.	Siklus Keluarga					
	Baru menikah	Ya	0	0.0	0	0.0
		Tidak	6	5.8	97	94.2
	Keluarga dengan bayi	Ya	0	0.0	11	100.0
		Tidak	6	6.5	86	93.5
	Keluarga dengan balita	Ya	0	0.0	33	100.0
		Tidak	6	8.6	64	91.4
	Keluarga dengan anak usia sekolah	Ya	1	3.1	31	96.9
		Tidak	5	7.0	6	93.0
	Keluarga dengan anak Remaja	Ya	1	4.8	20	95.2
		Tidak	5	6.1	77	93.9
	Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Ya	5	7.5	62	92.5
		Tidak	1	2.8	35	97.2
	Keluarga usia pertengahan	Ya	2	9.1	20	90.9
		Tidak	4	4.9	77	95.1
	Keluarga dengan usia lanjut	Ya	3	9.7	28	90.3
		Tidak	3	4.2	69	95.8
3.	Jumlah siklus dalam keluarga					
	1	1	3.3	29	96.7	0.669 [#]
	2*	4	9.8	37	90.2	
	> 2*	1	3.1	31	96.9	
4.	Jumlah anak dalam keluarga					
	< 5	4	5.1	74	94.9	0.631 [#]
	≥ 5	2	8.0	23	92.0	
5.	Jumlah anggota dalam sebuah rumah					
	1 s.d. 4	3	6.4	44	93.6	1.000 [#]
	5 s.d. 9*	0	6.8	41	93.2	
	≥ 10*	0	0.0	12	100.0	
6.	Interaksi dalam keluarga					
	Baik	6	7.2	77	92.8	0.594 [#]
	Tidak Baik	0	0.0	20	100.0	

* = digabung untuk mencari nilai p

= nilai p menggunakan Uji Fisher

Berdasarkan tabel 4.23., pasien dengan bentuk keluarga *extended* (10,5%) lebih banyak yang mengalami penyakit muskuloskeletal dibandingkan dengan bentuk keluarga lain. Perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Penyakit muskuloskeletal lebih banyak terdapat pada siklus keluarga usia lanjut (9,7%), usia pertengahan (9,1%), dan keluarga dengan anak meninggalkan rumah (7,5%) dibandingkan dengan siklus keluarga selain ketiga siklus tersebut. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Hubungan antara siklus keluarga yang baru menikah dengan penyakit muskuloskeletal tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dilihat dari jumlah siklus keluarga, keluarga dengan 2 (dua) siklus (9,8%) lebih banyak yang mengalami penyakit muskuloskeletal dibandingkan keluarga dengan jumlah siklus lainnya. Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Ditinjau dari jumlah anak, keluarga dengan ≥ 5 orang anak (8,0%) lebih banyak yang mengalami penyakit muskuloskeletal daripada keluarga dengan < 5 orang anak, di mana perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna. Dilihat dari jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, keluarga dengan jumlah anggota keluarga 5-9 orang (6,8%) lebih banyak yang mengalami penyakit muskuloskeletal daripada keluarga dengan jumlah anggota lain. Secara statistik hubungan ini tidak bermakna. Selain itu, dilihat dari interaksi antar anggota keluarga, keluarga yang memiliki interaksi baik (7,2%) lebih banyak yang mengalami penyakit muskuloskeletal dibandingkan dengan keluarga dengan interaksi yang tidak baik, namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

BAB 5 PEMBAHASAN

5.1. Kelebihan dan Kekurangan Penelitian

Penelitian hubungan antara karakteristik demografis dan profil keluarga dengan penyakit non infeksi di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2006-2008, memiliki beberapa kelebihan dan kekurangan baik dalam metode maupun pelaksanaannya. Kelebihan penelitian ini adalah pemilihan topik penelitian tentang profil penyakit non infeksi di KDK FKUI yang belum pernah diteliti sebelumnya di Indonesia. Oleh karena itu, hasil penelitian ini dapat digunakan untuk mengetahui prevalensi penyakit non infeksi yang dialami oleh keluarga binaan KDK FKUI.

Namun penelitian ini juga memiliki kekurangan. Penelitian ini menggunakan sampel dari laporan studi kasus keluarga binaan KDK FKUI, sehingga faktor ketidaklengkapan data tidak dapat dihindarkan. Hal ini menyebabkan dari 200 sampel, hanya 103 sampel yang dapat digunakan. Namun jumlah ini telah melebihi batas minimal jumlah besar sampel penelitian yang dibutuhkan.

5.2. Karakteristik Demografis Pasien

Penelitian ini memperlihatkan bahwa usia pasien yang berkunjung ke KDK FKUI sebagian besar adalah pasien yang berusia ≤ 18 tahun, 40-59 tahun, dan ≥ 60 tahun. Hal ini sesuai dengan data profil kesehatan Indonesia 2007 kelompok usia terbanyak adalah kelompok usia produktif (15-64 tahun).³⁸

Proporsi pasien sampel berdasarkan jenis kelamin adalah 56 orang perempuan (54,4%) dan 47 orang laki-laki (45,6%) dengan rasio jenis kelamin (laki-laki/perempuan) yang diperoleh adalah 83,9%. Hal ini tidak sesuai dengan data dari Badan Pusat Statistik Indonesia dimana perbandingan perempuan dan laki-laki hingga tahun 2008 adalah 113.728.000 jiwa : 114.051.100 jiwa dengan rasio hampir 100% dengan jumlah perempuan sedikit lebih rendah dibandingkan jumlah laki-laki.³⁹ Ketidaksesuaian hasil ini diperkirakan karena perbedaan jumlah sampel pada masing-masing penelitian.

Penelitian ini juga menunjukkan sebagian besar pasien yang datang ke

KDK FKUI adalah pasien yang telah menikah. Berdasarkan penelitian *Widiyanto* (2009), pasien yang telah menikah merupakan pasien usia pertengahan/lanjut yang menjadi faktor resiko timbulnya penyakit non infeksi (degeneratif) dan pada usia tersebut dukungan dari keluarga menjadi lebih rendah, sehingga rentan terhadap penyakit.

Berdasarkan pengelompokan atas tingkat pendidikan, didapatkan 74,8% pasien dengan pendidikan rendah (tidak sekolah, tidak tamat SD, tamat SD, tidak tamat SMP, dan tamat SMP) yang merupakan angka tertinggi dari keseluruhan sampel penelitian. Sedangkan berdasarkan Statistik Kesra tahun 2007, penduduk usia 10 tahun ke atas yang masih bersekolah adalah sebesar 19,18%, dengan rincian yang bersekolah di SD/MI sebesar 7,81%, SLTP/MTs sebesar 5,88%, SMU/SM sebesar 3,92%, dan Akademi/Universitas sebesar 1,57%.³⁸

Sebagian besar pasien yang datang ke KDK FKUI adalah pasien yang tidak bekerja (43,7%). Hasil Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) Badan Pusat Statistik (BPS) dalam bulan Februari 2007, menunjukkan tingkat pengangguran tertinggi di Pulau Jawa sebesar 10,39% sedangkan terendah di Bali dan Nusa Tenggara sebesar 5,49%.³⁸ Perbedaan hasil ini diperkirakan karena jumlah sampel yang diteliti berbeda.

5.3. Profil Keluarga Pasien

Sebagian besar pasien yang berkunjung ke KDK FKUI berada dalam bentuk keluarga inti (60,2%), yang terdiri dari orang tua dan anak-anak kandung. Hal ini mirip dengan penelitian dari WHO yang menyatakan bahwa distribusi bentuk keluarga inti baik *couple-only families* maupun *single parent families* dengan anak yang mandiri di beberapa negara meningkat.⁴⁰ Peningkatan *single and couple-only family* telah diteliti di dunia, tidak hanya di negara maju, tetapi juga di negara berkembang. Pada tahun 1993, *Basic Survey on National Life by the Ministry of Health and Welfare* melaporkan terdapat 65% keluarga tanpa anak di antara seluruh keluarga di Jepang.⁴⁰

Bentuk keluarga inti memiliki keunggulan dalam hal pemenuhan kebutuhan gizi dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Karena pendapatan digunakan untuk anggota keluarga dengan jumlah relatif sedikit, maka mereka

dapat membeli cukup makanan yang bergizi dan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia dengan baik.¹² Namun bentuk keluarga inti merupakan bentuk keluarga yang kurang baik dalam mengatasi suatu penyakit karena keluarga ini sangat memperhatikan kebutuhan emosi anggota keluarganya, dimana keterlibatan emosi yang sedemikian erat sehingga dapat menyebabkan ketergantungan dan menghambat proses penyembuhan.⁴¹

Sementara itu, proporsi siklus keluarga terbanyak adalah keluarga dengan anak yang mulai meninggalkan rumah (65,0%). Hal ini berarti pasien memiliki anggota keluarga yang tidak lengkap sehingga dukungan keluarga terhadap kesehatan pasien akan berkurang. Berkurangnya dukungan ini akan mempengaruhi morbiditas pasien, baik dalam hal kemudahan timbulnya penyakit, keparahan penyakit yang dialami, pengobatan yang akan dijalani maupun respon terhadap pengobatan.^{4,10,41,42}

Jumlah siklus keluarga terbanyak adalah dua siklus (39,8%). Ini menunjukkan bahwa keluarga pasien berada dalam dua tahapan keluarga yang berbeda. Dengan demikian, keluarga pasien akan mengalami lebih banyak masalah kesehatan sesuai dengan masing-masing siklus keluarga.¹⁰

Berdasarkan jumlah anak dalam satu keluarga, dua pertiga dari jumlah total keluarga pasien yang datang ke KDK FKUI memiliki anak ≤ 5 orang (75,7%) dengan rata-rata 3 (tiga) orang anak. Dengan jumlah anak yang relatif sedikit, baik kebutuhan kasih sayang maupun kebutuhan materi anak-anak dapat terpenuhi dengan baik.¹² Pada dasarnya jumlah anak akan mempengaruhi jumlah insidens penyakit non infeksi yang bersifat genetik atau familial.

