



UNIVERSITAS INDONESIA

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

SKRIPSI

**RIZKY ANDRIANI
010500143X**

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



UNIVERSITAS INDONESIA

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

SKRIPSI

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

**RIZKY ANDRIANI
010500143X**

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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Rizky Andriani

NPM : 010500143X

Tanda Tangan :



Tanggal : 13 Juni 2009

HALAMAN PENGESAHAN

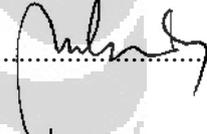
Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Rizky Andriani
NPM : 010500143X
Program Studi : Pendidikan Dokter
Judul Skripsi : Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga dengan Penyakit 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 pada Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

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

Penguji : Dr. Nurhadi Ibrahim, PhD (..........)

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 yang berjudul “**Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga dengan Penyakit Infeksi di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Tahun 2006-2008**”. 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, baik dari masa perkuliahan sampai pada masa penyusunan skripsi ini sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Untuk 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 saya dalam penyusunan skripsi ini;
2. DR. Dr. Saptawati Bardosono, Sp.GK, MS.c, Ph.D selaku ketua Modul riset periode 2008-2009 yang senantiasa memberi petunjuk dalam penyelesaian skripsi ini;
3. orang tua, saudara dan keluarga saya yang telah memberikan dukungan baik material maupun moril; dan
4. sahabat dalam kelompok penelitian maupun lingkungan fakultas dan universitas yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan skripsi.

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

Rizky Andriani

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

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rizky Andriani
NPM : 010500143X
Program studi : Pendidikan Dokter
Fakultas : Kedokteran
Jenis karya : Skripsi

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

Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga dengan Penyakit Infeksi di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2006-2008

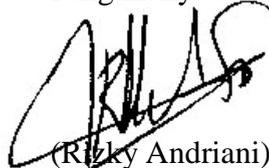
berserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal: 13 Juni 2009

Yang menyatakan


(Rizky Andriani)

ABSTRAK

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

Dalam 25 tahun mendatang, angka mortalitas akibat penyakit infeksi diperkirakan akan menurun, namun penyakit infeksi di Indonesia hingga tahun 2007 masih menjadi penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan. Keluarga memiliki asosiasi yang kuat dengan kesehatan dan penyakit seseorang melalui hubungan dan dinamika kehidupannya. Penelitian ini bertujuan mengetahui karakteristik demografis, profil keluarga dan penyakit infeksi terbanyak di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2006-2008 serta hubungannya. Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* dengan 103 data sekunder dari laporan studi kasus pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2006-2008 digunakan dalam penelitian ini.

Hasil penelitian mendapatkan bahwa penyakit infeksi terbanyak adalah infeksi M. tuberculosis, infeksi saluran pernapasan akut, infeksi saluran pencernaan, infeksi kulit, dan infeksi yang belum diketahui penyebabnya. Terdapat hubungan bermakna antara bentuk keluarga dan jumlah anggota dalam satu rumah dengan infeksi M. tuberculosis. Terdapat hubungan bermakna antara usia pasien dengan infeksi saluran pencernaan, dan status pernikahan pasien dengan infeksi saluran pencernaan. Jadi, penelitian ini memberikan kesimpulan bahwa terdapat hubungan bermakna antara karakteristik demografis dan profil keluarga dengan penyakit infeksi pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2006-2008.

Kata kunci:

Karakteristik demografis, profil keluarga, penyakit infeksi

ABSTRACT

Name : Rizky Andriani
Study Programme : General Medicine
Title : The Relationship between Demographic Characteristics and Family Profile and Infectious Diseases in Clinic of Family Medicine, Faculty of Medicine University of Indonesia 2006-2008

In the next 25 years, mortality rate of infectious diseases is estimated to decrease, but infectious diseases until 2007 still become the most frequent of diseases in clinical patients in Indonesia. Family has a strong association with health and disease through a relationship and the dynamics of life. This study aims to determine the demographic characteristics, family profile, the most frequent of infectious diseases and their relationships in Clinic of Family Medicine, Faculty of Medicine University of Indonesia in 2006-2008. It uses cross-sectional design and the data were collected by means of patient case reports.

The result of this study is the most frequent of infectious diseases are M. tuberculosis infection, acute respiratory tract infection, gastrointestinal tract infection, skin infection, and unknown infection. There are significant association between family profile (family structure and the amount of family member) and M. tuberculosis infection. There are significant association between demographic characteristics (age and marital status) and gastrointestinal tract infection. From those results, this study concludes that there are significant association between demographic characteristics, family profile and infectious diseases in Clinic of Family Medicine, Faculty of Medicine University of Indonesia in 2006-2008.

Key words:

Infectious diseases, demographic characteristics, family profile

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Hipotesis	3
1.4. Tujuan Penelitian.....	3
1.5. Manfaat Penelitian.....	4
2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1. Kesehatan.....	6
2.2. Karakteristik Demografis.....	7
2.3. Profil Keluarga.....	10
2.4. Penyakit Infeksi	16
2.5. Pelayanan Dokter Keluarga.....	18
2.6. Kerangka Konsep.....	19
3. METODOLOGI PENELITIAN	20
3.1. Desain Penelitian	20
3.2. Tempat dan Waktu.....	20
3.3. Populasi dan Sampel.....	20
3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	20
3.5. Besar Sampel	20
3.6. Bahan dan Cara Kerja	21
3.7. Identifikasi Variabel.....	21
3.8. Manajemen dan Analisis Data	21
3.9. Definisi Operasional	22
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 Infeksi Pasien KDK FKUI 2006-2008	28
4.4. Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI 2006-2008 dengan Infeksi <i>M. tuberculosis</i>	29
4.5. Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI 2006-2008 dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut	33

4.6. Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI 2006-2008 dengan Infeksi Saluran Pencernaan	36
4.7. Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI 2006-2008 dengan Infeksi Kulit	40
4.8. Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI 2006-2008 dengan Infeksi yang belum diketahui penyebabnya	43
5. PEMBAHASAN	48
5.1. Kelebihan dan Kekurangan Penelitian	48
5.2. Hubungan antara Karakteristik Demografis Pasien dengan Penyakit Infeksi	48
5.3. Hubungan antara Profil Keluarga Pasien dengan Penyakit Infeksi	51
5.4. Prevalensi dan Pola Penyakit Infeksi	54
5.5. Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga Pasien dengan Penyakit Infeksi	55
5.5.1. Infeksi M. tuberculosis	55
5.5.2. Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)	59
5.5.3. Infeksi Saluran Pencernaan	61
5.5.4. Infeksi Kulit	63
5.5.5. Infeksi yang belum diketahui penyebabnya	64
6. KESIMPULAN DAN SARAN	66
6.1. Kesimpulan	66
6.2. Saran	66
DAFTAR REFERENSI	68

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Pola 10 Penyakit Terbanyak pada Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Tahun 2006	17
Tabel 3.1.	Definisi Operasional Pola Penyakit Infeksi	22
Tabel 3.2.	Definisi Operasional Jenis Penyakit.....	23
Tabel 3.3.	Definisi Operasional Karakteristik Demografis.....	23
Tabel 3.4.	Definisi Operasional Profil Keluarga.....	24
Tabel 4.1.	Sebaran menurut Karakteristik Demografis Pasien KDK FKUI tahun 2006 - 2008	26
Tabel 4.2.	Sebaran menurut Profil Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008	27
Tabel 4.3.	Pola Penyakit Infeksi KDK FKUI bulan Maret 2006 – Mei 2008.....	28
Tabel 4.4.	Hubungan Karakteristik Demografis Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi M. tuberculosis	29
Tabel 4.5.	Hubungan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi M. tuberculosis	31
Tabel 4.6.	Hubungan Siklus Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi M. tuberculosis	31
Tabel 4.7.	Hubungan Karakteristik Demografis Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut.....	33
Tabel 4.8.	Hubungan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut	34
Tabel 4.9.	Hubungan Siklus Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut.....	35
Tabel 4.10.	Hubungan Karakteristik Demografis Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi Saluran Pencernaan	36
Tabel 4.11.	Hubungan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi Saluran Pencernaan	38
Tabel 4.12.	Hubungan Siklus Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi Saluran Pencernaan	38
Tabel 4.13.	Hubungan Karakteristik Demografis Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi Kulit.....	40
Tabel 4.14.	Hubungan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi Kulit.....	41
Tabel 4.15.	Hubungan Siklus Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi Kulit.....	42
Tabel 4.16.	Hubungan Karakteristik Demografis Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi yang belum diketahui penyebabnya.....	43
Tabel 4.17.	Hubungan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi yang belum diketahui penyebabnya.....	45
Tabel 4.18.	Hubungan Siklus Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi yang belum diketahui penyebabnya	45

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sejak awal tahun 1990, komunitas-komunitas kesehatan internasional mulai memberikan perhatian besar pada penyakit menular yang telah menelan jutaan jiwa setiap tahunnya. Berdasarkan penelitian, penyakit menular telah menelan 13,3 juta nyawa dari jumlah total masyarakat dunia yang hampir mencapai 54 juta hingga tahun 1998.¹ Namun, berbeda dengan dulu, berdasarkan laporan statistik WHO tahun 2008 yang dikeluarkan awal tahun ini, dalam 25 tahun mendatang, angka mortalitas akibat penyakit menular (termasuk infeksi HIV, tuberkulosis, dan malaria) akan menurun, bersama dengan angka mortalitas akibat faktor maternal, perinatal, dan nutrisi. Berlawanan dengan penurunan yang akan terjadi pada penyakit menular, penyakit tidak menular (*noncommunicable diseases*) pada populasi di negara-negara dengan pendapatan rendah hingga menengah akan meningkat secara signifikan dalam 25 tahun mendatang.² Jadi, dapat dikatakan bahwa 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.^{2,3} 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.³

Walaupun begitu, pergeseran gambaran penyakit ini belum terlalu terlihat di Indonesia. Kondisi demografis Indonesia dalam 3 tahun terakhir yaitu 2005-2007 menunjukkan tidak banyak perubahan dengan jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2007 sekitar 225 juta jiwa, 3 juta jiwa lebih banyak dari tahun sebelumnya. Pola penyakit di Indonesia dalam 3 tahun terakhir tersebut menunjukkan tidak banyak perubahan dengan penyakit infeksi masih merupakan penyakit terbanyak yang ditemukan pada pasien rawat jalan. Walaupun demikian, berbagai penyakit non-infeksi seperti hipertensi dan diabetes mellitus juga selalu menempati tempat di 10 penyakit terbanyak pasien rawat jalan dengan jumlah pasien meningkat tiap tahun. Hal ini dapat menunjukkan transisi penyakit segera

akan berlangsung dari penyakit infeksi menjadi penyakit non-infeksi dalam beberapa tahun kedepan.⁴

Keluarga memiliki asosiasi kuat dengan kesehatan dan penyakit seseorang melalui hubungan dan dinamika kehidupannya. Dalam fungsi yang sempurna keluarga mampu meringankan stres akibat penyakit anggotanya tanpa kesulitan serius karena memiliki daya dukung emosional, fisik, dan sosial yang solid. Kenyataan tersebut dapat dijadikan sumber daya berharga bagi dokter dalam perawatan pasien.^{5,6}

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.^{7,8}

Dengan demikian sebelum memberikan rekomendasi kesehatan, seorang dokter harus melihat berbagai potensi dan hambatan yang akan dihadapi oleh pasien dan keluarganya.⁹ Melalui pelayanan komprehensif tersebut maka dokter penyedia jasa kesehatan telah dapat disebut sebagai dokter keluarga.⁹

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,¹⁰

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.¹¹

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.¹¹ 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:

- Apakah terdapat hubungan antara karakteristik demografis dengan penyakit infeksi pasien?
- Apakah terdapat hubungan antara profil keluarga dengan penyakit infeksi pasien?

1.3. Hipotesis

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

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum Penelitian

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

1.4.2. Tujuan Khusus Penelitian

1. Mengetahui karakteristik demografis pasien dengan penyakit infeksi di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2006-2008.

2. Mengetahui profil keluarga pasien dengan penyakit infeksi di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2006-2008.
3. Mengetahui hubungan antara karakteristik demografis dan profil keluarga dengan penyakit infeksi pasien 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 karakter 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.⁹

Sehat diwujudkan dengan berbagai upaya, salah satunya adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pengertian pelayanan kesehatan disini 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 dan ataupun masyarakat.⁹

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 perseorangan dan keluarga. Sedangkan sasaran utama pelayanan kesehatan masyarakat adalah kelompok dan masyarakat.¹²

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.¹²

2.2. Karakteristik Demografis

2.2.1. Karakteristik Demografis Masyarakat Indonesia⁴

Berdasarkan survey nasional tahun 2007 jumlah penduduk Indonesia diperkirakan berjumlah 225 juta orang, meningkat 3 juta penduduk dari tahun sebelumnya. dengan kepadatan utama di pulau jawa. Komposisi penduduk Indonesia berdasarkan kelompok umur menunjukkan proporsi penduduk berusia muda (0-14 tahun) sebesar 29,30%, usia produktif (15-64 tahun) sebesar 65,05%, dan berusia tua (65 tahun) sebesar 5,65%. Dibandingkan tahun 2005 jumlah penduduk usia lanjut meningkat sebesar 1%.

Pada tahun 2005 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 10-14.

Kondisi pendidikan penduduk berdasarkan survey nasional yang sama adalah sebagai berikut yaitu persentase penduduk berusia diatas 10 tahun yang belum/tidak sekolah adalah 7,57%, sedangkan yang masih bersekolah sebesar 19,18%, terdiri atas 7,81% bersekolah di SD/MI, 5,88% di SLTP/MTs, 3,92% di SMU/SMK, dan 1,57% di Akademi/Universitas. Secara nasional persentase penduduk berumur 10 tahun ke atas yang tidak/belum pernah sekolah di perdesaan (10,17%) lebih tinggi daripada yang tinggal di perkotaan (4,30%). Ditinjau dari jenis kelamin perempuan lebih tinggi dalam hal tidak/belum sekolah daripada laki-laki (10,64% berbanding 4,45%). Angka partisipasi sekolah laki-laki dan perempuan hampir sama, namun semakin tinggi jenjang pendidikan semakin rendah angka partisipasi sekolahnya baik pada laki-laki atau pada perempuan.

Survey 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.

2.2.2. 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 diantaranya adalah prevalensi penyakit kronik, kebutuhan akan keluarga berencana (*family planning*), dan pelayanan imunisasi. 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.¹³ Selain itu, berdasarkan studi penelitian yang banyak dilakukan, angka-angka kesakitan maupun kematian di dalam hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur.¹⁴

Karakteristik demografis kedua adalah jenis kelamin. Angka-angka penelitian di luar negeri menunjukkan bahwa angka kesakitan lebih tinggi di kalangan perempuan sedangkan angka kematian 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).¹⁴

Karakteristik demografis ketiga adalah tingkat pendidikan. Pendidikan merupakan salah satu indikator penting kesehatan dimana 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 yangmana 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, dan edukasi yang lebih 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 para orang terpelajar akses informasi kesehatan dan peralatan untuk mendapatkan bantuan dan nara sumber yang tepat, seperti program pemberhentian merokok. Ketiga, pendidikan membantu orang-orang mendapatkan dukungan sosial, memperkuat jaringan sosial dan mengurangi stresor sosial. Makin tereduksi seseorang, maka makin banyak dukungan sosial yang ia dapatkan. Pendidikan membantu orang untuk mendapatkan sensasi kontrol akan kehidupan mereka, yangmana hasilnya akan berkaitan dengan status kesehatan yang lebih baik.¹³

Karakteristik demografis keempat, yaitu pekerjaan, dapat berperan dalam timbulnya penyakit melalui beberapa jalan, yaitu :

- a. adanya faktor-faktor lingkungan yang langsung dapat menimbulkan kesakitan seperti bahan-bahan kimia, gas beracun, radiasi, benda-benda fisik yang dapat menimbulkan kecelakaan dan sebagainya,
- b. situasi pekerjaan yang penuh dengan stres (yang telah dikenal sebagai faktor yang berperan pada timbulnya hipertensi dan ulkus lambung),
- c. ada tidaknya 'gerak badan' di dalam pekerjaan ; di Amerika Serikat ditunjukkan bahwa penyakit jantung koroner sering ditemukan di kalangan mereka yang mempunyai pekerjaan dimana kurang adanya 'gerak badan',
- d. karena berkerumun dalam satu tempat yang relatif sempit maka dapat terjadi proses penularan penyakit antara para pekerja,
- e. penyakit karena cacing tambang telah lama diketahui terkait dengan pekerjaan di tambang.¹⁴

Pekerjaan merupakan salah satu indikator penting untuk mengetahui status kesehatan individu ataupun keluarganya. Secara kasar, dengan melihat dari pekerjaan yang dilakukan oleh anggota keluarga tersebut, apakah mereka bekerja atau tidak, dapat diperkirakan apakah individu/pun 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 bisa selalu mengusahakan

pelayanan kesehatan. Status kesehatan juga bergantung pada dipenuhinya kebutuhan keluarga akan tempat tinggal dan nutrisi yang baik.¹³

Karakteristik demografis yang terakhir adalah status pernikahan. Dari penelitian telah ditunjukkan bahwa terdapat hubungan antara angka kesakitan maupun kematian karena penyakit-penyakit tertentu dengan status kawin, tidak kawin, cerai, dan janda/duda. Namun hal ini masih perlu dipelajari lebih lanjut di Indonesia.¹⁴

2.3. Profil Keluarga

2.3.1. Definisi Keluarga

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;¹²
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;¹²
3. *Friedman* mendefinisikan keluarga sebagai kumpulan dua atau lebih manusia yang satu sama lain yang terlibat secara emosional, bertempat tinggal dalam satu daerah berdekatan;¹²
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;¹²
5. Census Bureau AS mendefinisikan keluarga sebagai suatu kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang terikat dengan kelahiran, pernikahan, atau adopsi, dan tinggal bersama dalam satu rumah tangga.¹⁵

2.3.2. Bentuk Keluarga¹²

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, mantu, 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 Keluarga¹²

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

1. Fungsi afektif (*affective function*)

Fungsi keluarga dalam pembentukan kepribadian anak, pemantapan 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*)¹²

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 Kesehatan¹²

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 Keluarga

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.¹² Selain itu, besarnya keluarga juga berpengaruh. Di dalam keluarga yang besar dan miskin, anak-anak dapat menderita karena penghasilan keluarga harus digunakan oleh banyak orang. Struktur keluarga dapat mempunyai pengaruh terhadap kesakitan (penyakit menular dan gangguan gizi) dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Suatu keluarga besar karena besarnya tanggungan secara relatif mungkin harus tinggal berdesak-desakan di dalam rumah yang luasnya terbatas sehingga memudahkan penularan penyakit menular di kalangan anggota-anggotanya. Karena persediaan harus digunakan untuk anggota keluarga dengan jumlah besar, maka mungkin pula mereka tidak dapat membeli cukup makanan yang bernilai gizi cukup atau tidak dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia, dan sebagainya.¹⁴

2. Fungsi keluarga¹²

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 keluarga¹²

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*).