Dari penelitian ini diketahui bahwa sebanyak 45,6% pasien berada dalam keluarga dengan 1-4 orang anggota keluarga dalam satu rumah. Banyaknya jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah ini akan mempengaruhi penyebaran penyakit terutama penyakit infeksi. Semakin banyak anggota keluarga yang tinggal serumah maka semakin mudah penyebaran penyakit tersebut. Namun jumlah anggota keluarga dalam satu rumah tidak terlalu berpengaruh terhadap penyakit non infeksi.

Berdasarkan interaksi antar anggota keluarga, sebanyak 80,6% pasien memiliki interaksi yang baik. Dengan demikian dukungan emosional keluarga

terhadap pasien baik sehingga dapat meningkatkan kesehatan pasien.⁴²

5.4. Pola Penyakit Non Infeksi

Sebaran pola penyakit pasien KDK FKUI tahun 2006-2008 dapat dilihat pada tabel 4.3. Pada tabel 4.3 tampak bahwa jumlah total frekuensi penyakit yang ada (203) melebihi jumlah sampel yang diteliti (103). Hal ini disebabkan terdapat beberapa pasien yang memiliki lebih dari satu penyakit non infeksi sehingga kontribusi sampel untuk variabel penyakit lebih dari satu.

Penelitian ini menunjukkan bahwa sepuluh penyakit non infeksi yang paling banyak dialami oleh pasien KDK FKUI tahun 2006-2008 adalah hipertensi derajat II (36,9%), diabetes melitus tipe 2 (33,0%), gizi kurang (21,4%), obesitas derajat I (18,4%), hipertensi derajat I (18,4%), alergi makanan/obat (7,8%), penyakit saluran cerna non infeksi (7,8%), katarak (6,8%), penyakit muskuloskeletal (5,8%), dan obesitas derajat II (4,9%). Hasil penelitian ini berbeda dengan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2005 memperlihatkan stroke hemoragik atau iskemik (4,87%), perdarahan intrakranial (3,71%), septisemia (3,18%), gagal ginjal lainnya (3,16%), penyakit jantung lainnya (2,67%), diabetes melitus (2,16%), hipoksia intrauterus dan asfiksia lahir (1,95%), penyakit radang susunan saraf pusat (1,86%), gagal jantung (1,77%), hipertensi esensial (1,62%) sebagai sepuluh penyakit non infeksi yang merupakan penyebab kematian terbanyak di rumah sakit di Indonesia.⁴³

Sementara itu, data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2006 yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia, dimana proporsi penyakit non infeksi sebagai penyebab kematian terbanyak di rumah sakit di Indonesia adalah stroke hemoragik atau iskemik (5,4%), pneumonia (3,0%), diabetes melitus (2,9%), hipertensi esensial (2,1%), penyakit jantung iskemik lainnya (1,6), asma (0,9%), dispepsia (0,4%), gastritis dan duodenitis (0,4%), penyakit apendiks (0,2%), dan infeksi saluran napas bagian atas akut lainnya (0,1%).⁴⁴

Dari temuan di atas, terdapat perbedaan yang signifikan antara pola penyakit di KDK FKUI tahun 2006-2008 dengan data profil kesehatan Indonesia tahun 2005, 2006 maupun 2007. Hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan jumlah

sampel data yang digunakan. Departemen Kesehatan menggunakan sistem pelaporan data pasien yang berkunjung ke rumah sakit di seluruh Indonesia, sedangkan penelitian ini menggunakan data laporan studi kasus pasien yang datang ke KDK FKUI, dimana telah melalui proses penyaringan kelengkapan data.

5.5. Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga dengan Penyakit Non Infeksi

5.5.1. Hipertensi

Dari penelitian ini dapat diketahui bahwa dari 103 pasien yang datang ke KDK FKUI selama tahun 2006 – 2008, sebanyak 36,9% pasien mengalami hipertensi derajat II dan 18,4% pasien mengalami hipertensi derajat I.

Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2005 dan 2006, prevalensi hipertensi di Indonesia berturut-turut adalah 2,93% dan 4,67%.^{43,44} Sedangkan data dari *The National Health and Nutrition Examination Survey* (NHNES) menunjukkan bahwa dari tahun 1999-2000 insiden hipertensi pada orang dewasa di Amerika adalah sekitar 29-31%.⁴⁵ Hal tersebut menunjukkan bahwa hipertensi merupakan salah satu penyakit yang sering dijumpai saat ini.

Dari segi demografis, peningkatan jumlah penduduk terutama penduduk usia lanjut juga berperan terhadap semakin tingginya prevalensi hipertensi. Data epidemiologi yang ada menunjukkan bahwa dengan makin meningkatnya populasi usia lanjut, maka jumlah pasien dengan hipertensi kemungkinan besar akan bertambah.⁴⁶ Seperti halnya pada penelitian *Sorel* (1991) dan *Fields* (2004), dikatakan bahwa terdapat hubungan linier antara hipertensi dengan usia.⁴⁷

Pada penelitian *Manuck*, didapatkan bahwa prevalensi hipertensi meningkat dengan bertambahnya usia. Pada masa dewasa awal, laki-laki lebih banyak mengalami hipertensi daripada perempuan ras Afrika Amerika, namun pada masa dewasa pertengahan, prevalensi pasien perempuan meningkat. Dan pada masa usia lanjut, pasien perempuan tetap lebih tinggi daripada laki-laki.⁴⁶ Hal ini sesuai dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa hipertensi paling banyak dialami oleh pasien dengan usia 40-59 tahun dan ≥ 60 tahun, dan

sebagian besar adalah perempuan. Data ini juga dapat menjelaskan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa hipertensi banyak dialami oleh pasien yang berada dalam siklus keluarga dengan usia pertengahan (50-60 tahun). Di samping itu, dijelaskan bahwa terjadi peningkatan karakteristik hemodinamik tekanan darah seiring dengan bertambahnya usia.⁴⁷

Baik tekanan darah sistolik (TDS) maupun tekanan darah diastolik (TDD) meningkat sesuai dengan meningkatnya usia. TDS meningkat secara progresif sampai umur 70-80 tahun, sedangkan TDD meningkat sampai usia 50-60 tahun dan kemudian cenderung menetap atau sedikit menurun. Kombinasi perubahan ini sangat mungkin mencerminkan adanya pengakuan dan penebalan dinding pembuluh darah serta penurunan elastisitas arteri dan ini mengakibatkan peningkatan tekanan nadi sesuai dengan usia. Penurunan elastisitas pembuluh darah menyebabkan peningkatan resistensi vaskuler perifer.