2.3.7. Interaksi Sosial¹⁵

Proses sosial adalah cara-cara hubungan yang dilihat apabila orang perorangan dan kelompok sosial saling bertemu serta menentukan sistem dan bentuk-bentuk hubungan atau sesuatu hal yang akan terjadi apabila ada perubahan-perubahan yang menyebabkan goyahnya pola-pola kehidupan yang telah ada.

Dalam proses sosial terjadi peristiwa hubungan dan pengaruh timbal balik antara berbagai segi kehidupan bersama dan antara berbagai komponen yang terkait. Bentuk umum proses sosial tersebut adalah interaksi sosial yang merupakan prasyarat terjadinya aktivitas-aktivitas sosial yang lainnya. Interaksi sosial terjadi dalam pola yang beraneka ragam misalnya interaksi antar-individu, individu dengan kelompok, dan kelompok dengan kelompok.

Beberapa komponen yang membentuk terjadinya interaksi sosial adalah sebagai berikut :

- a. Adanya kontak sosial. Kontak sosial dapat terjadi antarperorangan, antarkelompok, atau antara kelompok dengan perorangan. Kontak positif terjadi bila melahirkan sebuah kerja sama, dan kontak negatif terjadi bila melahirkan penolakan untuk terjadinya kerja sama.

- b. Adanya komunikasi. Samsuridjal Djauzi dan Supartondo (2004 : 35) mengatakan bahwa komunikasi antara dokter dengan pasien merupakan landasan yang penting dalam proses diagnosis, terapi maupun pencegahan penyakit.

2.4. Penyakit Infeksi

2.4.1. Gambaran Penyakit Infeksi di Indonesia dan dunia

Sejak awal tahun 1990, komunitas-komunitas kesehatan internasional mulai memberikan perhatian besar pada penyakit menular yang telah menelan jutaan jiwa setiap tahunnya. Berdasarkan penelitian, penyakit menular telah menelan 13,3 juta nyawa dari jumlah total masyarakat dunia yang hampir mencapai 54 juta hingga tahun 1998. Pada tahun 1998, 45% kematian di Afrika dan Asia Tenggara diperkirakan terjadi akibat penyakit infeksi dan 48 % kematian prematur (di bawah usia 45 tahun) di seluruh dunia diperkirakan memiliki etiologi infeksi.¹

Namun, berbeda dengan dulu, berdasarkan laporan statistik WHO tahun 2008 yang dikeluarkan awal tahun ini, dalam 25 tahun mendatang, angka mortalitas akibat penyakit menular (termasuk infeksi HIV, tuberkulosis, dan malaria) akan menurun, bersama dengan angka mortalitas akibat faktor maternal, perinatal, dan nutrisi. Akan tetapi, kematian 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. Berlawanan dengan penurunan yang akan terjadi pada penyakit menular, penyakit tidak menular (*noncommunicable diseases*) pada populasi di negara-negara dengan pendapatan rendah hingga menengah akan meningkat secara signifikan dalam 25 tahun mendatang. Secara global, angka mortalitas akibat kanker akan meningkat dari 7,4 juta pada tahun 2004 menjadi 11,8 juta pada tahun 2030, dan kematian akibat penyakit kardiovaskuler akan meningkat dari 17,1 juta menjadi 23,4 juta pada periode yang sama. Selain itu, kematian 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, kematian akibat kanker, penyakit kardiovaskuler, dan kematian akibat kecelakaan secara total akan berjumlah 56% dari 67 juta angka perkiraan kematian dengan segala penyebab.²

Jadi, dapat dikatakan bahwa 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.^{1k,11} 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.³ Walaupun begitu, pergeseran gambaran penyakit ini belum terlalu terlihat di Indonesia. Pola penyakit di Indonesia dalam 3 tahun terakhir (2005-2007) menunjukkan tidak banyak perubahan dengan penyakit infeksi masih merupakan penyakit terbanyak yang ditemukan pada pasien rawat jalan. Walaupun demikian, berbagai penyakit non-infeksi seperti hipertensi dan diabetes mellitus juga selalu menempati tempat di 10 penyakit terbanyak pasien rawat jalan dengan jumlah pasien meningkat tiap tahun. Hal ini dapat menunjukkan transisi penyakit segera berlangsung dari penyakit infeksi menjadi penyakit non-infeksi dalam beberapa tahun kedepan.⁴

Berikut ini merupakan 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit di Indonesia tahun 2006.⁴

Tabel 2.1. Pola 10 Penyakit Terbanyak pada Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Tahun 2006

No.	Golongan sebab sakit	Jumlah pasien	%
1	Infeksi saluran napas bagian atas akut lainnya	960.460	9,32
2	Hipertensi esensial (primer)	480.922	4,67
3	Demam yang sebabnya tidak diketahui	409.632	3,98
4	Penyakit kulit dan jaringan subkutan lainnya	403.270	3,91
5	Gejala tanda dan penemuan klinik dan laboratorium	397.478	3,86
6	Cedera YDT lainnya YTT dan daerah badan multiple	347.345	3,37
7	Tuberkulosis Paru	346.906	3,37
8	Pengawasan kehamilan normal	343.786	3,34
9	Diabetes melitus YTT	342.246	3,32
10	Diare dan gastroenteritis oleh penyebab infeksi tertentu	333.066	3,23

Sumber : Ditjen Bina Yanmedik, Depkes RI, 2007

2.4.2. Penularan Penyakit Infeksi

Yang dimaksud dengan penyakit menular (penyakit infeksi) adalah penyakit yang dapat ditularkan (berpindah dari orang yang satu ke orang yang lain, baik secara langsung maupun melalui perantara). Penyakit menular ini ditandai dengan adanya (hadirnya) *agent* atau penyebab penyakit yang hidup dan dapat berpindah.¹⁵

Terdapat 3 unsur dalam model penyakit menular sederhana yang disebut segitiga epidemiologi (*the epidemiologic triangle*) yaitu agen (*pathogenic agent/* penyebab penyakit) , pejamu (*host*), dan lingkungan (*environment*).^{14,15} Ketiga faktor tersebut membentuk persyaratan minimal untuk kejadian dan penyebaran penyakit menular dalam populasi.¹⁵

Penularan penyakit menular dapat terjadi secara langsung ataupun tidak langsung. Penularan langsung menyiratkan adanya perpindahan langsung agen penyakit antara individu yang terinfeksi dan individu yang rentan melalui kontak langsung, misalnya sentuhan, gigitan, ciuman, senggama, atau karena penyemburan droplet ke dalam konjungtiva atau ke atas membran mukosa mata, hidung, atau mulut, selama bersin, batuk, meludah, bernyanyi atau berbicara pada jarak satu meter / kurang. Penularan tidak langsung dapat berupa salah satu dari 3 jenis berikut : bawaan udara (*airborne*), bawaan media, atau bawaan vektor.¹⁵

2.5. Pelayanan Dokter Keluarga

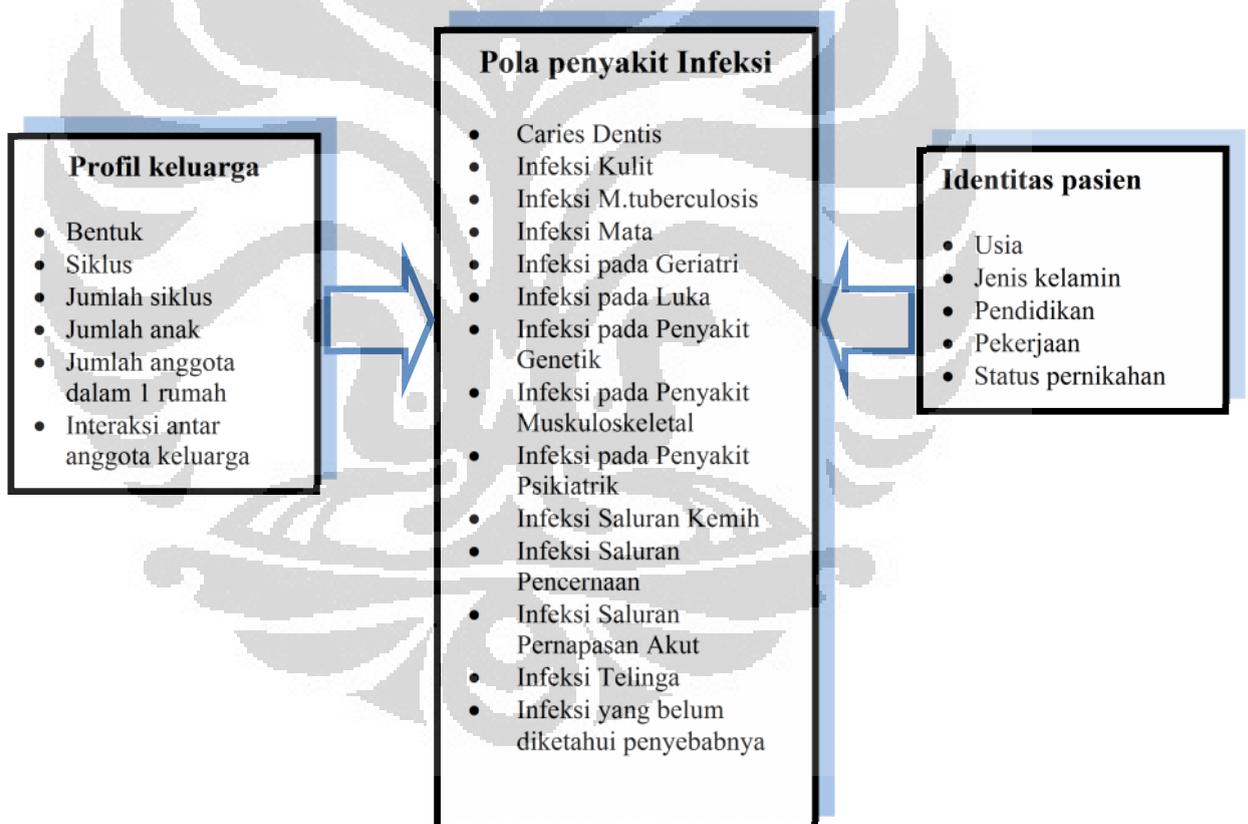
Kedokteran keluarga adalah spesialisasi kedokteran yang menyediakan layanan kedokteran komprehensif dan kontinyu bagi individu dan keluarga. Penyelia kesehatan yang berperan dalam pelayanan dokter keluarga adalah dokter keluarga yaitu dokter yang dididik dan dilatih ilmu kedokteran keluarga yang meliputi berbagai kelas kekhususan.⁶

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.^{5,6}

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.⁶

2.6. Kerangka Konsep



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* mengenai hubungan karakteristik demografis dan profil keluarga dengan penyakit 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:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha)}^2 \times P.Q}{d^2}$$

Keterangan:

- n : Jumlah sampel
 $Z_{(1-\alpha)}$: 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 terhitung rumus tersebut, ditambahkan 10 % untuk menghindari kekurangan data analisis dikarenakan data yang tidak lengkap, sehingga total jumlah sampel adalah 106.

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 13.0.

3.7. Identifikasi Variabel

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

Dalam menentukan variabel bebas penulis menggunakan skala kategorik dan skala kontinu. 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. Uji *Chi-square* dilakukan bila 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 Infeksi

Pola penyakit	Definisi	Hasil ukur
1. Caries Dentis	Kerusakan gigi yang ditandai dengan kehilangan mineral gigi yang diikuti oleh infeksi bakteri yang berkembang dari karang gigi akibat kerusakan tersebut. ¹⁶	0 = Tidak 1 = Ya
2. Infeksi Kulit	Berbagai macam infeksi yang menyerang kulit atau termanifestasi pada kulit misalnya lepra, pioderma, dermatofitosis, dan lainnya.	0 = Tidak 1 = Ya
3. Infeksi M. tuberculosis	Penyakit yang disebabkan oleh infeksi <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> . ¹⁷	0 = Tidak 1 = Ya
4. Infeksi Mata	Berbagai macam infeksi yang mengenai mata misalnya konjungtivitis bakterial/ virus dan keratitis jamur/virus. ¹⁸	0 = Tidak 1 = Ya
5. Infeksi pada Geriatri	Berbagai penyakit infeksi yang terjadi pada orang tua atau penyakit-penyakit terkait proses penuaan.	0 = Tidak 1 = Ya
6. Infeksi pada Luka	Infeksi pada diskontinuitas/rusaknya jaringan tubuh akibat cedera atau penyebab lain yang mengakibatkan gangguan fungsi jaringan. ¹⁹	0 = Tidak 1 = Ya
7. Infeksi pada Penyakit Genetik	Infeksi pada penyakit-penyakit yang terjadi akibat adanya kerusakan genetika yang dapat bersifat sporadik atau herediter.	0 = Tidak 1 = Ya
8. Infeksi pada Penyakit Muskuloskeletal	Berbagai infeksi yang mengenai sistem skeletal dan muskular misalnya radang sendi.	0 = Tidak 1 = Ya
9. Infeksi pada Penyakit Psikiatrik	Infeksi pada berbagai gangguan kejiwaan yang menyebabkan gangguan dan disabilitas pada kehidupan seseorang.	0 = Tidak 1 = Ya
10. Infeksi Saluran Kemih	Berbagai macam infeksi yang mengenai saluran kemih pria/wanita termasuk infeksi menular seksual.	0 = Tidak 1 = Ya

Tabel 3.1. (sambungan)

11. Infeksi Pencernaan	Saluran	Berbagai penyakit pada saluran cerna yang menyebabkan berbagai gejala pencernaan seperti diare atau sistemik seperti demam.	0 = Tidak 1 = Ya
12. Infeksi Pernapasan Akut	Saluran	Suatu penyakit pernafasan akut yang ditandai dengan gejala batuk, pilek, serak, demam dan mengeluarkan ingus atau lendir yang berlangsung sampai dengan 14 hari ²⁰	0 = Tidak 1 = Ya
13. Infeksi Telinga		Infeksi pada telinga, baik pada telinga bagian luar, tengah, ataupun dalam.	0 = Tidak 1 = Ya
14. Infeksi yang belum diketahui penyebabnya		Infeksi yang penyebabnya belum diketahui.	0 = Tidak 1 = Ya

3.9.2. Jenis Penyakit

Tabel 3.2. Definisi Operasional Jenis Penyakit

Jenis Penyakit	Keterangan	Hasil ukur
Penyakit infeksi	Penyakit pada manusia atau binatang yang manifes secara klinis sebagai akibat dari infeksi (masuk atau berkembangbiaknya bibit penyakit atau parasit ke dalam tubuh manusia atau binatang).	0 = Tidak 1 = Ya