Hasil penelitian ini menunjukkan hasil bahwa hipertensi baik derajat I maupun derajat II banyak dialami oleh pasien yang telah menjadi janda atau duda. Hasil serupa juga dilaporkan dari penelitian di *University of Pittsburgh*, dimana janda 6 kali lebih banyak mengalami penyakit degeneratif daripada wanita dengan status menikah.⁴⁸

Studi *Hitti* (2008) menyatakan bahwa keluarga yang bahagia memiliki tekanan darah yang paling baik, diikuti oleh pasien yang lajang dan keluarga yang tidak bahagia.⁴⁹ Hubungan pasangan suami istri yang buruk dan kurangnya dukungan dari salah satu pasangan akan meningkatkan tekanan darah sistolik sebesar 2,8 mmHg dalam satu tahun. Sebaliknya, hubungan pernikahan yang baik akan menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 2,5 mmHg dalam satu tahun.⁵⁰ Hasil kedua penelitian tersebut senada dengan hasil penelitian ini dimana janda atau duda lebih banyak mengalami hipertensi daripada pasien yang tidak menikah ataupun yang telah menikah.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pasien pensiunan dan ibu rumah tangga lebih banyak mengalami hipertensi, namun hal ini berbeda dengan penelitian *Tobe* (2005) yang menyatakan bahwa pekerjaan yang menyebabkan stress akan meningkatkan tekanan darah seseorang baik secara klinis maupun statistik.⁵⁰ Penelitian lain menyebutkan bahwa laki-laki dengan pekerjaan yang

menyebabkan stress memiliki tekanan darah yang relatif lebih tinggi dibanding yang pekerjaannya tidak menimbulkan stress.⁵¹

Penelitian ini menggambarkan bahwa pasien yang mengalami hipertensi derajat I berada dalam bentuk keluarga majemuk sedangkan hipertensi derajat II pada keluarga *extended* dengan hubungan yang bermakna. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian *Turagabeci* (2007), yang menyatakan bahwa sebagian besar pasien yang mengalami hipertensi berada dalam bentuk keluarga inti.⁴⁰ Hal tersebut senada dengan beberapa studi yang menggambarkan bahwa komposisi yang kompleks pada keluarga *extended* akan meningkatkan dukungan antar anggota keluarga sehingga dapat menurunkan status kesehatan yang buruk, memperkuat kesadaran akan kesehatan dan secara tidak langsung akan meningkatkan kualitas hidup.⁴⁰

Pada penelitian ini ditemukan bahwa hipertensi derajat I lebih banyak dialami oleh pasien dengan siklus keluarga usia lanjut (29,0%) dan keluarga dengan anak meninggalkan rumah (25,4%) dibandingkan dengan siklus keluarga lainnya. Sama halnya dengan hipertensi derajat II dimana lebih banyak dialami oleh pasien yang berada dalam siklus keluarga usia pertengahan (68,2%), keluarga usia lanjut (54,8%) dan keluarga dengan anak meninggalkan rumah (44,8%) dibandingkan dengan siklus keluarga lain. Temuan ini sesuai dengan data epidemiologis yang menyatakan bahwa jumlah pasien hipertensi semakin bertambah seiring dengan meningkatnya populasi usia lanjut. Dikatakan bahwa hipertensi sering terjadi pada orang yang berusia >65 tahun, sedangkan individu yang berusia 55 tahun memiliki risiko 90% untuk mengalami hipertensi.⁴⁵

5.5.2. Obesitas

Penelitian ini menunjukkan bahwa dari 103 pasien yang datang ke KDK FKUI tahun 2006-2008, sebanyak 18,4% pasien mengalami obesitas derajat I dan 4,9% pasien mengalami obesitas derajat II. Penelitian lain yang dilakukan di Kayu putih Jakarta tahun 1992 menunjukkan prevalensi obesitas sebesar 17,1%.⁵² Temuan ini menunjukkan telah terjadi peningkatan prevalensi obesitas. Senada dengan hal tersebut, studi epidemiologi di Amerika Serikat menyatakan prevalensi obesitas meningkat tiga kali lipat dalam 30 tahun terakhir (*Ogden*, 2002).

Penelitian lain oleh *Deckelbaum* dan *Williams* tahun 2001 melaporkan bahwa 22 juta anak di dunia termasuk dalam golongan *overweight* atau *obese*.⁵³

Prevalensi obesitas yang cenderung semakin meningkat berkaitan dengan urbanisasi serta mudahnya mendapat makanan dan banyaknya jumlah makanan yang tersedia. Perubahan status ekonomi serta perubahan gaya hidup terutama pada anak dan remaja juga banyak berpengaruh terhadap meningkatnya prevalensi obesitas.⁵²

Pada hasil penelitian ini didapatkan bahwa obesitas banyak dialami oleh pasien yang berusia 19-39 tahun (20,0%) dan 40-59 tahun (37,5%). Hal yang sama juga dikemukakan oleh *Wang* dan *Beydoun* (2007) yang menyatakan bahwa dari seluruh laki-laki dan perempuan yang berusia 20 tahun ke atas, 34,42% mengalami obesitas, sedangkan yang berusia 60 tahun ke atas lebih dari 70% mengalami obesitas pada tahun 1999-2004.⁵⁴

Hal yang sama juga diungkapkan oleh *Ministry of social development New Zealand* bahwa pada tahun 1997, prevalensi obesitas pada populasi usia 15 tahun ke atas sebesar 19%, kemudian meningkat menjadi 24% pada tahun 2002/2003 dan menjadi 25% pada tahun 2006/2007. Faktor utama yang meningkatkan angka obesitas adalah perubahan pola makan dan aktivitas fisik.⁵⁵ Senada dengan itu, dari penelitian *Borders* (2006) yang memaparkan bahwa populasi pasien yang banyak mengalami obesitas adalah kelompok usia 45-54 tahun (32,75%), usia 35-44 tahun (31,54%), dan usia 25-34 tahun (30,05%).⁵⁶

Berdasarkan jenis kelamin, perempuan (4,25%) lebih banyak mengalami obesitas,⁵⁶ mirip dengan hasil penelitian ini dimana presentase pasien perempuan yang mengalami obesitas derajat I dan II masing-masing 25,0% dan 7,1%, yang juga lebih tinggi dari laki-laki (10,6% dan 2,1%). Selain itu, pada penelitian *NHANES (National Health and Nutrition Examination Surveys)* tahun 1971-2001 juga menunjukkan bahwa presentase perempuan yang mengalami obesitas lebih tinggi daripada laki-laki.⁵⁴

Dilihat dari status pernikahan, proporsi pasien yang menikah (26,3%) lebih banyak mengalami obesitas (*Borders*, 2006).⁵⁶ Hasil yang sama juga ditunjukkan oleh hasil penelitian ini, dimana presentase pasien yang menikah lebih banyak mengalami obesitas baik derajat I maupun II (23,6% dan 9,1%).

Hasil penelitian ini menunjukkan obesitas banyak dialami oleh pasien dengan pendidikan rendah dan sedang. Sama halnya dengan hasil penelitian *Borders* (2006), dimana pasien dengan pendidikan sekolah menengah atas (27,83%) dan pendidikan di bawah sekolah menengah atas (26,83%) lebih banyak mengalami obesitas.⁵⁶

Berdasarkan pekerjaan, hasil penelitian ini menunjukkan 100,0% pasien yang merupakan pegawai negeri mengalami obesitas derajat I. Senada dengan hasil penelitian *Borders* (2006), dimana pasien yang bekerja/pegawai (25,63%) lebih banyak yang mengalami obesitas.⁵⁶ Namun 24,08% pasien yang tidak bekerja/bukan pegawai juga mengalami obesitas.⁵⁶ Mirip dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa terdapat ibu rumah tangga yang mengalami obesitas derajat I (31,1%) dan obesitas derajat II (10,3%).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa obesitas derajat I banyak terdapat pada bentuk keluarga *extended* (21,1%) dan obesitas derajat II pada bentuk keluarga majemuk (9,1%) dibandingkan dengan siklus keluarga yang selain siklus tersebut. Hal ini juga berbeda dengan hasil penelitian *Crossman* di Amerika Serikat yang menyatakan bahwa bentuk keluarga inti merupakan salah satu faktor risiko jangka panjang terjadinya obesitas.⁵⁷ Penelitian lain oleh *Gibson* juga menunjukkan bahwa keluarga inti (*mother single parent*) dapat meningkatkan risiko terjadinya obesitas.⁵⁸ Perbedaan ini mungkin disebabkan oleh kurangnya perhatian orang tua terhadap anak terutama dalam hal pengontrolan makan pada keluarga *extended* dan majemuk.^{3,57}

Pada penelitian ini ditemukan bahwa obesitas derajat I lebih banyak terdapat pada pasien dalam siklus keluarga usia pertengahan (36,4%) daripada siklus keluarga selain siklus tersebut. Hal ini sedikit berbeda dari hasil survei nasional oleh Depkes pada tahun 1996/1997 di ibukota provinsi seluruh Indonesia yang menunjukkan bahwa *overweight* maupun obesitas mencapai puncaknya pada usia 40-49 tahun yaitu masing-masing 24,4% dan 23% pada laki-laki dan 30,4% dan 43% pada wanita. Sementara itu, survei obesitas pada remaja di Yogyakarta menunjukkan bahwa 7,8% remaja di perkotaan dan 2% remaja di pedesaan mengalami obesitas (*Hadi*, 2004).⁵⁹ Perbedaan ini mungkin disebabkan oleh perbedaan jumlah sampel dan jenis variabel yang diteliti.

Selain itu hasil penelitian *Borders* menunjukkan bahwa keluarga dengan ≥ 3 orang anak (25,27%) lebih banyak mengalami obesitas.⁵⁶ Mirip dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa sebanyak 20,0% keluarga dengan ≥ 5 orang anak mengalami obesitas derajat I serta 5,1% keluarga dengan < 5 orang anak lebih banyak mengalami obesitas derajat II.