3.9.3. Karakteristik Demografis

Tabel 3.3. Definisi Operasional Karakteristik Demografis

Karakter demografis	Keterangan	Hasil ukur
1. Usia	Usia pasien dengan menghitung ulang tahun terakhir pada saat datang ke KDK FKUI	0 = 18 tahun 1 = 19-39 tahun 2 = 40-59 tahun 3 = 60 tahun
2. Jenis kelamin	Status biologis pasien	0 = Laki-laki 1 = Perempuan
3. Pekerjaan	Aktivitas ekonomi yang dilakukan pasien saat datang ke KDK FKUI	0 = Tidak bekerja 1 = Ibu rumah tangga 2 = Pegawai negeri 3 = Karyawan swasta

Tabel 3.3. (sambungan)

		4 = Wiraswasta
		5 = Pensiunan
4. Status pernikahan	Status pernikahan pasien saat datang ke KDK FKUI	0 = Tidak menikah 1 = Menikah 2 = Janda/Duda

3.9.4. Profil Keluarga

Tabel 3.4. Definisi Operasional Profil Keluarga

Profil keluarga	Keterangan	Hasil ukur
1. Bentuk keluarga	Keadaan suatu keluarga dilihat dari status anggota keluarga yang tinggal di dalam satu rumah. ¹¹	0 = Inti 1 = Extended 2 = Majemuk
2. Keluarga baru menikah	Tahapan keluarga dimana suatu pasangan baru saja kawin dan belum mempunyai anak. ¹¹	0 = Tidak 1 = Ya
3. Keluarga dengan bayi	Tahapan keluarga dimana keluarga tersebut telah mempunyai bayi, dapat satu atau dua orang. ¹¹	0 = Tidak 1 = Ya
4. Keluarga dengan balita (prasekolah)	Tahapan keluarga dimana keluarga tersebut telah mempunyai anak usia prasekolah (30 bulan sampai 6 tahun). ¹¹	0 = Tidak 1 = Ya
5. Keluarga dengan anak usia sekolah	Tahapan keluarga dimana keluarga tersebut telah mempunyai anak dengan usia sekolah (6-13 tahun). ¹¹	0 = Tidak 1 = Ya
6. Keluarga dengan anak usia remaja	Tahapan keluarga dimana keluarga tersebut telah mempunyai anak dengan usia remaja (13-20 tahun). ¹¹	0 = Tidak 1 = Ya
7. Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Tahapan keluarga dimana satu per satu anak meninggalkan keluarga, dimulai oleh anak tertua dan diakhiri oleh anak terkecil. ¹¹	0 = Tidak 1 = Ya
8. Keluarga usia pertengahan	Tahapan keluarga dimana semua anak telah meninggalkan keluarga, tinggal suami istri usia menengah. ¹¹	0 = Tidak 1 = Ya

Tabel 3.4. (sambungan)

9. Keluarga usia lanjut	Tahapan keluarga dimana suami istri telah berusia lanjut sampai dengan meninggal dunia. ¹¹	0 = Tidak 1 = Ya
10. Jumlah siklus keluarga	Jumlah siklus keluarga yang ada dalam suatu keluarga. ¹¹	0 = 1 siklus 1 = 2 siklus 2 = > 2 siklus
11. Jumlah anak	Jumlah anak yang ada dalam suatu keluarga. ¹¹	0 = < 5 anak 1 = 5 anak
12. Jumlah anggota dalam 1 rumah	Jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah. ¹¹	0 = 1-4 orang 1 = 5-9 orang 2 = 10 orang
13. Interaksi ¹¹	Hubungan atau komunikasi antara anggota keluarga. ¹¹	0 = Tidak baik 1 = Baik

BAB 4

HASIL

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. Hasil akhir 103 sampel ini dinilai telah memenuhi jumlah minimal sampel yang dibutuhkan terhitung rumus yaitu 96 sampel. Selanjutnya dari sampel tersebut dilakukan pengolahan data mengenai karakteristik demografis, profil keluarga dan pola penyakit infeksi terbanyak, serta analisis hubungan antara variabel-variabel tersebut menggunakan program SPSS 13.0.

4.1. Karakteristik Demografis Pasien KDK FKUI tahun 2006 - 2008

Hasil pengolahan data mengenai karakteristik demografis pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 ditampilkan pada tabel 4.1. di bawah ini.

Tabel 4.1. Sebaran menurut Karakteristik Demografis Pasien KDK FKUI tahun 2006 - 2008

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
2.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	47	45,6
	Perempuan	56	54,4
3.	Pendidikan		
	Pendidikan Rendah	77	74,8
	Pendidikan Sedang	24	23,2
	Pendidikan Tinggi	2	1,9

Tabel 4.1. (sambungan)

4. Pekerjaan pasien		
Tidak bekerja	45	43,7
Ibu Rumah Tangga (IRT)	29	28,2
Pegawai Negeri	1	1
Karyawan Swasta	4	3,9
Wiraswasta	16	15,5
Pensiunan	8	7,8
5. Status pernikahan pasien		
Tidak menikah	33	32
Menikah	55	53,4
Janda/duda	15	14,6

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

Berdasarkan tabel 4.1. diatas, pasien yang datang ke KDK FKUI tahun 2006 – 2008 terbanyak adalah pasien berusia ≥ 60 tahun (32%) diikuti oleh pasien usia 40 – 59 tahun (31,1%). Selain itu, frekuensi terbanyak karakteristik lainnya adalah pasien berjenis kelamin perempuan (54,4%), pasien berpendidikan rendah (74,8%), pasien tidak bekerja (43,7%), dan pasien telah menikah (53,4%).

4.2. Profil Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008

Hasil pengolahan data mengenai profil keluarga pasien KDK FKUI tahun 2006 – 2008 ditampilkan pada tabel 4.2 di bawah ini.

Tabel 4.2. Sebaran menurut Profil Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 - 2008

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
	Keluarga dengan bayi	11	10,7

Tabel 4.2. (sambungan)

Keluarga dengan balita	33	32
Keluarga dengan anak usia sekolah (SD)	32	31,1
Keluarga dengan anak remaja (SMP,SMA)	21	20,4
Keluarga dengan anak meninggalkan rumah (kuliah/kerja/usia 20-49 tahun)	67	65
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		
Tidak baik	19	18,4
Baik	84	81,6

Berdasarkan tabel 4.2., didapatkan bahwa sebagian besar pasien yang datang ke KDK FKUI tahun 2006-2008 memiliki keluarga inti (60,2%), melewati siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah (kuliah/kerja/usia 20-49 tahun) (65%), memiliki 2 siklus keluarga (39,8%), memiliki anak dalam keluarga < 5 orang (75,7%), memiliki 1-4 orang anggota dalam satu rumah (45,6%), dan memiliki interaksi baik dalam keluarga (81,6%).

4.3. Pola Penyakit Infeksi di KDK FKUI tahun 2006 – 2008

Hasil pengolahan data mengenai frekuensi penyakit infeksi di KDK FKUI tahun 2006 – 2008 ditampilkan pada tabel 4.3. di bawah ini.

Tabel 4.3. Pola Penyakit Infeksi KDK FKUI bulan Maret 2006- Mei 2008

No	Nama Penyakit	Frekuensi	%
1	Infeksi M. tuberculosis	17	16,5
2	Infeksi Saluran Pernapasan Akut	14	13,6
3	Infeksi Saluran Pencernaan	4	3,9

Tabel 4.3. (sambungan)

4	Infeksi Kulit	3	2,9
5	Infeksi yang belum diketahui penyebabnya	3	2,9
6	Caries Dentis	2	1,9
7	Infeksi Telinga	1	1
8	Infeksi Saluran Kemih	0	0
9	Infeksi Mata	0	0
10	Infeksi pada Luka	0	0
11	Infeksi pada Geriatri	0	0
12	Infeksi pada Peny Psikiatrik	0	0
13	Infeksi pada Peny Genetik	0	0
14	Infeksi pada Peny Muskuloskeletal	0	0
Total Kasus Infeksi		44	42,7

Berdasarkan tabel 4.3. , diketahui bahwa terdapat total 44 (42,7 %) kasus infeksi dari total 103 sampel yang diteliti. Infeksi M. tuberculosis menempati urutan pertama penyakit infeksi terbanyak yang dialami oleh pasien KDK FKUI dengan jumlah 17 kasus atau 16,5 % dari keseluruhan sampel. Untuk kepentingan penelitian, penulis mengambil 5 penyakit infeksi terbanyak berdasarkan tabel di atas, yaitu Infeksi M. tuberculosis (16,5%) di urutan pertama , diikuti oleh Infeksi Saluran Pernapasan Akut (13,6%) , Infeksi Saluran Pencernaan (3,9 %), Infeksi Kulit (2,9 %), dan Infeksi yang belum diketahui penyebabnya (2,9 %).

4.4. Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI 2006-2008 dengan Infeksi M. tuberculosis

Tabel 4.4. Hubungan Karakteristik Demografis Pasien KDK FKUI Tahun 2006 – 2008 dengan Infeksi M. tuberculosis

No.	Variabel	Ya		Tidak		p
		N	%	n	%	
1.	Usia					
	18 tahun	7	25	21	75	0,231 ^b
	19 - 39 tahun*	3	30	7	70	
	40 - 59 tahun*	3	9,4	29	90,6	
	> 60 tahun*	4	12,1	29	87,9	
2.	Jenis kelamin					
	Laki-laki	10	21,3	37	78,7	1,428 ^a

Tabel 4.4. (sambungan)

Perempuan	7	12,5	49	87,5	
3. Pendidikan					
Rendah	16	20,8	61	79,2	
Sedang*	1	4,2	23	95,8	0,064 ^b
Tinggi*	0	0	2	100	
4. Status pernikahan					
Tidak menikah*	8	24,2	25	75,8	
Menikah	8	14,5	47	85,5	0,329 ^a
Janda/duda*	1	6,7	14	93,3	
5. Pekerjaan					
Tidak bekerja*	8	17,8	37	82,2	
Ibu Rumah Tangga*	2	6,9	27	93,1	
Pegawai Negeri**	0	0	1	100	0,108 ^b
Karyawan Swasta**	1	25	3	75	
Wiraswasta**	5	31,3	11	68,8	
Pensiunan*	1	12,5	7	87,5	

* : digabung dalam analisis data ; ^a : dianalisis dengan Uji *Chi-square* ; ^b : dianalisis dengan Uji *Fisher*

Berdasarkan tabel 4.4., dapat dilihat bahwa pasien berusia 19-39 tahun (30%) yang paling banyak mengalami infeksi *M. tuberculosis* dibandingkan kriteria usia lainnya, dimana perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Selain itu, pasien berjenis kelamin laki-laki (21,3%) lebih banyak mengalami infeksi *M. tuberculosis* dibandingkan perempuan (12,5%), namun perbedaan proporsi ini tidak bermakna secara statistik. Dilihat dari tingkat pendidikan, pasien berpendidikan rendah (20,8%) lebih banyak mengalami infeksi *M. tuberculosis* dibandingkan tingkat pendidikan lain, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Ditinjau dari status pernikahan, pasien yang tidak menikah (24,2%) lebih banyak mengalami infeksi *M. tuberculosis* dibandingkan status pernikahan lainnya, dimana perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Selain itu, dilihat dari jenis pekerjaan, pasien bekerja sebagai wiraswasta (31,3%) lebih banyak mengalami infeksi *M. tuberculosis* dibandingkan pekerjaan lainnya, dimana perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Jadi, mengenai hubungan karakteristik demografis pasien dengan infeksi *M. tuberculosis*, didapatkan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna ($p > 0,05$)

antara karakteristik demografis (usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, dan pekerjaan) pasien dengan infeksi *M. tuberculosis* yang dialami oleh pasien.

Tabel 4. 5. Hubungan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 - 2008 dengan Infeksi *M. tuberculosis*

No.	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	n	%	
1.	Bentuk Keluarga					
	Inti	10	16,1	52	83,9	
	Extended*	2	10,5	17	89,5	0,016 ^a
	Majemuk*	5	22,7	17	77,3	
2.	Jumlah siklus dalam keluarga					
	1 siklus	5	16,7	25	83,3	
	2 siklus*	6	14,6	35	85,4	1,000 ^b
	> 2 siklus*	6	18,8	26	81,3	
3.	Jumlah anak dalam keluarga					
	< 5	13	16,7	65	83,3	1,000 ^b
	≥ 5	4	16	21	84	
4.	Jumlah anggota dalam satu rumah					
	1 s/d 4	8	17	39	83	
	5 s/d 9*	7	15,9	37	84,1	0,017 ^a
	≥10*	2	16,7	10	83,3	
5.	Interaksi dalam keluarga					
	Tidak Baik	3	15,8	16	84,2	1,000 ^b
	Baik	14	16,7	70	83,3	

* : digabung dalam analisis data ; ^a : dianalisis dengan Uji *Chi-square* ; ^b : dianalisis dengan Uji *Fisher*

Tabel 4. 6. Hubungan Siklus Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 - 2008 dengan Infeksi *M. tuberculosis*

No.	Siklus Keluarga	Ya		Tidak		p	
		n	%	n	%		
1.	Baru menikah	Ya	0	0,0	0	0,0	-
		Tidak	17	16,5	86	83,5	
2.	Keluarga dengan bayi	Ya	2	18,2	9	81,8	1,000 ^b
		Tidak	15	16,3	77	83,7	
3.	Keluarga dengan balita	Ya	9	27,3	24	72,7	4,085 ^a
		Tidak	8	11,4	62	88,6	
4.	Keluarga dengan usia SD	Ya	7	21,9	25	78,1	0,971 ^a
		Tidak	10	14,1	61	85,9	
5.	Keluarga dgn anak remaja (SMP,SMA)	Ya	4	19	17	81	0,746 ^b
		Tidak	13	15,9	69	84,1	

Tabel 4. 6. (sambungan)

6.	Keluarga dgn anak meninggalkan rumah (kuliah/ kerja/usia 20-49 thn)	Ya	10	14,9	57	85,1	0,347 ^a
		Tidak	7	19,4	29	80,6	
7.	Keluarga usia pertengahan (50-60 thn)	Ya	2	9,1	20	90,9	0,517 ^b
		Tidak	15	18,5	66	81,5	
8.	Keluarga dgn usia lanjut (> 60 thn)	Ya	2	6,5	29	93,5	3,252 ^a
		Tidak	15	20,8	57	79,2	

^a : dianalisis dengan Uji *Chi-square* ; ^b : dianalisis dengan Uji *Fisher*

Berdasarkan tabel 4.5. di atas, dapat dilihat bahwa pasien dengan bentuk keluarga majemuk (22,7%) lebih banyak mengalami infeksi M. tuberculosis dibandingkan bentuk keluarga lain, dan perbedaan ini bermakna secara statistik. Ditinjau dari jumlah siklus dalam keluarga, pasien dengan > 2 siklus dalam keluarga (18,8%) lebih banyak mengalami infeksi M. tuberculosis dibandingkan dengan jumlah siklus lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Ditinjau dari jumlah anak dalam keluarga, pasien dengan < 5 anak dalam keluarga (16,7%) lebih banyak mengalami infeksi M. tuberculosis dibandingkan ≥ 5 anak dalam keluarga (16%), dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Selain itu, pasien dengan jumlah anggota 1 sampai dengan 4 orang dalam satu rumah (17%) lebih banyak mengalami infeksi M. tuberculosis dibandingkan jumlah anggota lainnya, dan perbedaan ini bermakna secara statistik. Ditinjau dari interaksi dalam keluarga, pasien dengan interaksi baik dalam keluarga (16,7%) lebih banyak mengalami infeksi M. tuberculosis dibandingkan interaksi tidak baik dalam keluarga (15,8%), namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Berdasarkan tabel 4.6. di atas, dapat dilihat bahwa pasien dengan siklus keluarga dengan balita (27,3%), usia SD (21,9%), dan bayi (18,2%), lebih banyak mengalami infeksi M. tuberculosis dibandingkan pasien dengan siklus keluarga lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Jadi, mengenai hubungan profil keluarga (bentuk keluarga, jumlah siklus dalam keluarga, jumlah anak dalam keluarga, jumlah anggota dalam satu rumah, interaksi dalam keluarga, dan siklus keluarga) pasien dengan infeksi M. tuberculosis, didapatkan hubungan bermakna antara bentuk keluarga ($p = 0,016$)

dengan infeksi *M. tuberculosis* dan antara jumlah anggota dalam satu rumah ($p = 0,017$) dengan infeksi *M. tuberculosis*.