5.5.3. Diabetes Melitus Tipe 2

Pada hasil penelitian ini, diabetes melitus tipe 2 (33,0%) menempati urutan ke-2 teratas penyakit yang paling banyak dialami oleh pasien di KDK FKUI. Pada penelitian yang dilakukan Departemen Kesehatan, didapatkan bahwa prevalensi diabetes sebesar 12,7% dari seluruh penduduk Indonesia. Tidak jauh berbeda dengan survei yang dilakukan oleh *WHO*, Indonesia menempati urutan ke-4 terbesar dalam jumlah penderita Diabetes Melitus dengan prevalensi 8,6% dari total penduduk, sedangkan urutan di atasnya India, China dan Amerika Serikat.⁶⁰

Data Departemen Kesehatan menyebutkan bahwa jumlah pasien diabetes mellitus rawat inap maupun rawat jalan di rumah sakit menempati urutan pertama dari seluruh penyakit endokrin. Di samping itu, *Diabetic Federation* mengestimasi bahwa jumlah penderita Diabetes mellitus yang pada tahun 2001 sebanyak 5,6 juta penderita diabetes untuk usia di atas 20 tahun, akan meningkat menjadi 8,2 juta pada tahun 2020, bila tidak dilakukan upaya perubahan pola hidup sehat para penderita.⁶⁰

Menurut penelitian epidemiologi, kekerapan diabetes melitus di Indonesia berkisar antara 1,4-1,6%. Suatu penelitian di Kayu Putih Jakarta tahun 1993 menunjukkan bahwa kekerapan diabetes melitus di daerah tersebut (daerah urban) adalah 5,69%. Sedangkan penelitian di daerah rural di Jawa Barat tahun 1995 menunjukkan prevalensi diabetes melitus hanya 1,1%. Penelitian terakhir antara tahun 2001 dan 2005 di daerah Depok didapatkan prevalensi diabetes melitus tipe 2 meningkat menjadi sebesar 14,7%.⁶¹

Dari data-data di atas dapat diketahui bahwa prevalensi diabetes melitus semakin meningkat dari tahun ke tahun. Peningkatan prevalensi ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain:

- faktor demografi: jumlah penduduk meningkat, penduduk usia lanjut bertambah banyak, urbanisasi semakin tidak terkendali,
- gaya hidup kebarat-baratan: penghasilan perkapita tinggi, restoran siap santap semakin banyak, teknologi canggih menimbulkan *sedentary life* (kurang gerak badan),
- berkurangnya penyakit infeksi dan gizi kurang,
- meningkatnya pelayanan kesehatan sehingga umur pasien diabetes melitus menjadi lebih panjang.⁶¹

Diabetes melitus tipe 2 banyak dialami oleh pasien KDK FKUI yang berusia 40-59 tahun (50,0%) dan ≥ 60 tahun (48,5%) dengan hubungan yang bermakna secara statistik. Selain itu diabetes melitus juga lebih banyak dialami oleh siklus keluarga usia pertengahan (59,1%) dan siklus keluarga usia lanjut (48,4%). Hal ini senada dengan penelitian *National Health and Nutrition Examination Survey* tahun 1999–2002 yang menunjukkan bahwa populasi yang banyak mengalami diabetes adalah usia ≥ 60 tahun (15,1%) diikuti oleh usia 40-59 tahun (6,6%).⁶² Hal yang sama juga dikemukakan oleh *National Diabetes Statistics*, bahwa kelompok usia yang paling banyak mengalami DM adalah ≥ 60 tahun (23,1%) dan diikuti dengan kelompok usia 40-59 tahun (10,8%).⁶³

DM meningkat pada usia lanjut, dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu penurunan sekresi insulin, peningkatan resistensi insulin, penurunan aktivitas fisik, peningkatan jaringan adiposa, dan penggunaan obat-obatan penyakit lain yang memiliki efek samping meningkatkan kadar glukosa darah.

Pada penelitian *Wild*, disebutkan bahwa secara global prevalensi diabetes melitus sama antara laki-laki dan perempuan, tetapi pada usia ≥ 65 tahun, prevalensi diabetes melitus pada perempuan menjadi lebih tinggi.⁶⁴ Senada dengan hasil penelitian ini, dimana pasien perempuan (33,9%) lebih banyak mengalami diabetes melitus dibandingkan laki-laki (31,9%).

Pada penelitian ini ditemukan bahwa diabetes melitus banyak dialami oleh janda/duda (53,3%) hal ini mirip dengan studi yang dilaporkan oleh *University of Pittsburgh* (2006), dimana janda enam kali lebih banyak mengalami sindrom metabolik dan penyakit degeneratif daripada wanita dengan status menikah.⁴⁸

Pada *National Health and Nutrition Examination Survey* tahun 1999–2002 juga dipaparkan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan rendah lebih banyak mengalami diabetes melitus daripada yang tingkat pendidikannya tinggi.⁶² Hal ini berbeda dengan hasil penelitian ini yang menyatakan bahwa pasien dengan pendidikan tinggi yang lebih banyak mengalami diabetes melitus.

Ditinjau dari jumlah anak dalam keluarga, diabetes melitus lebih banyak dialami oleh keluarga dengan jumlah anak ≥ 5 orang (52,0%) daripada keluarga dengan jumlah anak < 5 orang. Hal ini diperkirakan berkaitan dengan pola makan keluarga tersebut. Suatu studi di Yogyakarta menyebutkan bahwa anak sekolah dan remaja cenderung untuk mengkonsumsi makanan cepat saji, dimana hal ini menunjukkan hubungan yang bermakna dengan obesitas.⁵⁹ Bersamaan dengan meningkatnya obesitas, prevalensi diabetes melitus juga meningkat.⁶⁵

5.5.4. Gizi Kurang

Pada hasil penelitian ini dinyatakan bahwa sebanyak 21,4% pasien yang datang ke KDK FKUI mengalami gizi kurang. Berdasarkan data *World Health Statistics 2008*, prevalensi gizi kurang di Indonesia pada tahun 2004 adalah sebesar 19,7%, merupakan urutan ke-39 dari 102 negara yang penduduknya mengalami gizi kurang.¹⁵

Sedangkan data *WHO Global Database on Child Growth and Nutrition* menggambarkan prevalensi gizi kurang di Indonesia anak di bawah 5 tahun sebesar 20-29%.⁶⁶ Senada dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan pasien usia ≤ 18 tahun (57,1%) yang paling banyak mengalami gizi kurang. Prevalensi gizi kurang pada usia muda berkaitan dengan prevalensi Bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR) atau infeksi pada bayi/anak dimana terjadi penurunan sistem imun, misalnya HIV yang didapat dari ibu.

Berdasarkan status pernikahan, gizi kurang banyak dialami oleh pasien yang tidak menikah (48,5%). Penelitian oleh *Widiyanto*, juga menunjukkan bahwa pasien yang tidak menikah di KDK FKUI tahun 2006-2008 lebih banyak mengalami gizi kurang (46,2%) daripada pasien yang telah menikah dan janda/duda.⁶⁷ Hal ini disebabkan pada pasien yang tidak menikah, 79,5% merupakan pasien anak-anak (≤ 18 tahun) dengan presentase gizi kurang paling

banyak.⁶⁷

Sedangkan jika ditinjau dari tingkat pendidikan, pasien dengan tingkat pendidikan rendah (26,0%) lebih banyak mengalami gizi kurang. Hal yang sama dinyatakan pada penelitian *Widiyanto* bahwa gizi kurang (26,7%) berada pada urutan ketiga penyakit terbanyak yang dialami oleh pasien dengan pendidikan rendah.⁶⁷

Selain itu, dilihat dari segi pekerjaan, pasien yang tidak bekerja (40,0%) lebih banyak mengalami gizi kurang. Senada dengan penelitian *Widiyanto*, dimana gizi kurang (39,2%) paling banyak dialami oleh pasien yang tidak bekerja. Hal ini disebabkan oleh 62,7% pasien yang tidak bekerja adalah pasien anak-anak yang merupakan proporsi terbesar yang mengalami gizi kurang.⁶⁷

Berdasarkan hasil penelitian ini, gizi kurang banyak terdapat pada siklus keluarga dengan balita (42,4%) dan keluarga dengan usia sekolah (34,4%) dibandingkan dengan siklus keluarga selain kedua siklus tersebut. Temuan ini sesuai dengan data Susenas tahun 2003 yang menunjukkan prevalensi gizi kurang lebih banyak pada kelompok usia balita (27,5%) dan kelompok anak usia sekolah (36,1%) dibandingkan kelompok usia lainnya.^{68,69} Penelitian lain di Nigeria juga menunjukkan hasil yang tidak jauh berbeda, yakni dari remaja usia 10-19 tahun yang terkumpul, prevalensi gizi kurang terbanyak terdapat pada usia 12 tahun (66,7%) pada laki-laki dan usia 13 tahun (47,1%) pada perempuan. Pada penelitian tersebut didapatkan hubungan bermakna antara usia dengan gizi kurang pada remaja laki-laki, dimana populasi yang paling banyak mengalami gizi kurang adalah kelompok usia 13-15 tahun ($p = 0,02$).⁷⁰

Dari penelitian ini tidak didapatkan hubungan bermakna antara bentuk keluarga dengan gizi kurang. Namun penelitian lain di Nigeria menunjukkan bahwa prevalensi gizi kurang lebih tinggi pada remaja perempuan yang tinggal dalam keluarga *extended* (11,9%, $p < 0,05$) daripada mereka yang tinggal dalam keluarga *non-extended* (Funke, 2008).⁷⁰ Perbedaan ini mungkin disebabkan oleh perbedaan jumlah sampel dan variabel penelitian.

Pada penelitian ini tidak ditemukan hubungan bermakna antara jumlah anggota keluarga dalam satu rumah dengan gizi kurang. Penelitian di Nigeria juga mengemukakan hal yang sama, yakni tidak terdapat hubungan bermakna antara

jumlah anggota keluarga dengan gizi kurang baik pada remaja laki-laki maupun perempuan.⁷⁰

5.5.5. Alergi

Hasil penelitian ini menunjukkan 7,8% pasien yang datang KDK FKUI mengalami alergi. Meskipun angka kejadian alergi pada anak di Indonesia belum diketahui secara pasti, beberapa ahli memperkirakan sekitar 25-50% anak pernah mengalami alergi makanan.⁷¹ *Samsuridjal* melaporkan penyakit alergi yang sering dijumpai di Bagian penyakit Dalam RSCM Jakarta adalah asma, rhinitis, urtikaria, dan alergi makanan. Di Medan, *Tanjung* melaporkan bahwa manifestasi klinis pasien alergi saluran napas adalah rhinitis (41,9%), asma (30,6%), asma dan rhinitis (25%), serta batuk kronik (5%).⁷² Studi epidemiologi di Amerika melaporkan bahwa lebih dari 50 juta penduduk mengalami alergi, 40 juta diantaranya alergi *indoor/outdoor*, dan yang lainnya berupa alergi kulit (7%), alergi makanan dan obat (6%), alergi lateks (4%), alergi serangga (4%), dan alergi pada mata (4%).⁷³

Berdasarkan *Food Allergy & Anaphylaxis Network (FAAN)*, 1 dari 25 anak usia <18 tahun mengalami alergi makanan.⁷⁴ Hal ini senada dengan hasil penelitian ini dimana pasien yang terbanyak mengalami alergi adalah kelompok usia ≤18 tahun dan berada dalam siklus keluarga dengan bayi dan balita.

Penelitian ini menunjukkan bahwa alergi banyak terdapat pada siklus keluarga dengan bayi (27,3%) dan keluarga dengan balita (18,2%) dibandingkan dengan siklus keluarga selain kedua siklus tersebut. Berdasarkan literatur, penyebab meningkatnya prevalensi alergi pada anak di negara berkembang masih kontroversial. Namun beberapa studi epidemiologi menyebutkan bahwa berkurangnya pajanan terhadap mikroba sebagai akibat gaya hidup kebarat-baratan (lebih dikenal dengan teori *hygiene hypothesis*) bertanggung jawab terhadap kejadian ini. Sedikitnya pajanan terhadap alergen pada masa anak menyebabkan penyimpangan sistem imun dan mengurangi supresi imun, karena pada kondisi tersebut respon sel Th₂ lebih banyak berperan daripada respon sel Th₁.⁷⁵

5.5.6. Penyakit Saluran Cerna Non Infeksi

Pada hasil penelitian didapatkan 7,8% pasien mengalami penyakit saluran cerna non infeksi. Sebagian besar pasien tersebut mengalami dispepsia. Menurut *Kusumobroto (2003)* prevalensi dispepsia diperkirakan sekitar 21% di Inggris, namun hanya sekitar 2% di antaranya yang datang ke dokter setiap tahunnya. Laporan praktek gastroenterologi, sekitar 40% penderita yang datang umumnya dengan keluhan dispepsia. Di daerah Asia Pasifik dispepsia juga merupakan keluhan yang cukup banyak ditemui, prevalensinya sekitar 10-20%. Data yang diperoleh dari Poli Penyakit Dalam RSUD Prof. Dr. Margono Soekarno Purwokerto menunjukkan jumlah kasus dispepsia yang rawat jalan sebanyak 200 orang per bulan. Insidens dispepsia pada perempuan dan laki-laki sama.⁷⁶

Dari penelitian *Hamzullah (2006)* disebutkan bahwa jangkauan usia pasien yang mengalami penyakit saluran cerna non infeksi adalah 8 – 82 tahun. Namun yang terbanyak adalah usia 40 tahun.⁷⁷ Sama halnya dengan hasil penelitian ini dimana yang paling banyak mengalami penyakit saluran cerna non infeksi adalah pasien yang berusia ≥ 60 tahun.

Selain itu pada penelitian *Hamzullah* disebutkan pula dari 189 pasien yang diteliti, 53,43% di antaranya adalah laki-laki dan 46,56% adalah perempuan.⁷⁷ Berbeda halnya dengan hasil penelitian ini dimana pasien perempuan (12,5%) lebih banyak yang mengalami penyakit saluran cerna non infeksi daripada laki-laki (2,1 %).

Pada penelitian ini tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara usia, jenis kelamin dan status pernikahan. Hal ini senada dengan penelitian *Haug*, yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara penyakit saluran cerna non infeksi dengan usia, jenis kelamin dan status pernikahan.⁷⁸

Sementara berdasarkan tingkat pendidikan, pasien terbanyak yang mengalami penyakit saluran cerna non infeksi adalah pasien buta huruf (43,91%), lulus pendidikan dasar (24,33%), dan pendidikan menengah (15,87%).⁷⁷ Senada dengan hasil penelitian ini dimana pasien dengan tingkat pendidikan sedang (8,3%) dan rendah (7,8%) yang banyak mengalami penyakit saluran cerna non infeksi. Hal ini juga sesuai dengan penelitian *Waters* yang menyatakan bahwa pendidikan tinggi berperan dalam pencegahan penyakit saluran cerna yang

diperantarai oleh air dan makanan.⁷⁷

Pada penelitian ini, terdapat hubungan bermakna antar penyakit saluran cerna non infeksi dengan siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah (11,9%). Siklus keluarga ini merupakan masa yang sulit bagi orang tua secara emosional. Hal ini akan menimbulkan stress bagi orang tua yang belum mampu menerima perubahan siklus keluarganya.⁷⁹ Namun secara teori, hubungan antara stress dan penyakit gastrointestinal masih kontroversial. Kontroversi ini kemungkinan karena masalah metodologi misalnya metode non kuantitatif yang digunakan untuk mengevaluasi stress (*Hafiez, 1997*).⁷⁸

Penelitian ini tidak mendapatkan hubungan bermakna antara bentuk keluarga serta jumlah anak dan jumlah anggota keluarga dengan penyakit saluran cerna. Hasil penelitian ini mirip dengan hasil penelitian *Talley* yang menyebutkan bahwa seseorang yang tidak menikah, orang tua yang berpisah, dan jumlah saudara tidak berpengaruh terhadap kejadian dispepsia esensial.⁸⁰

5.5.7. Katarak

Prevalensi katarak pada hasil penelitian ini adalah 6,8%. Pada tahun 2004, di Amerika Serikat sebanyak 17,2% pasien berusia di atas 40 tahun yang mengalami katarak. Dan jumlah ini akan meningkat menjadi sekitar 25% pada tahun 2020.⁸¹ Perbedaan hasil ini kemungkinan disebabkan oleh jumlah sampel yang digunakan pada kedua penelitian. Namun hal ini menunjukkan bahwa katarak merupakan salah satu penyakit mata yang patut diperhatikan.

Berdasarkan usia, pasien KDK FKUI yang banyak mengalami katarak adalah kelompok usia ≥ 60 tahun. Hasil penelitian ini mirip dengan data prevalensi kebutaan *National Eye Institute* tahun 2004 dimana prevalensi katarak di Amerika Serikat meningkat secara signifikan pada usia ≥ 60 tahun dengan rincian usia 40-49 tahun (2,5%), usia 50-59 tahun (6,8%), 60-69 tahun (20,0%), 70-79 tahun (42,8%), dan usia ≥ 80 tahun (68,3%).⁸¹ Hasil ini juga dapat menjelaskan mengapa katarak yang banyak ditemui pada pasien KDK FKUI yang berada dalam siklus keluarga dengan usia lanjut.

Pada penelitian *Lewallen* dan *Courtright* dijelaskan secara umum di beberapa negara katarak lebih banyak dialami oleh perempuan dibandingkan laki-

laki.⁸² Hasil yang sama juga ditemukan pada hasil penelitian ini, dimana pasien perempuan yang datang ke KDK FKUI lebih banyak mengalami katarak.