4.5. Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI 2006 – 2008 dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut

Tabel 4. 7. Hubungan Karakteristik Demografis Pasien KDK FKUI Tahun 2006 - 2008 dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut

No.	Variabel	Ya		Tidak		P
		n	%	n	%	
1.	Usia					
	18 tahun	7	25	21	75	0,053 ^b
	19 - 39 tahun*	0	0	10	100	
	40 - 59 tahun*	2	6,3	30	93,8	
	> 60 tahun*	5	15,2	28	84,8	
2.	Jenis kelamin					
	Laki-laki	7	14,9	40	85,1	0,125 ^a
	Perempuan	7	12,5	49	87,5	
3.	Pendidikan					
	Rendah	11	14,3	66	85,7	1,000 ^b
	Sedang*	3	12,5	21	87,5	
	Tinggi*	0	0	2	100	
4.	Status pernikahan					
	Tidak menikah*	6	18,2	27	81,8	0,091 ^a
	Menikah	8	14,5	47	85,5	
	Janda/duda*	0	0	15	100	
5.	Pekerjaan					
	Tidak bekerja*	8	17,8	37	82,2	0,068 ^b
	Ibu Rumah Tangga*	4	13,8	25	86,2	
	Pegawai Negeri**	0	0	1	100	
	Karyawan Swasta**	0	0	4	100	
	Wiraswasta**	0	0	16	100	
	Pensiunan*	2	25	6	75	

* : digabung dalam analisis data ; ^a : dianalisis dengan Uji *Chi-square* ; ^b : dianalisis dengan Uji *Fisher*

Berdasarkan tabel 4.7. , dapat dilihat bahwa pasien berusia ≤ 18 tahun (25%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pernapasan akut dibandingkan kriteria usia lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Ditinjau dari jenis kelamin, pasien dengan jenis kelamin laki-laki (14,9%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pernapasan akut dibandingkan dengan perempuan (12,5%), dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari tingkat pendidikan, pasien berpendidikan rendah (14,3%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pernapasan akut dibandingkan tingkat pendidikan lainnya, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Selain itu, ditinjau dari status pernikahan, pasien tidak menikah (18,2%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pernapasan akut dibandingkan status pernikahan lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari jenis pekerjaan, pasien pensiunan (25%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pernapasan akut dibandingkan dengan jenis pekerjaan lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Jadi, mengenai hubungan karakteristik demografis pasien dengan infeksi saluran pernapasan akut, didapatkan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna ($p > 0,05$) antara karakteristik demografis (usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, dan pekerjaan) pasien dengan infeksi saluran pernapasan akut yang dialami oleh pasien.

Tabel 4. 8. Hubungan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 - 2008 dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut

No.	Variabel	Ya		Tidak		P
		n	%	n	%	
1.	Bentuk Keluarga					
	Inti	9	14,5	53	85,5	
	Extended*	2	10,5	17	89,5	0,113 ^a
	Majemuk*	3	13,6	19	86,4	
2.	Jumlah siklus dalam keluarga					
	1 siklus	6	20	24	80	
	2 siklus*	4	9,8	37	90,2	0,225 ^b
	> 2 siklus*	4	12,5	28	87,5	
3.	Jumlah anak dalam keluarga					
	< 5	10	12,8	68	87,2	
	≥ 5	4	16	21	84	0,74 ^b
4.	Jumlah anggota dalam satu rumah					
	1 s/d 4	7	14,9	40	85,1	
	5 s/d 9*	5	11,4	39	88,6	0,125 ^a
	≥ 10*	2	16,7	10	83,3	

Tabel 4. 8. (sambungan)

5. Interaksi dalam keluarga					
Tidak Baik	4	21,1	15	78,9	0,285 ^b
Baik	10	11,9	74	88,1	

* : digabung dalam analisis data ; ^a : dianalisis dengan Uji *Chi-square* ; ^b : dianalisis dengan Uji *Fisher*

Tabel 4. 9. Hubungan Siklus Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 - 2008 dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut

No.	Siklus Keluarga		Ya		Tidak		P
			n	%	n	%	
1.	Baru menikah	Ya	0	0,0	0	0,0	-
		Tidak	14	13,6	89	86,4	
2.	Keluarga dengan bayi	Ya	1	9,1	10	90,9	1,000 ^b
		Tidak	13	14,1	79	85,9	
3.	Keluarga dengan balita	Ya	4	12,1	29	87,9	1,000 ^b
		Tidak	10	14,3	60	85,7	
4.	Keluarga dengan usia SD	Ya	7	21,9	25	78,1	0,124 ^b
		Tidak	7	9,9	64	90,1	
5.	Keluarga dgn anak remaja (SMP,SMA)	Ya	3	14,3	18	85,7	1,000 ^b
		Tidak	11	13,4	71	86,6	
6.	Keluarga dgn anak meninggalkan rumah (kuliah/kerja/usia 20-49 thn)	Ya	7	10,4	60	89,6	0,235 ^b
		Tidak	7	19,4	29	80,6	
7.	Keluarga usia pertengahan (50-60 thn)	Ya	2	9,1	20	90,9	0,729 ^b
		Tidak	12	14,8	69	85,2	
8.	Keluarga dgn usia lanjut (> 60 thn)	Ya	12	6,5	29	93,5	0,219 ^b
		Tidak	12	16,7	60	83,3	

^b : dianalisis dengan Uji *Fisher*

Sedangkan berdasarkan tabel 4.8., pasien dengan keluarga inti (14,5%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pernapasan akut dibandingkan bentuk keluarga lainnya, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari jumlah siklus dalam keluarga, pasien dengan 1 siklus dalam keluarga (20%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pernapasan akut dibandingkan jumlah siklus lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Ditinjau dari jumlah anak dalam keluarga, pasien dengan jumlah anak ≥ 5 orang (16%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pernapasan akut dibandingkan jumlah anak < 5 orang (12,8%), namun perbedaan ini tidak

bermakna secara statistik. Selain itu, ditinjau dari jumlah anggota dalam satu rumah, pasien dengan ≥ 10 orang dalam keluarga (16,7%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pernapasan akut dibandingkan dengan jumlah anggota lainnya, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari interaksi dalam keluarga, pasien dengan interaksi tidak baik dalam keluarga (21,1%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pernapasan akut dibandingkan interaksi baik (11,9%), namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Berdasarkan tabel 4.9, didapatkan bahwa pasien dengan siklus keluarga dengan usia SD (21,9%), dan anak remaja (SMP/SMA) (14,3%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pernapasan akut dibandingkan pasien dengan siklus keluarga lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Jadi, mengenai hubungan profil keluarga pasien dengan infeksi saluran pernapasan akut, didapatkan hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$) antara profil keluarga (bentuk keluarga, jumlah siklus dalam keluarga, jumlah anak dalam keluarga, jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, interaksi dalam keluarga pasien, dan siklus keluarga) pasien dengan infeksi saluran pernapasan akut.

4.6. Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI 2006 – 2008 dengan Infeksi Saluran Pencernaan

Tabel 4.10. Hubungan Karakteristik Demografis Pasien KDK FKUI Tahun 2006 - 2008 dengan Infeksi Saluran Pencernaan

No.	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	n	%	
1.	Usia					
	18 tahun	4	14,3	24	85,7	0,005 ^b
	19 - 39 tahun*	0	0	10	100	
	40 - 59 tahun*	0	0	32	100	
> 60 tahun*	0	0	33	100		
2.	Jenis kelamin					
	Laki-laki	2	4,3	45	95,7	1,000 ^b
Perempuan	2	3,6	54	96,4		
3.	Pendidikan					
	Rendah	4	5,2	73	94,8	0,57 ^b
	Sedang*	0	0	24	100	
Tinggi*	0	0	2	100		

Tabel 4.10. (sambungan)

4. Status pernikahan					
Tidak menikah*	4	12,1	29	87,9	
Menikah	0	0	55	100	0,044 ^b
Janda/duda*	0	0	15	100	
5. Pekerjaan					
Tidak bekerja*	4	8,9	41	91,1	
Ibu Rumah Tangga*	0	0	29	100	
Pegawai Negeri**	0	0	1	100	0,579 ^b
Karyawan Swasta**	0	0	4	100	
Wiraswasta**	0	0	16	100	
Pensiunan*	0	0	8	100	

* : digabung dalam analisis data ; ^b : dianalisis dengan Uji Fisher

Berdasarkan tabel 4.10. , dilihat bahwa pasien berusia ≤ 18 tahun (14,3%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pencernaan dibandingkan dengan kriteria usia lainnya, dimana perbedaan ini bermakna secara statistik. Ditinjau dari jenis kelamin, pasien laki-laki (4,3%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pencernaan dibandingkan pasien perempuan (3,6%), namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Selain itu, ditinjau dari tingkat pendidikan, pasien dengan tingkat pendidikan rendah (5,2%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pencernaan dibandingkan dengan tingkat pendidikan lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari status pernikahan, pasien tidak menikah (12,1%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pencernaan dibandingkan dengan status pernikahan lainnya, dimana perbedaan ini bermakna secara statistik. Ditinjau dari jenis pekerjaan, pasien tidak bekerja (8,9%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pencernaan dibandingkan dengan pekerjaan lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Jadi, mengenai hubungan karakteristik demografis pasien dengan infeksi saluran pencernaan , didapatkan hubungan bermakna antara usia pasien dengan infeksi saluran pencernaan ($p = 0,005$), dan status pernikahan pasien dengan infeksi saluran pencernaan ($p = 0,044$). Sebaliknya, didapatkan hubungan tidak

bermakna ($p > 0,05$) antara karakteristik demografis lainnya yaitu jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan pasien dengan infeksi saluran pencernaan.

Tabel 4.11. Hubungan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 - 2008 dengan Infeksi Saluran Pencernaan

No.	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	n	%	
1.	Bentuk Keluarga					
	Inti	3	4,8	59	95,2	
	Extended*	0	0	19	100	1,000 ^b
	Majemuk*	1	4,5	21	95,5	
2.	Jumlah siklus dlm keluarga					
	1 siklus	2	6,7	28	93,3	
	2 siklus*	1	2,4	40	97,5	0,578 ^b
	> 2 siklus*	1	3,1	31	96,9	
3.	Jumlah anak dalam keluarga					
	< 5	4	5,1	74	94,9	
	≥ 5	0	0	25	100	0,57 ^b
4.	Jumlah anggota dalam satu rumah					
	1 s/d 4	2	4,3	45	95,7	
	5 s/d 9*	1	2,3	43	97,7	1,000 ^b
	≥ 10*	1	8,3	11	91,7	
5.	Interaksi dalam keluarga					
	Tidak Baik	0	0	19	100	
	Baik	4	4,8	80	95,2	1,000 ^b

* : digabung dalam analisis data ; ^b : dianalisis dengan Uji Fisher

Tabel 4.12. Hubungan Siklus Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 - 2008 dengan Infeksi Saluran Pencernaan

No.	Siklus Keluarga	Ya		Tidak		p	
		n	%	n	%		
1.	Baru menikah	Ya	0	0,0	0	0,0	-
		Tidak	4	3,9	99	96,1	
2.	Keluarga dengan bayi	Ya	1	9,1	10	90,9	0,368 ^b
		Tidak	3	3,3	89	96,7	
3.	Keluarga dengan balita	Ya	3	9,1	30	90,9	0,096 ^b
		Tidak	1	1,4	69	98,6	
4.	Keluarga dengan usia SD	Ya	2	6,3	30	93,8	0,586 ^b
		Tidak	2	2,8	69	97,2	
5.	Keluarga dgn anak remaja (SMP,SMA)	Ya	0	0	21	100	0,579 ^b
		Tidak	4	4,9	78	95,1	

Tabel 4.12. (sambungan)

6.	Keluarga dgn anak meninggalkan rumah (kuliah/kerja/usia 20-49 thn)	Ya	1	1,5	66	98,5	0,122 ^b
		Tidak	3	8,3	33	91,7	
7.	Keluarga usia pertengahan (50-60 thn)	Ya	0	0	22	100	0,575 ^b
		Tidak	4	4,9	77	95,1	
8.	Keluarga dgn usia lanjut (> 60 thn)	Ya	0	0	31	100	0,313 ^b
		Tidak	4	5,6	68	94,4	

^b : dianalisis dengan Uji Fisher

Sedangkan berdasarkan tabel 4.11. , pasien dengan bentuk keluarga inti (4,8%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pencernaan dibandingkan dengan bentuk keluarga lainnya dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari jumlah siklus dalam keluarga, pasien dengan 1 siklus dalam keluarga (6,7%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pencernaan dibandingkan dengan jumlah siklus lainnya, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari jumlah anak dalam keluarga, pasien dengan < 5 anak dalam keluarga (5,1%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pencernaan dibandingkan dengan pasien dengan ≥ 5 anak dalam keluarga, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Selain itu, ditinjau dari jumlah anggota dalam satu rumah, pasien dengan ≥ 10 anggota dalam satu rumah (8,3%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pencernaan dibandingkan dengan jumlah anggota lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari interaksi dalam keluarga, pasien dengan interaksi baik dalam keluarga (4,8%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pencernaan dibandingkan dengan interaksi tidak baik, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Berdasarkan tabel 4.12, didapatkan bahwa pasien dengan siklus keluarga dengan bayi (9,1%), balita (9,1%), dan usia SD (6,3%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pencernaan dibandingkan siklus keluarga lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Jadi, mengenai hubungan profil keluarga pasien dengan infeksi saluran pencernaan, didapatkan hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$) antara profil keluarga (bentuk keluarga, jumlah siklus dalam keluarga, jumlah anak dalam

keluarga, jumlah anggota dalam satu rumah, interaksi dalam keluarga dan siklus keluarga) pasien dengan infeksi saluran pencernaan.

4.7. Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI 2006 – 2008 dengan Infeksi Kulit

Tabel 4.13. Hubungan Karakteristik Demografis Pasien KDK FKUI Tahun 2006 - 2008 dengan Infeksi Kulit

No.	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	n	%	
1.	Usia					
	18 tahun	1	3,6	27	96,4	1,000 ^b
	19 - 39 tahun*	0	0	10	100	
	40 - 59 tahun*	2	6,3	30	93,8	
	> 60 tahun*	0	0	33	100	
2.	Jenis kelamin					
	Laki-laki	2	4,3	45	95,7	0,591 ^b
	Perempuan	1	1,8	55	98,2	
3.	Pendidikan					
	Rendah	3	3,9	74	96,1	0,57 ^b
	Sedang*	0	0	24	100	
	Tinggi*	0	0	2	100	
4.	Status pernikahan					
	Tidak menikah*	1	3	32	97	1,000 ^b
	Menikah	2	3,6	53	96,4	
	Janda/duda*	0	0	15	100	
5.	Pekerjaan					
	Tidak bekerja*	1	2,2	44	97,8	0,105 ^b
	Ibu Rumah Tangga*	0	0	29	100	
	Pegawai Negeri**	0	0	1	100	
	Karyawan Swasta**	0	0	4	100	
	Wiraswasta**	2	12,5	14	87,5	
	Pensiunan*	0	0	8	100	

* : digabung dalam analisis data ; ^b : dianalisis dengan Uji Fisher

Berdasarkan tabel 4.13, didapatkan bahwa pasien berusia 40-59 tahun (6,3%) lebih banyak mengalami infeksi kulit dibandingkan dengan kriteria usia lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari jenis kelamin, pasien laki-laki (4,3%) lebih banyak mengalami infeksi kulit

dibandingkan dengan pasien perempuan (1,8%), dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari tingkat pendidikan, pasien berpendidikan rendah (3,9%) lebih banyak mengalami infeksi kulit dibandingkan dengan tingkat pendidikan lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Selain itu, ditinjau dari status pernikahan, pasien menikah (3,6%) lebih banyak mengalami infeksi kulit dibandingkan dengan status pernikahan lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari jenis pekerjaan, pasien dengan pekerjaan wiraswasta (12,5%) lebih banyak mengalami infeksi kulit dibandingkan dengan jenis pekerjaan lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Jadi, mengenai hubungan karakteristik demografis pasien dengan infeksi kulit, didapatkan hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$) antara karakteristik demografis (umur, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, dan pekerjaan) pasien dengan infeksi kulit.