Pada penelitian *Chatterjee, Milton, dan Thyle*, mengenai prevalensi katarak di Punjab, diperoleh data bahwa pasien janda (22,2%) lebih banyak mengalami katarak dibanding pasien yang menikah (13,9%). Senada dengan penelitian ini, dimana sebanyak 33,3% pasien janda/duda mengalami katarak, lebih tinggi dibandingkan pasien yang menikah (3,6%).⁸³

Selain itu, penelitian *Chatterjee* tersebut juga menunjukkan bahwa populasi yang buta huruf lebih banyak mengalami katarak (16,2%).⁸³ Berbeda halnya dengan hasil penelitian ini dimana pasien yang banyak mengalami katarak adalah pasien dengan tingkat pendidikan sedang (8,3%), namun hubungan ini tidak bermakna secara statistik.

Ditinjau dari pekerjaan, berdasarkan penelitian *Chatterjee*, populasi yang bekerja sebagai petani yang banyak mengalami katarak.⁸³ Berbeda halnya dengan hasil penelitian ini dimana pasien yang merupakan ibu rumah tangga yang banyak mengalami katarak. Perbedaan ini terjadi karena sebagian besar pasien di sekitar KDK FKUI tidak bekerja di sektor pertanian.

Terdapat hubungan yang bermakna antara siklus keluarga dengan usia lanjut dengan katarak. Hal ini sesuai dengan prevalensi katarak yang meningkat seiring dengan bertambahnya usia dan meningkat secara signifikan pada usia ≥ 60 tahun.⁸¹

5.5.8. Penyakit Muskuloskeletal

Penyakit muskuloskeletal yang dapat ditemukan di KDK FKUI sebanyak 5,8%. Berdasarkan penelitian *Picavet dan Hazes*, didapatkan prevalensi penyakit muskuloskeletal baik yang berkaitan maupun tidak berkaitan dengan usia. Secara umum prevalensi penyakit muskuloskeletal akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia, rata-rata meningkat mulai usia 35 tahun.⁸⁴ Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian ini dimana pasien yang banyak mengalami penyakit muskuloskeletal adalah kelompok usia 40-59 tahun.

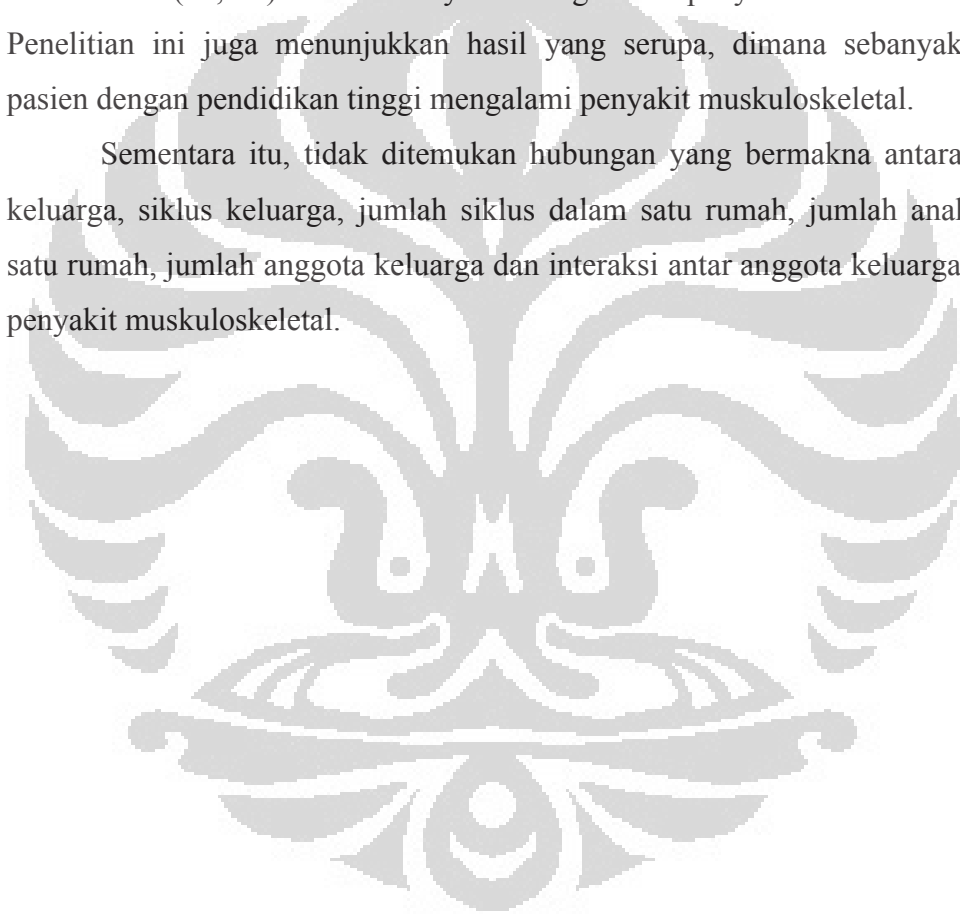
Pada penelitian *Ramadan dan Ferreira* (2005), disebutkan bahwa sebanyak 85% perempuan yang mengalami penyakit muskuloskeletal.⁸⁵ Hasil ini

berbeda dengan hasil penelitian ini dimana pasien laki-laki (8,5%) yang banyak mengalami penyakit muskuloskeletal.

Ditinjau dari status pernikahan, penelitian *Ramadan* dan *Ferreira* menyatakan bahwa pasien yang telah menikah lebih banyak mengalami penyakit muskuloskeletal dibanding pasien yang belum menikah, janda atau duda.⁸⁵ Hal tersebut senada dengan hasil penelitian ini dimana terdapat 7,3% pasien yang telah menikah yang mengalami penyakit muskuloskeletal.

Sedangkan menurut tingkat pendidikan, pasien dengan pendidikan universitas (58,5%) lebih banyak mengalami penyakit muskuloskeletal.⁸⁵ Penelitian ini juga menunjukkan hasil yang serupa, dimana sebanyak 50,0% pasien dengan pendidikan tinggi mengalami penyakit muskuloskeletal.

Sementara itu, tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara bentuk keluarga, siklus keluarga, jumlah siklus dalam satu rumah, jumlah anak dalam satu rumah, jumlah anggota keluarga dan interaksi antar anggota keluarga dengan penyakit muskuloskeletal.



BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. KESIMPULAN

Dari penelitian ini dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Berdasarkan karakteristik demografis didapatkan frekuensi terbanyak dari setiap variabel yaitu 32,0% pasien berusia ≥ 60 tahun, 54,4% pasien perempuan, 53,4% pasien telah menikah, 74,8% memiliki tingkat pendidikan rendah, dan 43,7% pasien tidak bekerja.
2. Berdasarkan profil keluarga, bentuk keluarga inti (60,2%), keluarga yang baru menikah (0,0%), keluarga dengan bayi (10,7%), keluarga dengan balita (32,0%), keluarga dengan anak usia sekolah (31,1%), keluarga dengan anak meninggalkan rumah (65,0%), keluarga dengan usia pertengahan (21,4%), keluarga dengan usia lanjut (30,1%), keluarga dengan 2 siklus (39,8%); jumlah anak < 5 orang (75,7%), jumlah anggota keluarga 1-4 orang (45,6%), dan interaksi baik (80,6%).
3. Pola penyakit non infeksi terbanyak di KDK FKUI 2006 – 2008 adalah hipertensi derajat II (36,9%), diabetes melitus tipe 2 (33,0%), gizi kurang (21,4%), obesitas derajat I (18,4%), hipertensi derajat I (18,4%), alergi makanan (7,8%), penyakit saluran cerna non infeksi (7,8%), katarak (6,8%), penyakit muskuloskeletal (5,8%), dan obesitas derajat II (4,9%).
4. Terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik demografis (usia, status pernikahan, dan pendidikan) dan profil keluarga (siklus keluarga dengan anak remaja, anak meninggalkan rumah) dengan hipertensi derajat I.
5. Terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik demografis (usia dan status pernikahan) dan profil keluarga (bentuk keluarga, siklus keluarga dengan balita, anak meninggalkan rumah, usia pertengahan, dan usia lanjut) dengan hipertensi derajat II.
6. Terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik demografis (usia) dan profil keluarga (siklus keluarga usia pertengahan) dengan obesitas derajat I.
7. Terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik demografis (usia, status pernikahan, dan pekerjaan) dan profil keluarga (siklus keluarga dengan

balita, anak usia sekolah, usia pertengahan, usia lanjut, dan jumlah anak dalam keluarga) dengan diabetes melitus tipe 2.

8. Terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik demografis (usia, status pernikahan, pendidikan, dan pekerjaan) dan profil keluarga (siklus keluarga dengan balita, anak dengan usia sekolah, dan jumlah siklus dalam keluarga) dengan gizi kurang.
9. Terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik demografis (usia) dan profil keluarga (siklus keluarga dengan bayi dan balita) dengan alergi.
10. Terdapat hubungan yang bermakna antara profil keluarga (siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah) dengan penyakit saluran cerna non infeksi.
11. Terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik demografis (jenis kelamin) dan profil keluarga (siklus keluarga dengan usia lanjut) dengan katarak.

6.2. SARAN

1. Pengisian rekam medik baik di rumah sakit maupun klinik dokter keluarga selengkap dan sedetail mungkin. Hal ini bermanfaat untuk studi epidemiologi penyakit di Indonesia.
2. Diadakan penelitian lanjutan mengenai hubungan perilaku keluarga, lingkungan, dan sistem pelayanan kesehatan terhadap penyakit non infeksi dengan jumlah sampel yang lebih besar.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Noncommunicable diseases now biggest killers. [cited June 2, 2009]. Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr14/en/index.html>.
2. Unwin N, Alberti KG. Chronic non-communicable diseases. [cited June 2, 2009]. Available from: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16899148>.
3. Bray JH, Campbell TL. The Family's Influence on Health. In: Rakel textbook of family medicine. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 1998.
4. Rakel RE. The family physicians essential family medicine fundamentals and case studies, 2008.
5. Hadijs ET, Vemmos KN, Zakopoulos N, Stamatelopoulos S. First-stroke recovery process. Am Acad Fam Med & Rehab 2002. [cited September 13, 2008]. Available from: URL: www.sciencedirect.com.
6. Azwar A. Pengantar pelayanan dokter keluarga. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia, 1995.
7. Sulistomo A. Penerapan pelayanan kedokteran keluarga, kedokteran okupasi dan kedokteran lingkungan masa kini. Jakarta: Departemen IKK FKUI, 2008.
8. Notoatmodjo S. Ilmu kesehatan masyarakat – prinsip-prinsip dasar. Jakarta: PT. Rineka Cipta, 2003.
9. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Indonesian health profile 2005*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2007.
10. Lubis, F. Perbandingan sistem pelayanan dan pembiayaan berbagai negara. Jakarta: Departemen IKK FKUI, 2008.
11. Epidemiology and response division new Mexico Department of Health. Demographic characteristics categorized index. [cited June 1, 2009]. Available from: URL: <http://ibis.health.state.nm.us/indicator/index/Categorized.html?CategorizedIndexName=1>.
12. Notoatmodjo S. Kesehatan masyarakat: ilmu dan seni. Jakarta: PT. Rineka

- Cipta, 2007.
13. Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas FKUI. Diagnostik holistik pada pelayanan kesehatan primer; pendekatan multi aspek. Jakarta: FKUI, 2007.
 14. Kelly RB, Falvo DR. Patient education. In: Rakel textbook of family medicine. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 1998.
 15. WHO. Future trends in global mortality: Major shifts in cause of death patterns. World Health Statistics 2008. p.29-30.
 16. Funk JL. Disorders of endocrine pancreas. In: McPhee SJ, Lingappa VR, & Ganong WF. 4th ed. USA: McGraw-Hill Companies, 2003. p. 510.
 17. Setyawati A, Bustami ZS. Antihipertensi. Dalam: Ganiswara SG. Farmakologi dan terapi. Ed ke-4. Jakarta: Bagian Farmakologi FKUI, 1995. h. 316.
 18. Silman AJ, Brown P, Spector TD, Hart DJ, Wilson P, Doyle DP. Clinical signs of early osteoarthritis: reproducibility and relation to X ray changes in 541 women in the general population. Br Med Assoc: Ann Rheum Dis 1991. [cited December 24, 2008]. Available from: URL: www.fags.org.
 19. National Cancer Institute. Rheumatoid arthritis. USA: National Institute of Health, 2008. [cited December 24, 2008]. Available from: URL: www.cancer.gov.
 20. World Health Organization. Obesity, 2008. [cited December 24, 2008]. Available from: URL: www.who.int.
 21. Rosenberg A. Bone, joints, and soft tissue tumors. In: Robbins pathologic basis of disease. USA: Saunders company, 1999. p. 2564.
 22. Ahmed SM, Clasen ME, Donnely JF. Management of dyslipidemia in adult. Wright State University School of Medicine. [cited December 24, 2008.] Available from: URL: www.wsu.com.
 23. Mayes PA, Botham PA. Cholesterol synthesis, transport, & excretion. In: Harper's illustrated biochemistry. USA: McGraw-Hill, 2003. p. 228.
 24. Molina PE. Thyroid gland. In: Lange endocrine physiology. USA: McGraw-Hill, 2007.
 25. Mohrman DE, Heller LJ. Cardiovascular response in pathological conditions. In: Cardiovascular physiology. USA: McGraw-Hill, 2006.

26. Duus P. Motor system. In: Topical diagnosis in neurology. 2nd revised ed. New York: Thieme Publisher, 1989.
27. Rocco TP, Fang JC. Pharmacology of congestive heart failure. In: Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 11th ed. USA: McGraw-Hill Company, 2006. p. 870.
28. Arora P, Verrelli M. Chronic renal failure. [cited December 26, 2008]. Available from: URL: www.emedicine.com.
29. Buist AS. Definitions of Asthma. In: Asthma & COPD; Basic mechanism and clinical management. UK: Elsevier Science, 2002. p. 3.
30. National Anemia Action Council. Anemia. [cited December 26, 2008]. Available from: URL: www.anemia.org.
31. Pringgoutomo S, Himawan S, Tjarta A. Patologi I (Umum). Ed ke-1. Jakarta: Sagung Seto. 2002. h. 256.
32. Ilyas S. Katarak. Dalam: Ilyas S, Tanzil M, Salamun, Zainal A (editor). Sari ilmu penyakit mata. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2003.
33. Shevell M, Ashwal S, Donley D, Flint J, Gingold M, Hirtz D, et al. Practice parameter: evaluation of the child with global development delay. Am Acad Neuro 2003. [cited December 27, 2008]. Available from: URL: www.Neurology.org.
34. Departemen Kesehatan RI. Pedoman profil kabupaten. [diunduh 28 Desember 2008]. Tersedia dari: URL: www.Depkes.go.id.
35. Bashirudin J, Hadjar E, Alviandi W. Gangguan keseimbangan. Dalam: Telinga hidung tenggorok kepala dan leher. Ed ke-6. Jakarta: FKUI, 2007. h. 97.
36. Outsource strategic international. Geriatrics. [cited December 26, 2008]. Available from: URL: www.outsourestrategic/geriatric.com.
37. Ropper AH, Brown RH. Epilepsy & other seizure disorders. In: Adams & Victor's principles of neurology. 8th ed. USA: McGraw-Hill Companies, 2005. p. 271.
38. Hartono B. Profil kesehatan Indonesia tahun 2007. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007.

39. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Badan Pusat Statistik, dan United Nations Population Fund. Proyeksi penduduk Indonesia (*Indonesian population projection*) 2000-2025. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2005.
40. Turagabeci AR, Nakamura K, Kizuki M, Takano T. Family structure and health, now companionship acts as buffer against ill health. [cited June 2, 2009]. Available from: URL: <http://www.hqlo.com/content/5/1/61>.
41. Donald L, Patrick, Scambler G (ed). *Sociology as applied to medicine*. 2nd ed. London: Bailliere Tindall, 1986. p. 145-6.
42. Daniel SM, Campbell TL, Seaburn DB. *Family oriented primary care a manual for medical provider*. USA: Springer-Verlag, 1989.
43. Hartono B. *Profil kesehatan Indonesia tahun 2005*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007. h. 50.
44. Hartono B. *Profil kesehatan Indonesia tahun 2006*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007. h. 55.
45. Yogiantoro M. Hipertensi esensial. Dalam: Sudoyo A, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jilid 1. Edisi ke-4. Jakarta: Pusat penerbitan Ilmu Penyakit Dalam FKUI. h. 599-600.
46. Manuck, S.B., Kasprowicz, A.L., Monroe, S.M., Larkin, K.T., and Kaplan, J.R. The prevalence and demographics of hypertension. [cited June 1, 2009]. Available from: URL: <http://www.severehypertension.net/hbp/more/the-prevalence-and-demographics-of-hypertension/>.
47. Lilly LS. *Pathophysiology of heart disease*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2007. p. 317.
48. Chronic illness, hypertension and family dynamics. [cited June 3, 2009]. Available from: URL: <http://www.gs.howard.esdu/gradprograms/lbc/Hypertension.pdf>.
49. Hitti, M. Happy marriage, better blood pressure but it's better to be single than to be unhappily married, blood pressure study shows. *Ann Behavior Med*. [cited June 4, 2009]. Available from: URL: <http://www.webmd.com/hypertension-high-blood-pressure/news/20080320/happy-marriage-better-blood-pressure>.