Tabel 4.14. Hubungan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 - 2008 dengan Infeksi Kulit

No.	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	n	%	
1.	Bentuk Keluarga					
	Inti	2	3,2	60	96,8	
	Extended*	0	0	19	100	1,000 ^b
	Majemuk*	1	4,5	21	95,5	
2.	Jumlah siklus dlm keluarga					
	1 siklus	1	3,3	29	96,7	
	2 siklus*	2	4,9	39	95,1	1,000 ^b
	> 2 siklus*	0	0	32	100	
3.	Jumlah anak dalam keluarga					
	< 5	3	3,8	75	96,2	
	≥ 5	0	0	25	100	1,000 ^b
4.	Jumlah anggota dalam satu rumah					
	1 s/d 4	1	2,1	46	97,9	
	5 s/d 9*	2	4,5	42	95,5	1,000 ^b
	≥ 10*	0	0	12	100	
5.	Interaksi dalam keluarga					
	Tidak Baik	1	5,3	18	94,7	
	Baik	2	2,4	82	97,6	0,461 ^b

* : digabung dalam analisis data ; ^b : dianalisis dengan Uji Fisher

Tabel 4.15. Hubungan Siklus Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 - 2008 dengan Infeksi Kulit

No.	Siklus Keluarga		Ya		Tidak		p
			n	%	n	%	
1.	Baru menikah	Ya	0	0,0	0	0,0	
		Tidak	3	2,9	100	97,1	
2.	Keluarga dengan bayi	Ya	0	0	11	100	1,000 ^b
		Tidak	3	3,3	89	96,7	
3.	Keluarga dengan balita	Ya	0	0	33	100	0,549 ^b
		Tidak	3	4,3	67	95,7	
4.	Keluarga dengan usia SD	Ya	2	6,3	30	93,8	0,227 ^b
		Tidak	1	1,4	70	98,6	
5.	Keluarga dgn anak remaja (SMP,SMA)	Ya	2	9,5	19	90,5	0,105 ^b
		Tidak	1	1,2	81	98,8	
6.	Keluarga dgn anak meninggalkan rumah (kuliah/kerja/usia 20-49 thn)	Ya	1	1,5	66	98,5	0,279 ^b
		Tidak	2	5,6	34	94,4	
7.	Keluarga usia pertengahan (50-60 thn)	Ya	0	0	22	100	1,000 ^b
		Tidak	3	3,7	78	96,3	
8.	Keluarga dgn usia lanjut (> 60 thn)	Ya	0	0	31	100	0,552 ^b
		Tidak	3	4,2	69	95,8	

^b : dianalisis dengan Uji Fisher

Sedangkan berdasarkan tabel 4.14., didapatkan bahwa pasien dengan bentuk keluarga majemuk (4,5%) lebih banyak mengalami infeksi kulit dibandingkan dengan bentuk keluarga lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari jumlah siklus dalam keluarga, pasien dengan 2 siklus dalam keluarga (4,9%) lebih banyak mengalami infeksi kulit dibandingkan dengan jumlah siklus lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari jumlah anak dalam keluarga, pasien dengan < 5 anak dalam keluarga (3,8%) lebih banyak mengalami infeksi kulit dibandingkan dengan pasien dengan ≥ 5 anak dalam keluarga, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Selain itu, ditinjau dari jumlah anggota dalam satu rumah, pasien dengan 5 sampai dengan 9 orang dalam satu rumah (4,5%) lebih banyak mengalami infeksi kulit dibandingkan dengan pasien dengan jumlah anggota dalam satu rumah lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari interaksi dalam keluarga, pasien dengan interaksi tidak baik dalam keluarga

(5,3%) lebih banyak mengalami infeksi kulit dibandingkan dengan interaksi baik, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Terakhir, ditinjau dari siklus keluarga, pasien dengan siklus keluarga dengan anak remaja (SMP, SMA) (9,5%) dan usia SD (6,3%) lebih banyak mengalami infeksi kulit dibandingkan dengan siklus keluarga lainnya, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Jadi, mengenai hubungan profil keluarga pasien dengan infeksi kulit, didapatkan hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$) antara profil keluarga (bentuk keluarga, jumlah siklus dalam keluarga, jumlah anak dalam keluarga, jumlah anggota dalam satu rumah, interaksi dalam keluarga, dan siklus keluarga) pasien dengan infeksi saluran pencernaan.

4.8. Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI 2006 – 2008 dengan Infeksi yang belum diketahui penyebabnya

Tabel 4.16. Hubungan Karakteristik Demografis Pasien KDK FKUI Tahun 2006 - 2008 dengan Infeksi yang belum diketahui penyebabnya

No.	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	n	%	
1.	Usia					
	18 tahun	1	3,6	27	96,4	1,000 ^b
	19 - 39 tahun*	0	0	10	100	
	40 - 59 tahun*	1	3,1	31	96,9	
	> 60 tahun*	1	3	32	97	
2.	Jenis kelamin					
	Laki-laki	0	0	47	100	0,248 ^b
	Perempuan	3	5,4	53	94,6	
3.	Pendidikan					
	Rendah	2	2,6	75	97,4	1,000 ^b
	Sedang*	1	4,2	23	95,8	
	Tinggi*	0	0	2	100	
4.	Status pernikahan					
	Tidak menikah*	1	3	32	97	1,000 ^b
	Menikah	2	3,6	53	96,4	
	Janda/duda*	0	0	15	100	
5.	Pekerjaan					
	Tidak bekerja*	2	4,4	43	95,6	1,000 ^b
	Ibu Rumah Tangga*	1	3,4	28	96,6	

Tabel 4.16. (sambungan)

Pegawai Negeri**	0	0	1	100
Karyawan Swasta**	0	0	4	100
Wiraswasta**	0	0	16	100
Pensiunan*	0	0	8	100

* : digabung dalam analisis data ; ^b : dianalisis dengan Uji Fisher

Berdasarkan tabel 4.16., didapatkan bahwa pasien berusia ≤ 18 tahun (3,6%) lebih banyak mengalami infeksi yang belum diketahui penyebabnya dibandingkan dengan kriteria usia lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari jenis kelamin, pasien perempuan (5,4%) lebih banyak mengalami infeksi yang belum diketahui penyebabnya dibandingkan dengan pasien laki-laki, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari tingkat pendidikan, pasien berpendidikan sedang (4,2%) lebih banyak mengalami infeksi yang belum diketahui penyebabnya dibandingkan dengan tingkat pendidikan lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Selain itu, ditinjau dari status pernikahan, pasien yang menikah (3,6%) lebih banyak mengalami infeksi yang belum diketahui penyebabnya dibandingkan dengan status pernikahan lainnya, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Terakhir, ditinjau dari jenis pekerjaan, pasien yang tidak bekerja (4,4%) lebih banyak mengalami infeksi yang belum diketahui penyebabnya dibandingkan dengan jenis pekerjaan lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Jadi, mengenai hubungan karakteristik demografis pasien dengan infeksi yang belum diketahui penyebabnya, didapatkan hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$) antara karakteristik demografis (umur, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, dan pekerjaan) dengan infeksi yang belum diketahui penyebabnya.

Tabel 4.17. Hubungan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 - 2008 dengan Infeksi yang belum diketahui penyebabnya

No.	Variabel	Ya		Tidak		p
		n	%	n	%	
1.	Bentuk Keluarga					
	Inti	3	4,8	59	95,2	
	Extended*	0	0	19	100	0,274 ^b
	Majemuk*	0	0	22	100	
2.	Jumlah siklus dlm keluarga					
	1 siklus	1	3,3	29	96,7	
	2 siklus*	1	2,4	40	97,6	1,000 ^b
	> 2 siklus*	1	3,1	31	96,9	
3.	Jumlah anak dalam keluarga					
	< 5	2	2,6	76	97,4	
	≥ 5	1	4	24	96	0,57 ^b
4.	Jumlah anggota dalam satu rumah					
	1 s/d 4	2	4,3	45	95,7	
	5 s/d 9*	1	2,3	43	97,7	0,59 ^b
	≥ 10*	0	0	12	100	
5.	Interaksi dalam keluarga					
	Tidak Baik	1	5,3	18	94,7	
	Baik	2	2,4	82	97,6	0,461 ^b

* : digabung dalam analisis data ; ^b : dianalisis dengan Uji Fisher

Tabel 4.18. Hubungan Siklus Keluarga Pasien KDK FKUI tahun 2006 - 2008 dengan Infeksi yang belum diketahui penyebabnya

No.	Siklus Keluarga	Ya		Tidak		p	
		n	%	n	%		
1.	Baru menikah	Ya	0	0,0	0	0,0	-
		Tidak	3	2,9	100	97,1	
2.	Keluarga dengan bayi	Ya	0	0	11	100	1,000 ^b
		Tidak	3	3,3	89	96,7	
3.	Keluarga dengan balita	Ya	1	3	32	97	1,000 ^b
		Tidak	2	2,9	68	97,1	
4.	Keluarga dengan usia SD	Ya	1	3,1	31	96,9	1,000 ^b
		Tidak	2	2,8	69	97,2	
5.	Keluarga dgn anak remaja (SMP,SMA)	Ya	1	4,8	20	95,2	0,499 ^b
		Tidak	2	2,4	80	97,6	
6.	Keluarga dgn anak meninggalkan rumah (kerja/usia 20-49 thn)	Ya	3	4,5	64	95,5	0,55 ^b
		Tidak	0	0	36	100	

Tabel 4.18. (sambungan)

7.	Keluarga usia pertengahan (50-60 thn)	Ya	0	0	22	100	1,000 ^b
		Tidak	3	3,7	78	96,3	
8.	Keluarga dgn usia lanjut (> 60 thn)	Ya	1	3,2	30	96,8	1,000 ^b
		Tidak	2	2,8	70	97,2	

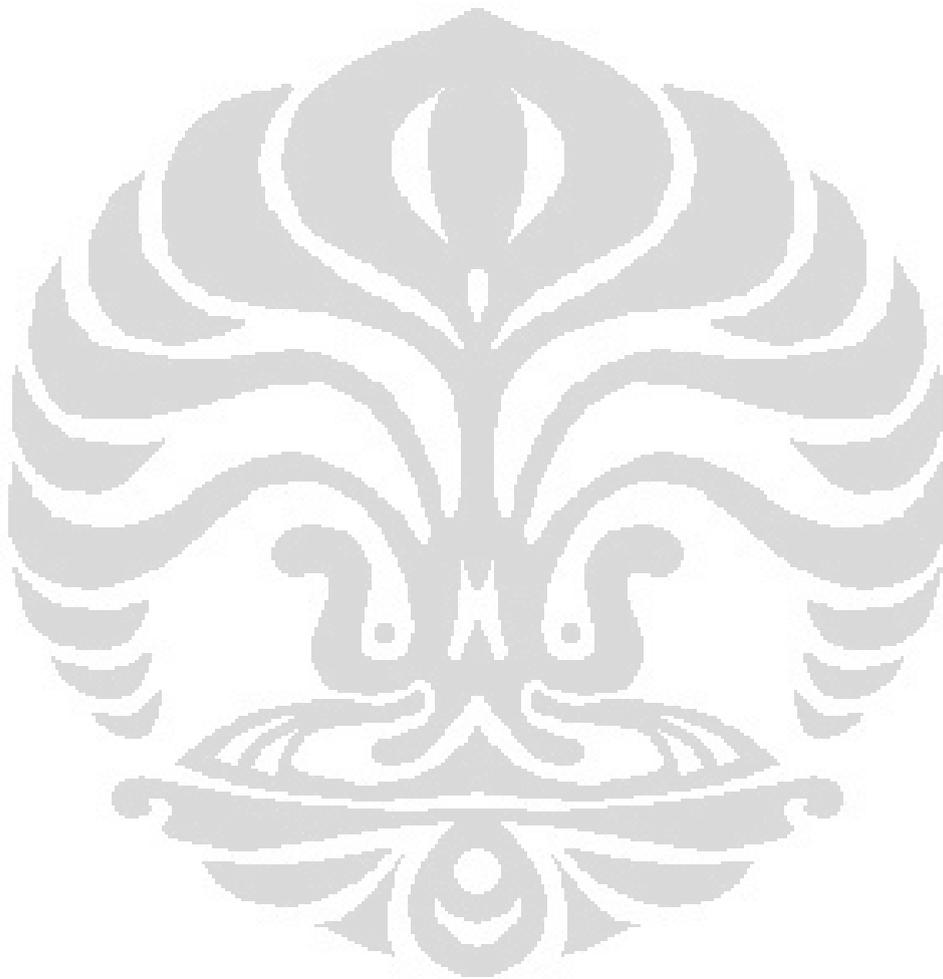
^b : dianalisis dengan Uji Fisher

Sedangkan berdasarkan tabel 4.17., didapatkan bahwa pasien dengan bentuk keluarga inti (4,8%) lebih banyak mengalami infeksi yang belum diketahui penyebabnya dibandingkan dengan bentuk keluarga lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari jumlah siklus dalam keluarga, pasien dengan 1 siklus dalam keluarga (3,3%) lebih banyak mengalami infeksi yang belum diketahui penyebabnya dibandingkan dengan jumlah siklus lainnya, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Selain itu, ditinjau dari jumlah anak dalam keluarga, pasien dengan ≥ 5 anak dalam keluarga (4%) lebih banyak mengalami infeksi yang belum diketahui penyebabnya dibandingkan dengan < 5 anak dalam keluarga, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari jumlah anggota dalam satu rumah, pasien dengan 1 sampai dengan 4 orang dalam keluarga (4,3%) lebih banyak mengalami infeksi yang belum diketahui penyebabnya dibandingkan dengan jumlah anggota lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Ditinjau dari interaksi dalam keluarga, pasien dengan interaksi tidak baik dalam keluarga (5,3%) lebih banyak mengalami infeksi yang belum diketahui penyebabnya dibandingkan dengan interaksi baik dalam keluarga, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Terakhir, ditinjau dari siklus keluarga, pasien dengan siklus keluarga dengan anak remaja (SMP,SMA) (4,8%), anak meninggalkan rumah (4,5%), dan usia SD (3,1%) lebih banyak mengalami infeksi yang belum diketahui penyebabnya dibandingkan dengan siklus keluarga selain siklus keluarga tersebut, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Jadi, mengenai hubungan profil keluarga pasien dengan infeksi yang belum diketahui penyebabnya, didapatkan hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$)

antara profil keluarga (bentuk keluarga, jumlah siklus dalam keluarga, jumlah anak dalam keluarga, jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, interaksi dalam keluarga dan siklus keluarga) pasien dengan infeksi yang belum diketahui penyebabnya.



BAB 5

PEMBAHASAN

5.1. Kelebihan dan Kekurangan Penelitian

Penelitian hubungan karakteristik demografis dan profil keluarga dengan lima penyakit infeksi terbanyak di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2006 – 2008 ini memiliki beberapa kelebihan dan kekurangan baik dalam metode maupun dalam pelaksanaannya. Kelebihan penelitian ini adalah pemilihan topik penelitian tentang hubungan karakteristik demografis dan profil keluarga dengan pola penyakit infeksi yang walaupun sudah pernah diteliti secara tidak langsung dan terpisah di luar negeri, belum pernah diteliti sebelumnya di Indonesia. Oleh karena itu, hasil penelitian ini dapat digunakan untuk intervensi lebih lanjut mengenai hubungan karakteristik demografis dan profil keluarga dengan pola penyakit infeksi, baik dalam hal penelitian maupun penerapannya dalam pelayanan dokter keluarga.

Namun penelitian ini juga memiliki kekurangan. Penelitian ini menggunakan data sekunder dari laporan studi kasus keluarga binaan KDK FKUI, sehingga dapat diperoleh jumlah sampel yang banyak dalam waktu yang cukup singkat. Penelitian dengan menggunakan data sekunder ini memiliki kelemahan, yaitu faktor ketidaklengkapan data yang tidak dapat dihindarkan sehingga tidak semua variabel dapat diteliti dan digunakan dalam penelitian. Hal ini menyebabkan dari 200 data yang terkumpul, hanya 103 data yang dapat digunakan. Walaupun begitu, jumlah ini telah memenuhi syarat batas minimal jumlah besar sampel penelitian yang dibutuhkan sehingga dapat digunakan untuk penelitian.

5.2. Hubungan antara Karakteristik Demografis Pasien dengan Penyakit Infeksi

Dari hasil penelitian, pasien yang datang ke KDK FKUI tahun 2006 – 2008 terbanyak adalah pasien berusia ≥ 60 tahun (32%), pasien berjenis kelamin perempuan (54,4%), pasien berpendidikan rendah (74,8%), pasien tidak bekerja (43,7%), dan pasien telah menikah (53,4%).

Berdasarkan pengelompokan atas usia, didapatkan 32 % dari keseluruhan sampel merupakan pasien dengan usia ≥ 60 tahun, yangmana merupakan angka tertinggi dari keseluruhan sampel, diikuti oleh pasien usia 40 – 59 tahun (32%). Hal ini sesuai dengan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2007 dimana didapatkan komposisi penduduk Indonesia menurut kelompok umur didominasi oleh penduduk berusia produktif (15 – 64 tahun). Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2007, dihitung terdapat 29,30 % penduduk berusia muda (0-14 tahun), 65,5 % penduduk berusia produktif (15 – 64 tahun) dan 5,65 % penduduk berusia tua (≥ 65 tahun).⁴ Sedangkan pada penelitian yang sama yang dilakukan di KDK FKUI tahun 2006-2008 oleh Widiyanto, didapatkan hasil bahwa berdasarkan usia pasien di KDK FKUI tahun 2006-2008 kelompok terbanyak yang berkunjung adalah kelompok usia pertengahan (40-59 tahun) (31,36%) dan usia lanjut (≥ 60 tahun) (29,6%).²¹ Dengan demikian, maka kelompok usia terbanyak di Indonesia adalah juga kelompok dengan jumlah kunjungan terbesar ke KDK FKUI tahun 2006-2008. Hasil ini dapat diperkirakan karena penduduk berusia di bawah 40 tahun masih memiliki sistem imunitas yang baik sehingga jarang/ tidak mudah terkena penyakit, sehingga mereka jarang/ tidak perlu berobat ke tempat pelayanan kesehatan seperti KDK FKUI. Di lain pihak, penduduk yang berusia diatas 40 tahun mengalami penurunan sistem imunitas sehingga lebih rentan terkena penyakit, baik penyakit infeksi maupun non-infeksi dan perlu berobat ke tempat pelayanan kesehatan seperti KDK FKUI.

Berdasarkan pengelompokan atas jenis kelamin, didapatkan 54,4 % perempuan dan 45,6% laki-laki yang menunjukkan pengunjung KDK FKUI tahun 2006-2008 adalah perempuan dengan jumlah sedikit lebih banyak dibanding laki-laki dengan rasio jenis kelamin (laki-laki/perempuan) yang didapat adalah 83,8%. Sedangkan pada penelitian yang sama yang dilakukan di KDK FKUI tahun 2006-2008 oleh Widiyanto, didapatkan hasil bahwa berdasarkan jenis kelamin pasien yang datang ke KDK FKUI tahun 2006-2008 adalah 55 laki-laki dan 60 perempuan sehingga rasio jenis kelamin (laki-laki/perempuan) yang didapat adalah 91,7% dimana rasio ini lebih rendah dibandingkan data dari Badan Pusat Statistik Indonesia.^{21,22} Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik Indonesia dengan perbandingan laki-laki dengan perempuan hingga tahun 2008 adalah

114.051.100 jiwa : 113.728.000 jiwa yang mana hampir mencapai rasio 100 : 100 dengan jumlah perempuan sedikit lebih rendah dibandingkan jumlah laki-laki.²² Ketidaksesuaian hasil ini diperkirakan karena perbedaan jumlah populasi penelitian tidaklah mewakili seluruh populasi penduduk Indonesia. Jadi, dari hasil penelitian ini dapat dikatakan bahwa perempuan lebih peduli terhadap kesehatannya dibandingkan laki-laki. Hal ini mungkin dikarenakan pasien berjenis kelamin pria sibuk dengan urusan pekerjaannya di luar rumah sehingga agak kurang peduli akan kesehatannya dibandingkan pasien berjenis kelamin perempuan.

Berdasarkan pengelompokan atas tingkat pendidikan, didapatkan 74,8 % pasien berpendidikan rendah, yang mana merupakan angka tertinggi dari keseluruhan sampel. Hasil ini cukup sesuai bila dibandingkan dengan Statistik Kesra tahun 2007, dimana didapatkan penduduk usia 10 tahun ke atas yang masih bersekolah adalah sebesar 19,18 % dari total penduduk dengan rincian yang bersekolah di SD/MI sebesar 7,81 % , di SLTP/MTs sebesar 5,88 % , di SMU/SM sebesar 3,92 % dan di Akademi/Universitas sebesar 1,57%.⁴ Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak masyarakat Indonesia yang belum/tidak bersekolah. Selain itu, hasil penelitian ini terjadi mungkin dikarenakan fenomena di masyarakat dimana pasien-pasien berpendidikan lebih tinggi cenderung lebih memilih tempat pelayanan kesehatan tingkat sekunder, bahkan tersier seperti dokter spesialis dan rumah sakit dibandingkan tempat pelayanan kesehatan tingkat primer seperti KDK FKUI.

Berdasarkan pengelompokan atas jenis pekerjaan, didapatkan 43,7 % dari keseluruhan sampel merupakan pasien yang tidak bekerja, yang mana merupakan angka tertinggi dari keseluruhan sampel. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang sama yang dilakukan di KDK FKUI tahun 2006-2008 oleh Widiyanto, dimana didapatkan hasil kelompok kerja terbesar pasien di KDK FKUI adalah kelompok pasien tidak bekerja (44,3%) karena sebagian besar anggota kelompok ini adalah pasien anak yang berusia 0-18 tahun (62,7%) yang belum masih dalam masa sekolah dan pasien usia lanjut (21,6%) yang memang sudah tidak lagi bekerja.²¹ Hasil Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) Badan Pusat Statistik (BPS) dalam bulan Februari 2007, menunjukkan tingkat pengangguran tertinggi terjadi

di pulau Jawa sebesar 10,39 % dan terendah di Bali dan Nusa Tenggara sebesar 5,49 %.⁴ Perbedaan hasil ini dapat terjadi karena perbedaan besar sampel pada penelitian dan pengambilan sampel di KDK FKUI yang tidak mewakili keseluruhan populasi penduduk Indonesia. Hasil penelitian ini dapat terjadi mungkin dikarenakan pasien yang tidak bekerja cenderung memiliki pengetahuan yang kurang tentang perilaku hidup sehat dan penyakitnya serta cenderung mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya termasuk kebutuhan gizi dan pelayanan kesehatan sehingga lebih rentan terkena penyakit, terutama penyakit infeksi dibandingkan pasien yang bekerja.

Terakhir, berdasarkan pengelompokan atas status pernikahan, didapatkan 53,4 % dari keseluruhan sampel merupakan pasien yang telah menikah, yang mana merupakan angka tertinggi dari keseluruhan sampel. Hasil penelitian ini dapat terjadi mungkin dikarenakan pasien yang telah menikah memiliki dukungan lebih dari pasangannya dalam upaya menjaga kesehatannya dibandingkan pasien yang belum menikah. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang sama yang dilakukan di KDK FKUI tahun 2006-2008 oleh Widiyanto, dimana didapatkan status pernikahan pada sebagian besar pasien KDK FKUI adalah menikah (51,3%) dengan khususnya pada kelompok usia pertengahan (50,8%) dan usia lanjut (33,9%).²¹ Dari penelitian telah ditunjukkan bahwa terdapat hubungan antara angka kesakitan maupun kematian karena penyakit-penyakit tertentu dengan status kawin, tidak kawin, cerai, dan janda/duda. Pasien-pasien pada usia pertengahan dan usia lanjut yang menikah kerentanan terhadap penyakit karena minimnya dukungan keluarga dalam berbagai upaya kesehatan.⁹ Namun hal ini masih perlu dipelajari lebih lanjut di Indonesia.¹⁴

5.3. Hubungan antara Profil Keluarga Pasien dengan Penyakit Infeksi

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan 60,2 % pasien memiliki keluarga inti, 65 % pasien melewati siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah (kuliah/kerja/usia 20-49 tahun), 39,8 % pasien memiliki 2 siklus keluarga, 75,7 % pasien memiliki anak < 5 orang, 45,6 % pasien memiliki 1-4 orang anggota dalam satu rumah, dan 81,6 % pasien memiliki interaksi baik dalam keluarga.

Penelitian ini memperlihatkan persentase pasien dengan penyakit infeksi di KDK FKUI tahun 2006-2008 didominasi oleh pasien dengan keluarga inti (60,2%). Hal ini sesuai dengan penelitian yang sama di KDK FKUI tahun 2006-2008 oleh Renjana didapatkan persentase bentuk keluarga pasien KDK FKUI tahun 2006-2008 adalah keluarga inti (54,7%), keluarga majemuk (23,3%), dan keluarga extended (22%) dimana persentase tertinggi adalah keluarga inti.²³ Penelitian dari WHO menyatakan bahwa distribusi bentuk keluarga inti baik *couple-only families* maupun *single parent families* dengan anak yang mandiri di beberapa negara meningkat. Peningkatan *single and couple-only family* telah diteliti di dunia tidak hanya terjadi di negara maju, tetapi juga di negara berkembang.²⁴ Penelitian lain mengenai bentuk keluarga di Amerika melaporkan hal serupa, bahwa distribusi keluarga di sana adalah pasangan suami-istri tanpa anak (30%), orang tua dengan anak (28%), orang tua tunggal (14%), dan keluarga hidup bersama (28%).²⁵

Jadi, dari penelitian ini dapat diketahui bahwa bentuk keluarga yang paling banyak dimiliki pasien KDK FKUI dengan penyakit infeksi adalah keluarga inti. Hal ini dapat diartikan bahwa sebagian besar pasien penyakit infeksi di KDK FKUI berada dalam bentuk keluarga yang terdiri dari orang tua serta anak-anak kandung.¹² Bentuk keluarga ini 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.²⁶ Namun bentuk keluarga inti merupakan bentuk keluarga yang kurang baik dalam mengatasi suatu penyakit karena keluarga ini sangat memperhatikan kebutuhan emosi anggota keluarganya. Apabila ada salah satu anggota keluarga yang sakit (pasien), maka keterlibatan emosi dengan pasien tersebut sedemikian erat sehingga dapat menyebabkan ketergantungan dan menghambat proses penyembuhan.²⁷

Persentase siklus keluarga yang paling banyak dimiliki pasien penyakit infeksi di KDK FKUI adalah keluarga dengan anak mulai meninggalkan rumah (kuliah/kerja/berusia 20-49 tahun) (65%). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang sama di KDK FKUI tahun 2006-2008 oleh Renjana dimana didapatkan persentase

siklus keluarga yang paling banyak dimiliki pasien KDK FKUI tahun 2006-2008 adalah keluarga dengan anak mulai meninggalkan rumah (64,8%).²³ 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.^{7,12,27,28}

Dalam satu rumah, jumlah siklus keluarga terbanyak yang dimiliki pasien penyakit infeksi di KDK FKUI adalah dua siklus (39,8%). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang sama di KDK FKUI tahun 2006-2008 oleh Renjana dimana didapatkan dalam satu rumah, jumlah siklus keluarga terbanyak pada pasien KDK FKUI tahun 2006-2008 adalah dua siklus (41,5%).²³ 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.¹²

Berdasarkan hasil penelitian ini, dalam satu keluarga pasien, jumlah anak terbanyak adalah < 5 orang (75,7%) dengan rata-rata 3 orang anak dalam satu keluarga. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang sama di KDK FKUI tahun 2006-2008 oleh Renjana dimana didapatkan dalam satu keluarga, jumlah anak terbanyak adalah < 5 orang (74,8%) dengan rata-rata 3 orang anak dalam satu keluarga.²³ Dengan jumlah anak yang relatif sedikit, baik kebutuhan kasih sayang maupun kebutuhan materi anak-anak dapat terpenuhi karena perhatian dan penghasilan keluarga digunakan untuk sedikit orang.¹⁰

Dari penelitian ini diketahui bahwa sebanyak 45,6% pasien penyakit infeksi berada dalam keluarga dengan 1-4 orang anggota keluarga dalam satu rumah. Hasil ini berbeda dari penelitian yang sama di KDK FKUI tahun 2006-2008 oleh Renjana dimana didapatkan sebanyak 46,3% pasien KDK FKUI tahun 2006-2008 berada dalam keluarga dengan 5-9 orang anggota keluarga dalam satu rumah.²³ 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. Pada penelitian ini rata-rata jumlah anggota keluarga yang

tinggal serumah adalah 1-4 orang sehingga kemungkinan penyebaran penyakit lebih kecil daripada keluarga dengan jumlah anggota keluarga 10 orang.¹²

Berdasarkan interaksi antar anggota keluarga, sebanyak 81,6% pasien memiliki interaksi yang baik. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang sama di KDK FKUI tahun 2006-2008 oleh Renjana dimana didapatkan berdasarkan interaksi antar anggota keluarga, sebanyak 84,3% pasien memiliki interaksi yang baik.²³ Dengan demikian dukungan emosional keluarga terhadap pasien baik sehingga dapat meningkatkan kesehatan pasien.²⁸

5.4. Prevalensi dan Pola Penyakit Infeksi

Penelitian ini memperlihatkan bahwa terdapat total 44 (42,7 %) kasus infeksi dari total 103 kasus yang diteliti, dimana didapatkan lima penyakit infeksi terbanyak, yaitu Infeksi M. tuberculosis (16,5%), Infeksi Saluran Pernapasan Akut (13,6%), Infeksi Saluran Pencernaan (3,9 %), Infeksi Kulit (2,9 %), dan Infeksi yang belum diketahui penyebabnya (2,9 %). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang sama di KDK FKUI tahun 2006-2008 oleh Widiyanto dimana didapatkan penyakit menular utama yang ditemui pada pasien-pasien KDK tahun 2006-2008 adalah tuberkulosis (17,4%).²¹ Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2007, didapatkan bahwa terdapat 10 pola penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di rumah sakit di Indonesia yaitu Infeksi Saluran Napas Bagian Akut (9,32 %), Hipertensi Primer (4,67 %), Demam yang sebabnya tidak diketahui (3,98 %), Penyakit kulit dan jaringan subkutan (3,91 %), Gejala tanda dan penemuan klinik dan laboratorium tidak normal lainnya (3,86 %), Cedera (3,37 %), Tuberkulosis Paru (3,37 %), Pengawasan kehamilan normal (3,34 %), Diabetes Melitus (3,32 %), dan Diare & Gastroenteritis akibat Infeksi (3,23 %).⁴ Jadi, dari kelima penyakit infeksi terbanyak yang didapat dari penelitian penulis, infeksi M. tuberculosis, infeksi saluran pernapasan akut, infeksi saluran pencernaan, dan infeksi kulit masuk dalam pola 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di rumah sakit berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia 2007 yang telah disebutkan di atas. Di lain pihak, dari 100 % frekuensi kasus infeksi yang belum diketahui penyebabnya yang telah didapat di penelitian ini, 2/3 diantaranya merupakan kasus demam yang tidak diketahui penyebabnya, sehingga

mungkin dapat dikatakan bahwa hal ini sesuai dengan prevalensi kasus demam yang tidak diketahui penyebabnya, namun hal ini perlu dievaluasi lebih dalam.

Selain itu, berdasarkan studi kasus Badan Perencanaan Pembangunan Nasional tahun 2006, didapatkan bahwa pola penyakit yang diderita oleh masyarakat di Indonesia sebagian besar adalah penyakit infeksi menular seperti tuberkulosis paru, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), malaria, diare, polio dan penyakit kulit.²⁹ Hal ini tidak jauh berbeda dari pola penyakit infeksi terbanyak yang didapat dari penelitian ini, yaitu empat penyakit infeksi diantaranya merupakan infeksi *M. tuberculosis* (termasuk tuberkulosis paru) , infeksi saluran pernapasan akut, infeksi saluran pencernaan (termasuk diare), dan infeksi kulit.

5.5. Hubungan Karakteristik Demografis dan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI 2006-2008 dengan Penyakit Infeksi

5.5.1. Infeksi *M. tuberculosis*

Berdasarkan penelitian ini, mengenai hubungan karakteristik demografis pasien dengan infeksi *M. tuberculosis*, didapatkan bahwa terdapat hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$) antara karakteristik demografis (usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, dan pekerjaan) pasien dengan infeksi *M. tuberculosis* yang dialami oleh pasien.

Mengenai hubungan usia dengan infeksi *M. tuberculosis*, dimana didapatkan pasien berusia 19-39 tahun (30%) yang paling banyak mengalami infeksi *M. tuberculosis* dibandingkan kriteria usia lainnya, dimana perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Hasil yang didapat pada penelitian ini berbeda dengan hasil survei Departemen Kesehatan RI tahun 2006 dimana berdasarkan pengelompokan atas usia, dari total 160.617 pasien TB kasus baru TB positif di Indonesia, didapatkan 23,25 % berusia 25 – 34 tahun sebagai hasil terbanyak, diikuti oleh 19,8 % berusia 35-44 % dan 18,47 % berusia 45-54 tahun yang menunjukkan pasien TB kasus baru TB positif di Indonesia lebih didominasi oleh usia produktif.⁴ Perbedaan ketidakbermaknaan di penelitian ini dapat terjadi

karena perbedaan besar sampel pada penelitian yang jauh berbeda dengan survei Departemen Kesehatan RI dan perbedaan variabel kasus TB yang diteliti. Menurut pernyataan Departemen Kesehatan RI, terdapat kelompok populasi khusus yang lebih rentan terhadap TB, yaitu perempuan, anak, usia lanjut, dan orang-orang dengan risiko penularan seperti para tahanan dan kaum pendatang (Subdirektorat TB Depkes RI & WHO, 2005).³⁰ Jadi, dari penelitian dapat kita ketahui bahwa usia produktif merupakan usia paling banyak terkena penyakit tuberkulosis, dimana kemungkinan infeksi terjadi lebih disebabkan oleh pajanan lingkungan sekitar dikarenakan pada usia produktif pasien lebih banyak beraktivitas di luar rumah mereka.

Mengenai hubungan jenis kelamin dengan infeksi *M. tuberculosis*, didapatkan pasien berjenis kelamin laki-laki (21,3%) lebih banyak mengalami infeksi *M. tuberculosis* dibandingkan perempuan (12,5%), namun perbedaan proporsi ini tidak bermakna secara statistik. Hasil yang didapat pada penelitian ini berbeda dengan studi penelitian di Afrika Barat tahun 1999 - 2001, dimana terdapat hubungan bermakna ($p < 0,001$) antara jenis kelamin dengan infeksi *M. tuberculosis* pasien dimana dari total 601 pasien terkena infeksi *M. tuberculosis*, perbandingan laki-laki dan perempuan mencapai 70 : 30 yang mana memperlihatkan bahwa terdapat peningkatan risiko infeksi *M. tuberculosis* pada laki-laki dibandingkan perempuan.³¹ Selain itu, berdasarkan laporan WHO pada tahun 2001, didapatkan bahwa pada sebagian besar negara, perbandingan infeksi *M. tuberculosis* lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan, bahkan pada negara-negara dimana akses pelayanan kesehatan untuk laki-laki dan perempuan seimbang.³² Perbedaan ketidakbermaknaan hasil ini dapat terjadi karena perbedaan besar sampel pada penelitian yang jauh berbeda dan perbedaan prevalensi infeksi *M. tuberculosis* pada daerah penelitian. Tuberkulosis merupakan penyakit yang menyebar melalui droplet udara sehingga semakin banyak pajanan seseorang di lingkungan khususnya interaksi dengan orang lain khususnya penderita tuberkulosis. Laki-laki umumnya bekerja di luar ruangan dan bertemu banyak orang sehingga kemungkinannya tertular tuberkulosis lebih besar daripada wanita.