50. Baker B, Kiss A. Job related hypertension eased when supportive spouse is present. [cited June 4, 2009]. Available from: URL: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/31157.php>.
51. Tough job, bad marriage can cause hypertension. [cited June 4, 2009]. Available from: URL: <http://www.lifeclinic.com/fullpage.aspx?prid=507147&type=1>.
52. Sugondo S. Obesitas. Dalam: Sudoyo AW, Setyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S, editor. Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid III. Ed ke-4. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam FKUI, 2006. h. 1921-2.
53. Perryman M, Nielsen S, Booth J. An examination of the family's role in childhood obesity. VISTAS 2008. [cited June 3, 2009]. Available from: URL: <http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas08/Nielsen.htm>.
54. Wang Y, Beydoun MA. The obesity epidemic in the united states—gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: a systematic review and meta-regression analysis. *Epid rev Oxf J*. [cited June 5, 2009]. Available from: URL: <http://epirev.oxfordjournals.org/>.
55. Ministry of social development New Zealand. Obesity. [cited June 5, 2009]. Available from: URL: <http://www.socialreport.msd.govt.nz/health/obesity.html>.
56. Borders TF, Rohrer JF, Cardarelli KM. Gender-specific disparities in obesity. *J Comm Health*. [cited June 5, 2009]. Available from: URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/540926>.
57. Anonymous. OSU study offers strategies for combating childhood obesity. Oklahoma State University Press Releases, 2008. [cited June 3, 2009]. Available from: URL: http://osu.okstate.edu/index.php?option=com_content&task=view&id=1125&Itemid=90.
58. Gibson LY, Byrne SM, Davis EA, Blair E, Jacoby P, Zubrick S. The role of family and maternal factors in childhood obesity. *Med J Australia* 2007; 186 (11): 591-595. [cited June 3, 2009]. Available from: URL: <http://espace.library.curtin.edu.au/R/?func=dbin-jump->

full&object_id=20676&local_base=GEN01.

59. Hadi H. Beban ganda masalah gizi dan implikasinya terhadap kebijakan pembangunan kesehatan nasional. Pidato pengukuhan jabatan guru besar pada Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, 2005. [diunduh 6 Juni 2009]. Tersedia dari: URL: <http://www.gizi.net/download/Beban%20ganda%20masalah%20gizi.pdf>.
60. Departemen Kesehatan. Diabetes mellitus masalah kesehatan masyarakat yang serius. [diunduh 5 Juni 2009]. Tersedia dari: URL: <http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=942&Itemid=2>.
61. Gustaviani R. Diagnosis dan klasifikasi diabetes melitus. Dalam: Sudoyo AW, Setyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S, editor. Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid III. Edisi ke-4. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam FKUI, 2006. h.1857-9.
62. Annis M, Caulder MS, Cook ML, Duquette D. Family history, diabetes, and other demographic and risk factors among participants of the national health and nutrition examination survey 1999–2002. *Am J Public Health* 2007. [cited June 5, 2009]. Available from: URL: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1327713>.
63. National Diabetes Statistics 2007. [cited June 7, 2009]. Available from: URL: <http://diabetes.niddk.nih.gov/DM/PUBS/Statistics/>.
64. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 16: 1049. [cited June 5, 2009]. Available from: URL: <http://www.who.int/diabetes/facts/en/diabcare0504.pdf>.
65. Mahidah. Prevalensi obesitas dan hubungan konsumsi fast food dengan kejadian obesitas pada remaja SLTP kota dan desa di DIY. Tesis program studi ilmu kesehatan masyarakat program pascasarjana Universitas Gadjah Mada, 2004. [diunduh 6 Juni 2009]. Tersedia dari: URL: [http://arc.ugm.ac.id/files/\(1765-H-2004\).pdf](http://arc.ugm.ac.id/files/(1765-H-2004).pdf).
66. Severity of Malnutrition. WHO global database on child growth and nutrition. [cited June 6, 2009]. Available from: URL:

- <http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/281846-1131636806329/NutritionStrategyMaps.pdf>.
67. Widiyanto T. Hubungan karakter demografis dengan pola penyakit pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2006-2008. Jakarta, 2009. Skripsi.
 68. Azwar A. Kecenderungan masalah gizi dan tantangan di masa mendatang. Makalah Dirjen Sahid Departemen Kesehatan RI. [diunduh 4 Juni 2009]. Tersedia dari: URL: <http://www.gizi.net/makalah/Makalah%20Dirjen-Sahid%202.PDF>.
 69. Departemen Kesehatan. Pedoman strategi KIE keluarga sadar gizi (Kadarzi). Departemen Kesehatan RI, 2007. [diunduh 4 Juni 2009]. Tersedia dari: URL: <http://www.gizi.net/kadarzi/strat%20KIE%20Kadarzi.pdf>.
 70. Funke OM. Prevalence of underweight: A matter of concern among adolescent in osun state, Nigeria. *Pakistan J Nut* 2008; 7 (3): 503-508. [cited June 7, 2009]. Available from: URL: <http://www.pjbs.org/pjnonline/fin826.pdf>.
 71. Anonymous. Angka kejadian alergi. [diunduh 16 Mei 2009]. Tersedia dari: URL: <http://childrenallergyclinic.wordpress.com/2009/05/16/angka-kejadian-alergi>.
 72. Tanjung A, Yuniastuti E. Prosedur diagnostik penyakit alergi. Dalam: Sudoyo A, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Jilid I. Ed ke-4. Jakarta: Pusat penerbitan Ilmu penyakit Dalam FKUI. 2007. h. 247.
 73. Anonymous. Allergy facts and figures. *Asthma Allergy Found Am*. [cited June 7, 2009]. Available from: URL: <http://www.aafa.org/display.cfm?id=9&sub=30>.
 74. Prevalence of food allergies in today's world. [cited June 7, 2009]. Available from: URL: <http://www.allergicchild.com/prevalance.htm>.
 75. Romagnani S. The increased prevalence of allergy and the hygiene hypothesis: missing immune deviation, reduced immune supretion, or both?. *Immunol J* 2004; 1365-2567. [cited June 7, 2009]. Available from: URL: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/>

- picrender.fcgi?artid=1782506&blobtype=pdf.
76. Setyono J, Prastowo A, Saryono. Karakteristik pasien dyspepsia di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokarto. The Soedirman J Nurs 2006. [diunduh 6 Juni 2009. Tersedia dari: URL: <http://ojs.lib.unair.ac.id/index.php/SJN/article/viewFile/1834/1823>.
 77. Khan H. Gastrointestinal diseases; Frequency of symptoms. Prof Med J Jun 2008; 15(2): 459-464. [cited June 7, 2009]. Available from: URL: <http://theprofesional.com/v15n4/Prof-1206.pdf>
 78. Harder AF. Stages of family life cycle. [cited June 9, 2009]. Available from: URL: <http://www.childhoodaffirmations.com/general/family/stages.html>.
 79. Hafiez HBA, Quorain AA, Karim AA, Al-Mangoor S. Life event stress in duodenal ulcer compared with functional dyspepsia: A case-control study. Saudi J Gastroenterol 1997. [cited June 10, 2009]. Available from: URL: <http://www.saudijgastro.com/article.asp?issn=1319-3767;year=1997;volume=3;issue=2;spage=84;epage=89;aulast=Abdel>
 80. Talley NT, Jones M, Dipier DW. Phycososial and childhood factors in essential dyspepsia. PubMed Gastroenterol 1988 Apr; 28 (3): 341-6. [cited June 4, 2009]. Available from: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3387899>.
 81. National Eye Institute. Prevalence of blindness data. Arch Ophthalmol 2004. [cited June 6, 2009]. Available from: URL: <http://www.nei.nih.gov>.
 82. Lewallen S, Courtright P. Gender and use of cataract surgical services in developing countries. Bull World Health Organ 2002. [cited June 6, 2009]. Available from: URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862002000400008,
 83. Chatterjee A, Milton RC, Thyle S. Prevalence and aetiology of cataract in Punjab. Br J Ophthalmol 1982. [cited June 6, 2009]. Available from: URL: <http://bj.o.bmj.com/cgi/reprint/66/1/35?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=cataract+prevalence&searchid=1&FIRSTIND EX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>.

84. Pivacet HSJ, Hazes JMW. Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. *Ann Rheum Dis* 2003. [cited June 6, 2009]. Available from: URL: <http://ard.bmj.com/cgi/content-nw/full/62/7/644/F1>,
85. Ramadan PA, Ferreira M. Risk factors associated with the reporting of musculoskeletal symptoms in workers at a laboratory of clinical pathology. *Ann Occup Hyg* 2006; 50(3): 297-303. [cited June 6, 2009]. Available from: URL: <http://annhyg.oxfordjournals.org/cgi/reprint/50/3/297?ijkey=BrLSBYWzeDEu5OG&keytype=ref>.