Mengenai hubungan status pernikahan dengan infeksi *M. tuberculosis*, didapatkan pasien yang tidak menikah (24,2%) lebih banyak mengalami infeksi *M. tuberculosis* dibandingkan status pernikahan lainnya, dimana perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Hubungan tidak bermakna antara keduanya di penelitian ini sesuai dengan hasil studi penelitian di Afrika Barat tahun 1999 - 2001, yaitu didapat hubungan tidak bermakna ($p > 0,001$) atau tidak terdapat peningkatan risiko infeksi *M. tuberculosis* dengan status pernikahan pasien dimana dari 690 pasien terkena infeksi *M. tuberculosis*, 48 % pasien telah menikah, 45 % tidak menikah/*single*, dan 7 % pasien adalah janda/duda.²⁶

Selain itu, mengenai hubungan profil keluarga (bentuk keluarga, jumlah siklus dalam keluarga, jumlah anak dalam keluarga, jumlah anggota dalam satu rumah, interaksi dalam keluarga, dan siklus keluarga) pasien dengan infeksi *M. tuberculosis*, didapatkan hubungan bermakna antara bentuk keluarga ($p = 0,016$) dengan infeksi *M. tuberculosis* dan antara jumlah anggota dalam satu rumah ($p = 0,017$) dengan infeksi *M. tuberculosis*.

Mengenai hubungan bermakna antara bentuk keluarga dengan infeksi *M. tuberculosis*, dimana didapatkan pasien dengan bentuk keluarga majemuk (22,7%) lebih banyak mengalami infeksi *M. tuberculosis* dibandingkan bentuk keluarga lain, dan perbedaan ini bermakna secara statistik, hal ini perlu dievaluasi lebih lanjut. Hingga saat ini, minimnya data dan penelitian tentang hubungan bentuk keluarga dengan infeksi *M. tuberculosis* membuat penulis mengalami kesulitan untuk membahas dan membandingkan hasil yang telah didapat di penelitian ini. Namun, diketahui bahwa kepadatan penghuni yang berlebihan (*overcrowded*) sangat berhubungan dengan penularan infeksi TB dari orang dewasa kepada anak. Kuman TB menular melalui droplet nuclei yang dibatukkan atau dibersinkan oleh seorang penderita kepada orang lain, dan dapat menularkan pada 10-15 orang disekitarnya, terutama anak-anak (Depkes RI, 2002). Lingkungan hidup yang sangat padat dan pemukiman di wilayah perkotaan kemungkinan besar telah mempermudah proses penularan pada kasus TB.³³

Mengenai hubungan bermakna antara jumlah anggota dalam satu rumah dengan infeksi *M. tuberculosis* ini, didapatkan pasien dengan jumlah anggota 1 sampai dengan 4 orang dalam satu rumah (17%), diikuti oleh jumlah anggota ≥ 10

orang dalam satu rumah (16,7%) lebih banyak mengalami infeksi *M. tuberculosis* dibandingkan jumlah anggota lainnya, dan perbedaan ini bermakna secara statistik. Hasil ini sesuai dengan hasil studi penelitian di Afrika Barat tahun 1999 - 2001, yaitu didapat hubungan bermakna ($p < 0,01$) atau peningkatan risiko infeksi *M. tuberculosis* dengan jumlah anggota dalam satu rumah dimana dari 813 pasien terkena infeksi *M. tuberculosis*, terdapat 32 % pasien dengan 1-5 orang dalam satu rumah, 34 % pasien dengan 6-10 orang dalam satu rumah, dan 34 % pasien dengan > 10 orang dalam satu rumah. Penelitian tersebut menyatakan risiko infeksi *M. tuberculosis* meningkat seiring dengan pertambahan jumlah anggota keluarga dalam satu rumah.³¹ Penelitian lain di Gambia juga menyebutkan bahwa kepadatan penghuni rumah merupakan salah satu faktor meningkatnya risiko terinfeksi *M. tuberculosis* (Hill et al, 2006).³⁴ Selain itu, hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang sama di KDK FKUI tahun 2006-2008 oleh Renjana dimana didapatkan TB lebih banyak dialami oleh keluarga dengan 10 orang anggota keluarga dalam satu rumah (23,8%) dibandingkan keluarga dengan jumlah anggota lainnya walaupun hasil ini tidak bermakna secara statistik.²³ Seperti yang telah disebutkan di atas, kepadatan penghuni yang berlebihan (*overcrowded*) sangat berhubungan dengan penularan infeksi TB dari orang dewasa kepada anak. Kuman TB menular melalui droplet nuclei yang dibatukkan atau dibersinkan oleh seorang penderita kepada orang lain, dan dapat menularkan pada 10-15 orang disekitarnya, terutama anak-anak (Depkes RI, 2002). Menurut Puslit Ekologi Kesehatan (1991), tingkat penularan TB di lingkungan rumah penderita cukup tinggi, dimana seorang penderita rata-rata dapat menularkan kepada 2-3 orang di dalam rumahnya. Oleh karena itu, dapatlah dimengerti bahwa terjadinya penularan tuberkulosis dalam keluarga sangat dipengaruhi oleh kepadatan penghuni yang tidak memenuhi syarat kesehatan.³³ Kepadatan penghuni, terutama orang dewasa, menggambarkan peningkatan kemungkinan kontak dengan orang-orang yang menularkan kuman/basil TB di lingkungan yang padat dan status sosial dan ekonomi penghuni dimana tuberkulosis sering dikaitkan dengan kemiskinan.³¹

Juga didapatkan hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$) antara profil keluarga lainnya yaitu jumlah siklus dalam keluarga, jumlah anak dalam keluarga, interaksi dalam keluarga, dan siklus keluarga pasien dengan infeksi *M. tuberculosis*.

Mengenai jumlah anak dalam keluarga, didapatkan bahwa pasien dengan < 5 anak dalam keluarga (16,7%) lebih banyak mengalami infeksi *M. tuberculosis* dibandingkan ≥ 5 anak dalam keluarga (16%), dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Hubungan tidak bermakna antara jumlah anak dalam keluarga dengan infeksi *M. tuberculosis* pada penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian dari Sub-Sahara Afrika tahun 1998 yang menyatakan bahwa setiap penambahan 1 orang anak dalam keluarga dapat mengurangi risiko terkena infeksi *M. tuberculosis*.³⁵ Perbedaan hasil ini dapat terjadi karena perbedaan besar sampel pada penelitian, perbedaan prevalensi infeksi *M. tuberculosis*, dan perbedaan angka kelahiran pada daerah penelitian.

5.5.2. Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

Berdasarkan hasil penelitian ini mengenai hubungan karakteristik demografis pasien dengan infeksi saluran pernapasan akut, didapatkan hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$) antara karakteristik demografis (usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan dan pekerjaan) pasien dengan infeksi saluran pernapasan akut.

Mengenai hubungan tidak bermakna antara usia dengan ISPA pada penelitian ini, dimana didapatkan bahwa pasien berusia ≤ 18 tahun (25%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pernapasan akut dibandingkan kriteria usia lainnya, dimana perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Hasil ketidakbermaknaan ini tidak sesuai dengan penelitian yang sama di KDK FKUI tahun 2006-2008 oleh Widiyanti dimana didapatkan infeksi saluran pernafasan terutama terjadi pada pasien usia anak-anak/usia SD (6-12 tahun) (33,3%) dan balita (< 5 tahun) (23,1%), dimana perbedaan dengan kelompok lain cukup bermakna ($p=0,026$).²¹ Selain itu, hasil ini tidaklah sesuai dengan hasil survei Subdit ISPA Departemen Kesehatan RI tahun 2005 bahwa ISPA merupakan penyebab kematian pertama pada kelompok bayi dan balita dimana 23,6 % kematian balita disebabkan oleh ISPA.⁴ Perbedaan ketidakbermaknaan hasil ini

dapat terjadi karena perbedaan besar sampel pada kedua penelitian yang jauh berbeda. Kelompok balita secara bermakna mengalami infeksi saluran pernapasan lebih tinggi daripada kelompok usia lainnya. Infeksi saluran pernafasan merupakan penyakit yang sering pada anak, dimana insidens batuk pilek pada anak Indonesia adalah 5-6 kali/tahun. Faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya infeksi saluran pernapasan antara lain kondisi ekonomi, kepadatan penduduk, polusi lingkungan, dan kurangnya perilaku hidup bersih dan sehat.³⁶

Mengenai hubungan tidak bermakna antara tingkat pendidikan dengan ISPA pada penelitian ini, dimana pasien berpendidikan rendah (14,3%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pernapasan akut dibandingkan tingkat pendidikan lainnya, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik, hasil yang sama juga didapatkan pada penelitian faktor risiko ISP di Belanda tahun 2007.³⁷ Pekerjaan, tingkat pendidikan, dan status pernikahan tertentu tidak ditemukan keterkaitan langsungnya dengan kejadian ISP pada seseorang, kecuali jika lingkungan tempat kerja atau tinggal pasien mempermudah infeksi pernafasan.

Mengenai hubungan tidak bermakna antara jumlah anak dalam keluarga, dimana didapatkan pasien dengan jumlah anak ≥ 5 orang (16%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pernapasan akut dibandingkan jumlah anak < 5 orang (12,8%), namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik, dan jumlah anggota dalam satu rumah dengan ISPA dimana didapatkan pasien dengan ≥ 10 orang dalam keluarga (16,7%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pernapasan akut dibandingkan dengan jumlah anggota lainnya, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik, pada penelitian ini, hasil yang sama juga didapatkan pada penelitian tentang faktor risiko ISPA di Belanda tahun 2007.³⁷

Jadi, mengenai hubungan profil keluarga pasien dengan infeksi saluran pernapasan akut, didapatkan hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$) antara profil keluarga (bentuk keluarga, jumlah siklus dalam keluarga, jumlah anak dalam keluarga, jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, interaksi dalam keluarga pasien, dan siklus keluarga) pasien dengan infeksi saluran pernapasan akut.

5.5.3. Infeksi Saluran Pencernaan

Berdasarkan hasil penelitian, mengenai hubungan karakteristik demografis pasien dengan infeksi saluran pencernaan, didapatkan hubungan bermakna antara usia pasien dengan infeksi saluran pencernaan ($p = 0,005$), dan status pernikahan pasien dengan infeksi saluran pencernaan ($p = 0,044$). Sebaliknya, didapatkan hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$) antara karakteristik demografis lainnya yaitu jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan pasien dengan infeksi saluran pencernaan.

Hubungan bermakna antara usia pasien dengan infeksi saluran pencernaan di penelitian ini, dimana didapatkan pasien berusia ≤ 18 tahun (14,3%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pencernaan dibandingkan dengan kriteria usia lainnya, tidak sesuai dengan studi penelitian penyakit infeksi saluran pencernaan diare di Inggris tahun 2003 yang meneliti 1619 pasien infeksi saluran pencernaan diare yang datang ke klinik dokter umum dimana terdapat hubungan bermakna ($p < 0,001$) atau peningkatan risiko infeksi pada usia 25-64 tahun dengan infeksi saluran pencernaan.³⁸ Perbedaan ini kemungkinan dikarenakan perbedaan besar sampel, prevalensi penyakit di daerah penelitian, dan jenis variabel penyakit yang dipakai pada kedua penelitian. Frekuensi kejadian diare dan infeksi *H. pylori* pada negara-negara berkembang termasuk Indonesia lebih tinggi dibandingkan negara maju.^{39,40} Umumnya, angka kematian akibat diare berhubungan dengan anak-anak atau lanjut usia dimana pada usia pasien tersebut rentan terhadap dehidrasi sedang-berat. Yang berperan pada terjadinya diare akut akibat infeksi adalah faktor kausal (*agent*) dan faktor pejamu (*host*). Faktor pejamu adalah kemampuan tubuh untuk mempertahankan diri terhadap organisme yang dapat menimbulkan diare akut, yang terdiri dari faktor daya tangkis atau lingkungan internal saluran cerna seperti keasaman lambung, motilitas usus, imunitas dan juga lingkungan mikroflora usus. Sedangkan faktor kausal adalah daya penetrasi yang dapat merusak sel mukosa, kemampuan memproduksi toksin yang mempengaruhi sekresi cairan usus halus serta daya lekat kuman.³⁹ Faktor bakteri, faktor pejamu, dan faktor lingkungan yang berbeda akan menentukan terjadinya infeksi saluran pencernaan.⁴⁰

Selain itu, hubungan bermakna antara status pernikahan pasien dengan infeksi saluran pencernaan, dimana didapatkan pasien tidak menikah (12,1%) lebih banyak mengalami infeksi saluran pencernaan dibandingkan dengan status pernikahan lainnya, di penelitian ini juga tidak sesuai dengan studi penelitian prevalensi infeksi *H. pylori* di Cina tahun 2001 yang mendapatkan hasil kemungkinan positif *H. pylori* berkurang secara signifikan pada pasien yang tidak pernah menikah (OR = 0,4 ; 95 % CI: 0,4-0,9) dan juga terdapat penurunan yang mirip namun tidak signifikan pada sejumlah kecil pasien yang bercerai. Pada penelitian yang sama ditemukan bahwa peningkatan risiko infeksi *H. pylori* berkaitan dengan keadaan jumlah anggota dalam rumah, termasuk jumlah orang yang berbagi tempat tidur yang sama.⁴¹ Pada studi penelitian perilaku dan faktor sosial-ekonomi pasien dewasa di Inggris bagian Utara pada 8298 populasi mendapatkan bahwa infeksi *H. pylori* berhubungan bermakna dengan status pasien yang hidup berpasangan (28 % populasi terinfeksi) namun tidak didapatkan hubungan bermakna dengan lamanya waktu hidup dengan pasangan tersebut.⁴² Perbedaan hasil pada penelitian ini dapat terjadi dikarenakan perbedaan besar sampel penelitian, jenis variabel penyakit, dan prevalensi penyakit di daerah penelitian. Namun, dari penelitian-penelitian di atas, dapat diperkirakan bahwa transmisi penularan dalam keluarga dapat berperan dalam terjadinya infeksi saluran cerna.

Sebaliknya, didapatkan hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$) antara karakteristik demografis lainnya yaitu jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan pasien dengan infeksi saluran pencernaan. Hubungan ketidakbermaknaan antara tingkat pendidikan pasien dengan infeksi saluran pencernaan di penelitian ini sesuai dengan hasil studi penelitian prevalensi infeksi *H. pylori* di Cina tahun 2001 yang mendapatkan hasil prevalensi seropositif *H. pylori* tidak berhubungan secara signifikan dengan tingkat pendidikan pasien.⁴¹ Namun, hasil penelitian ini tidak sesuai dengan studi penelitian perilaku dan faktor sosial-ekonomi pasien dewasa di Inggris bagian Utara pada 8298 populasi yang mendapatkan bahwa infeksi *H. pylori* berhubungan bermakna dengan jenis kelamin, tingkat pendidikan pasien dan jumlah orang dalam satu kamar dimana terjadi peningkatan risiko infeksi *H. pylori* pada jenis kelamin pria dan lingkungan sosial-ekonomi saat

dewasa yang buruk.⁴² Studi di Indonesia menunjukkan adanya hubungan antara tingkat sanitasi lingkungan dengan prevalensi infeksi *H. pylori*, sedangkan data di luar negeri menunjukkan hubungan antara infeksi dengan penyediaan atau sumber air minum.⁴⁰

Sedangkan mengenai hubungan profil keluarga pasien dengan infeksi saluran pencernaan, didapatkan hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$) antara profil keluarga (bentuk keluarga, siklus keluarga, jumlah siklus dalam keluarga, jumlah anak dalam keluarga, jumlah anggota dalam satu rumah, dan interaksi dalam keluarga) pasien dengan infeksi saluran pencernaan. Selain itu, dari penelitian yang sama di KDK FKUI tahun 2006-2008 oleh Renjana, ditemukan bahwa tidak didapatkan hubungan bermakna antara bentuk keluarga serta jumlah anak dan jumlah anggota keluarga dengan penyakit saluran cerna.²³ Hubungan ketidakbermaknaan antara jumlah anak dalam keluarga pasien dengan infeksi saluran pencernaan pada penelitian ini tidak sesuai dengan hasil studi penelitian prevalensi infeksi *H. pylori* di Cina tahun 2001 yang mendapatkan bahwa prevalensi seropositif infeksi *H. pylori* hampir mencapai 80 % pada keluarga dengan anak lebih dari satu orang dalam keluarga.⁴¹ Ketidaksesuaian ini dapat disebabkan oleh perbedaan jumlah sampel dan perbedaan jenis variabel penyakit yang diteliti dimana pada penelitian ini variabel penyakit yang dipilih adalah infeksi saluran pencernaan yang mana jangkauannya lebih luas dibandingkan seropositif infeksi *H.pylori*.

5.5.4. Infeksi Kulit

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan karakteristik demografis pasien dengan infeksi kulit, didapatkan hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$) antara karakteristik demografis (umur, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, dan pekerjaan) pasien dengan infeksi kulit. Hal ini tidak sesuai dengan studi penelitian pada 3986 penduduk di pulau Tambaora, Pelokang, Kembanglemari, Sailus besar, dan Sapuka besar di laut Flores, Indonesia, tahun 2000 didapatkan bahwa umur dan jenis kelamin memiliki hubungan bermakna dengan infeksi *M. leprae* seropositif. Pada studi tersebut ditemukan bahwa penduduk perempuan lebih cenderung mendapatkan hasil seropositif *M. leprae*

dibandingkan pria dan prevalensi seropositif *M. leprae* berkurang seiring dengan peningkatan umur dimana lebih banyak penderita berusia anak-anak dan dewasa muda.⁴³ Perbedaan dengan hasil penelitian ini dapat dikarenakan oleh perbedaan jenis variabel infeksi kulit yang diteliti dan perbedaan prevalensi daerah penelitian dimana kelima pulau di laut Flores tersebut merupakan daerah endemik penyakit kulit Lepra.

Sedangkan berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan profil keluarga, termasuk siklus keluarga, pasien dengan infeksi kulit, didapatkan hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$) antara profil keluarga (bentuk keluarga, siklus keluarga, jumlah siklus dalam keluarga, jumlah anak dalam keluarga, jumlah anggota dalam satu rumah, dan interaksi dalam keluarga) pasien dengan infeksi saluran pencernaan. Berdasarkan studi penelitian 3986 penduduk di pulau Tapaang, Pelokang, Kembanglemari, Sailus besar, dan Sapuka besar di laut Flores, Indonesia, tahun 2000 didapatkan bahwa penduduk yang tinggal dalam jarak dekat (≤ 75 m) dengan satu/lebih penderita infeksi *M. leprae* yang seropositif cenderung seropositif dibandingkan dengan penduduk yang dianggap tidak berkontak dengan penderita (> 150 m). Hal ini dapat terjadi dikarenakan peningkatan kemungkinan mendapat penularan dari penderita. Beberapa studi penelitian lain di daerah endemik dengan penyebaran infeksi *M. leprae* menemukan bahwa terdapat peningkatan prevalensi seropositif diantara pasien dengan kontak dekat dalam keluarga maupun tetangga dibandingkan dengan pasien tanpa kontak namun beberapa penelitian lain tidak bisa mendeteksi peningkatan ini.⁴³ Jadi, hubungan profil keluarga (bentuk keluarga, siklus keluarga, jumlah siklus dalam keluarga, jumlah anak dalam keluarga, jumlah anggota dalam satu rumah, dan interaksi dalam keluarga) dengan infeksi kulit itu sendiri belum secara pasti dapat dikatakan tidak bermakna dikarenakan terbatasnya data-data penelitian akan infeksi kulit sebagai pembanding dan memerlukan evaluasi lebih lanjut.

5.5.5. Infeksi yang belum diketahui penyebabnya

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan karakteristik demografis pasien dengan infeksi yang belum diketahui penyebabnya, didapatkan hubungan

tidak bermakna ($p > 0,05$) antara karakteristik demografis (umur, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, dan pekerjaan) dengan infeksi yang belum diketahui penyebabnya.

Sedangkan mengenai hubungan profil keluarga pasien dengan infeksi yang belum diketahui penyebabnya, didapatkan hubungan tidak bermakna ($p > 0,05$) antara profil keluarga (bentuk keluarga, siklus keluarga, jumlah siklus dalam keluarga, jumlah anak dalam keluarga, jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, dan interaksi dalam keluarga) pasien dengan infeksi yang belum diketahui penyebabnya.

Hingga saat ini, minimnya data dan penelitian tentang infeksi yang belum diketahui penyebabnya menyulitkan penulis dalam membandingkan dan membahas hasil yang didapat dari penelitian ini. Hanya sedikit sekali penelitian yang telah dilakukan dalam bidang infeksi yang tidak diketahui penyebabnya, dan walaupun ada, definisi infeksi yang dimaksud berbeda dari definisi infeksi pada penelitian ini. Di Indonesia, penelitian yang paling mendekati prevalensi infeksi yang tidak diketahui penyebabnya adalah berdasarkan laporan Departemen Kesehatan R.I. tahun 2007, dimana prevalensi demam yang sebabnya tidak diketahui mencapai peringkat ketiga dari pola 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di rumah sakit tahun 2006 dengan prevalensi 3,98 %.⁴

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

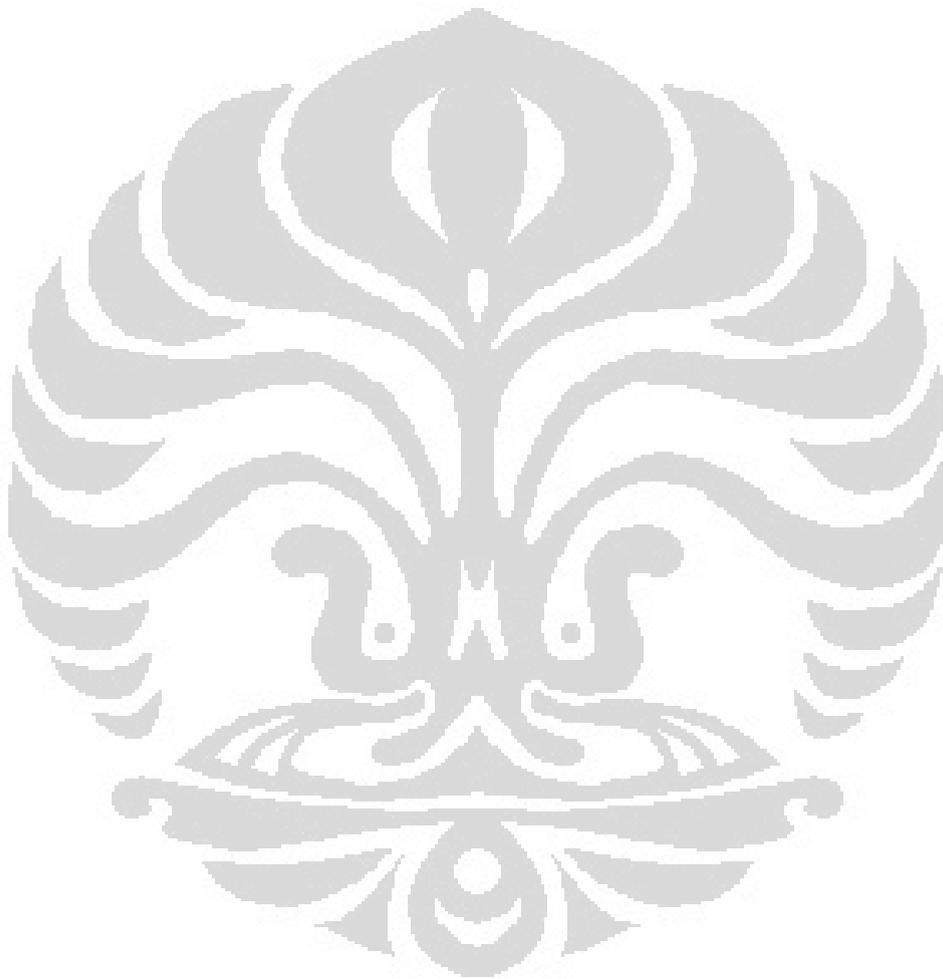
1. Pasien penyakit infeksi di Klinik Dokter Keluarga FKUI tahun 2006-2008 memiliki karakteristik demografis dengan frekuensi terbanyak sebagai berikut, yaitu 32 % pasien berusia ≥ 60 tahun, 54,4 % pasien berjenis kelamin perempuan, 74,8 % pasien berpendidikan rendah, 43,7 % pasien tidak bekerja, dan 53,4 % pasien telah menikah.
2. Pasien penyakit infeksi di Klinik Dokter Keluarga FKUI tahun 2006-2008 memiliki profil keluarga dengan frekuensi terbanyak sebagai berikut, yaitu 60,2 % pasien memiliki keluarga inti, 65 % pasien melewati siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah (kuliah/kerja/usia 20-49 tahun), 39,8 % pasien memiliki 2 siklus keluarga, 75,7 % pasien memiliki anak < 5 orang, 45,6 % pasien memiliki 1-4 orang anggota dalam satu rumah, dan 81,6 % pasien memiliki interaksi baik dalam keluarga.
3. Pola penyakit infeksi terbanyak di Klinik Dokter Keluarga FKUI tahun 2006 – 2008 adalah Infeksi M. tuberculosis (16,5%) , Infeksi Saluran Pernapasan Akut (13,6%) , Infeksi Saluran Pencernaan (3,9 %), Infeksi Kulit (2,9 %), dan Infeksi yang belum diketahui penyebabnya (2,9 %).
4. Terdapat hubungan bermakna antara profil keluarga (bentuk keluarga dan jumlah anggota dalam satu rumah) dengan infeksi M. tuberculosis.
5. Terdapat hubungan bermakna antara karakteristik demografis (usia pasien dan status pernikahan) dengan infeksi saluran pencernaan.

6.2. Saran

1. Perlunya dilakukan pelengkapan data karakteristik demografis dan profil keluarga pada pasien KDK sehingga akurasi untuk menentukan hubungan

karakteristik demografis dan profil keluarga dengan pola penyakit infeksi dapat dipertajam.

2. Masih diperlukan penelitian lebih lanjut sebagai perbandingan.



DAFTAR REFERENSI

1. World Health Organization. Communicable Diseases 2000 : Highlights of activities in 1999 and major challenges for the future. Switzerland : WHO Press, 2000. p.1–2.
2. World Health Organization. World Health Statistics 2008. Switzerland : WHO Press, 2008. p.29 – 30.
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases now biggest killers. [cited June 2, 2009]. Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr14/en/index.html>.
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Profil kesehatan Indonesia 2007. Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008.
5. Bray JH, Campbell TL. The Family's Influence on Health. In: Rakel RE, editor. Textbook of Family Medicine. 7th Ed. Philadelphia : Elseiver Saunders, 1998.
6. Kelly RB, Falvo DR. Patient education. In: Rakel RE, editor. Textbook of Family Medicine. 7th Ed. Philadelphia : Elseiver Saunders, 1998.
7. Rakel RE. The family physicians : Essential family medicine fundamentals and case studies. 2008.
8. Hadijs ET, Vemmos KN, Zakopoulos N, Stamatelopoulos S. First-stroke recovery process. American Academy of Family Medicine & Rehabilitation. 2002. [cited September 13, 2008]. Available from : URL : www.sciencedirect.com
9. Azwar A. Pengantar Pelayanan Dokter Keluarga. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia, 1995.
10. Sulistomo A. Penerapan pelayanan kedokteran keluarga, kedokteran okupasi, & kedokteran lingkungan masa kini. Jakarta : Departemen IKK FKUI, 2008.
11. Lubis, F. Perbandingan sistem pelayanan dan pembiayaan berbagai negara. Jakarta : Departemen IKK FKUI, 2008.
12. Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas FKUI. Diagnostik holistik pada pelayanan kesehatan primer ; pendekatan multi aspek. Jakarta: FKUI, 2007.

13. 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>
14. Notoatmodjo Soekidjo. Kesehatan Masyarakat : Ilmu dan Seni. Jakarta : PT. Rineka Cipta, 2007.
15. McKenzie James F, Pinger RR., Kotecki JE. Kesehatan Masyarakat : Suatu Pengantar. Edisi 4. Jakarta : EGC, 2003.
16. Mount G, Hume R. Dental caries. [cited June 1, 2009] Available from: URL: <http://www.dentistry.ucla.edu>.
17. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. Tuberkulosis : Pedoman diagnosis dan penatalaksanaan di Indonesia. Jakarta: Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2006. p.2.
18. Ilyas S. Katarak. Dalam : Ilyas S, Tanzil M, Salamun, Zainal A, editor. Sari Ilmu Penyakit Mata. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2003.
19. Sjamsuhidajat R & Jong WD. Luka, trauma, syok, bencana. Dalam : Buku Ajar Ilmu Bedah. Jakarta: EGC, 1997. p.72.
20. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Informasi tentang ISPA pada anak balita. Jakarta: Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat, 2000.
21. Widiyanto T. Hubungan karakteristik demografis dengan pola penyakit pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2006-2008. Jakarta, 2009.
22. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Badan Pusat Statistik, United Nations Population Fund. Proyeksi Penduduk Indonesia (*Indonesian Population Projection*) 2000 – 2025. Jakarta : Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2005.
23. Renjana E. Hubungan profil keluarga dengan pola penyakit pasien keluarga binaan Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2006-2008. Jakarta, 2009.

24. Turagabeci AR, Nakamura K, Kizuki M, Takano T. Family structure and health, how companionship act as a buffer against ill health. PubMed 2007; 5: 61. [cited June 2, 2009]. Available from: URL: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2234394>
25. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Family-oriented primary care; a manual for medical providers. USA: Springer-Verlag, 1989. p.3-30.
26. Funk JL. Disorders of endocrine pancreas. In: McPhee SJ, Lingappa VR, Ganong WF, editors. Lange pathophysiology of disease. 4th ed. USA: McGraw-Hill Companies, 2003. p.510.
27. Patrick DL, Graham Scambler (ed). Sociology as applied to Medicine. 2nd Ed. London : Bailliere Tindall, 1986. p.145-6.
28. McDaniel S., Campbell TL, Seaburn DB. Family oriented primary care ; a manual for medical provider. USA : Springer – Verlaq, 1989.
29. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Laporan akhir kajian kebijakan penanggulangan (wabah) penyakit menular. Jakarta : Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2006.
30. Subdirektorat TB Departemen Kesehatan RI, WHO. Lembar fakta TB. [cited June 6, 2009]. Available from: URL: http://www.tbcindonesia.or.id/pdf/lembar_fakta_tb.pdf
31. Lienhard C, K Fiedling, et al. Investigation of the risk factors for tuberculosis: a case-control study in three countries in West Africa. International Journal of Epidemiology 2005; 34 : 914-923.
32. World Health Organization. Global Tuberculosis Control. Switzerland: WHO, 2001.
33. Amin Z, Bahar A. Tuberkulosis paru. Dalam: Sudoyo, Aru W, dkk, editor. Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid II. Ed ke-4. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI, 2006. h. 998-9.
34. Hill PC, Jackson-Sillah D, Donkor SA, Out J, Adegbola RA, Lienhardt C. Risk factors for pulmonary tuberculosis : A clinic-based case control study in the Gambia. BMC Public Health 2006; 6: 156.

35. Gustafson Per, Gomes VF, Vieira CS. Tuberculosis in Bissau: incidence and risk factors in an urban community in sub-Saharan Africa. *International Journal of Epidemiology* 2004; 33 : 163-172.
36. Departemen Kesehatan RI. KEPMENKES RI No. 1537.A/MENKES/SK/XII/2002. [cited June 1, 2009]. Available from: URL: www.depkes.com.
37. Arianne B van Gageldonk-Lafeber, Marianne AB van der Sande, et al. Risk factors for acute respiratory tract infections in general practitioner patients in the Netherlands: a case-control study. *BMC Infectious Diseases* 2007; 7:35.
38. Tam Calrence C, Rodrigues Laura C, O'Brien Sarah J. The study of infectious intestinal disease in England: what risk factors for presentation to general practice tell us about potential for selection bias in case-control studies of reported cases of diarrhoea. *International Journal of Epidemiology*, 2003; 32 : 99-105.
39. K Simadibrata M dan Daldiyono. Diare Akut. Dalam : Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi Idrus, K Simadibrata M, Setiati Siti, editor. Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid I. Ed ke-4. Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2006.
40. Rani Aziz A, Fauzi Achmad. Infeksi *Helicobacter Pylori* dan Penyakit Gastroduodenal. Dalam : : Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi Idrus, K Simadibrata M, Setiati Siti, editor. Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid I. Ed ke-4. Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2006.
41. Brown Morris Linda, Thomas TL, Ma Jun-lin, et al. *Helicobacter pylori* infection in rural China : demographic, lifestyle and environmental factors. *International Journal of Epidemiology*, 2002; 31 : 638-646.
42. Moayyedi Paul, Axon Anthony TR, Feltbower R, et al. Relation of adult lifestyle and socioeconomic factors to the prevalence of *Helicobacter pylori* infection. *International Journal of Epidemiology*, 2002; 31 : 624-631.
43. Bakker MI, Hatta M, Kwenang A, et al. Population survey to determine risk factors for *Mycobacterium leprae* transmission and infection. *International Journal of Epidemiology*, 2004; 33 : 1329-1336.