

BAB 4 HASIL PENELITIAN

Sampel penelitian diambil dari data sekunder laporan studi kasus pasien keluarga binaan Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (KDK FKUI) tahun 2006 hingga 2008. Besar sampel yang didapat adalah 200. Dari 200 sampel tersebut, sampel yang profil keluarganya lengkap sebesar 159 sehingga sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 159 buah. Selanjutnya dari sampel tersebut dilakukan pengolahan data mengenai profil keluarga dan pola penyakit terbanyak serta analisis hubungan antara kedua variabel tersebut menggunakan program SPSS.

4.1. Profil Keluarga Pasien KDK FKUI

Profil keluarga pasien KDK FKUI tahun 2006-2008 dapat dilihat pada tabel 4.1. Dari tabel 4.1. didapatkan data bahwa sebagian besar pasien KDK FKUI berada dalam bentuk keluarga inti (54,7%). Siklus keluarga yang paling banyak dimiliki pasien adalah keluarga dengan anak mulai meninggalkan rumah (64,8%). Dalam satu rumah, jumlah siklus keluarga terbanyak adalah dua siklus (41,5%). Sebanyak 74,8% pasien memiliki jumlah anak < 5 dalam keluarganya dengan rata-rata jumlah anak dalam satu keluarga adalah 3 orang. Selain itu, 46,3% pasien memiliki 4-9 anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah dengan rata-rata jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah adalah 5 orang. Berdasarkan interaksi antar anggota keluarga yang terdapat dalam tabel 4.1., sebanyak 84,3% pasien memiliki interaksi keluarga yang baik.

4.2. Pola Penyakit Pasien KDK FKUI

Pola penyakit pasien KDK FKUI tahun 2006-2008 dapat dilihat pada tabel 4.2. Berdasarkan tabel 4.2. diketahui bahwa sepuluh penyakit yang paling banyak dialami oleh pasien KDK FKUI adalah hipertensi derajat II (30,8%), diabetes melitus tipe 2 (27,7%), gizi kurang (22,6%), obesitas derajat I (20,1%), hipertensi derajat I (18,9%), tuberkulosis (18,2%), infeksi saluran napas (9,4%), penyakit saluran cerna (8,2%), obesitas derajat II (6,9%), dan alergi (6,9%).

Tabel 4.1. Profil Keluarga Pasien KDK FKUI Tahun 2006-2008

Profil keluarga	Frekuensi	(%)
Bentuk keluarga		
Inti	87	54.7
Extended	35	22
Majemuk	37	23.3
Siklus Keluarga		
Keluarga baru menikah	0	0
Keluarga dengan bayi	16	10.1
Keluarga dengan balita (anak usia prasekolah)	51	32.1
Keluarga dengan anak usia sekolah	57	35.8
Keluarga dengan anak remaja	41	25.8
Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	103	64.8
Keluarga usia pertengahan	36	22.6
Keluarga usia lanjut	55	34.6
Jumlah siklus keluarga dalam satu rumah		
Jumlah siklus = 1	38	23.9
Jumlah siklus = 2	66	41.5
Jumlah siklus > 2	55	34.6
Jumlah anak dalam keluarga		
< 5	119	74.8
≥ 5	40	25.2
Jumlah anggota keluarga dalam satu rumah		
1 s.d. 4	64	40.3
5 s.d. 9	74	46.3
≥ 10	21	13.2
Interaksi antar anggota keluarga		
Tidak baik	25	15.7
Baik	134	84.3

Tabel 4.2. Pola Penyakit Pasien KDK FKUI Tahun 2006-2008

Penyakit	Frekuensi	(%)
Hipertensi derajat II	49	30.8
Diabetes Melitus tipe 2 & komplikasinya	44	27.7
Gizi kurang	36	22.6
Obesitas derajat I	32	20.1
Hipertensi derajat I	30	18.9
Tuberkulosis	29	18.2
Infeksi saluran napas	15	9.4
Penyakit saluran cerna	13	8.2
Obesitas derajat II	11	6.9
Alergi makanan, obat, dll	11	6.9
Mata katarak	10	6.3
Penyakit musculoskeletal	10	6.3
Osteoartritis	8	5
Penyakit asma	8	5
Infeksi yang belum tahu penyebabnya	8	5
<i>Congestive Heart Failure</i>	7	4.4
Asam urat	5	3.1
Gangguan perkembangan anak	5	3.1
<i>Caries dentis</i>	5	3.1
Luka, ulserasi eksterna, trauma	5	3.1
Bronkitis	4	2.5
Penyakit psikiatrik	4	2.5
<i>Rheumatoid Arthritis</i>	3	1.9
Dislipidemia	3	1.9
Penyakit jantung koroner	3	1.9
Gangguan tumbuh kembang	3	1.9
Berbagai gangguan penyakit kulit	3	1.9
Gangguan kesehatan usia lanjut	3	1.9
Hiperkolesterolemia	2	1.3
Hipertiroid	2	1.3
Anemia	2	1.3
Vertigo	2	1.3
Penyakit akibat kelainan genetic	2	1.3
Hemiparesis kanan/kiri	1	0.6
Gagal ginjal kronik	1	0.6
Infeksi <i>M. leprae</i>	1	0.6
Infeksi saluran kemih	1	0.6
Konjungtivitis, keratitis, mata merah	1	0.6
Serangan kejang	1	0.6

4.3. Hubungan Profil Keluarga dengan Penyakit Pasien

Pada penelitian ini dilakukan analisis hubungan antara profil keluarga dengan sepuluh penyakit terbanyak yang dialami pasien. Profil keluarga yang dianalisis meliputi bentuk keluarga, siklus keluarga, jumlah siklus keluarga, jumlah anak dalam keluarga, jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, serta interaksi antar anggota keluarga. Sedangkan sepuluh penyakit tersebut yaitu hipertensi derajat I, hipertensi derajat II, obesitas derajat I, obesitas derajat II, diabetes melitus tipe 2, gizi kurang, tuberkulosis, infeksi saluran napas, penyakit saluran cerna, dan alergi.

4.3.1. Hubungan Profil Keluarga dengan Hipertensi Derajat I

Berdasarkan tabel 4.3. tentang hubungan antara profil keluarga dengan hipertensi derajat I dapat dilihat bahwa pasien dengan bentuk keluarga *extended* (20%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat I dibandingkan pasien dengan bentuk keluarga lain. Namun perbedaan proporsi ini tidak bermakna secara statistik.

Berdasarkan siklus keluarga, pasien yang berada dalam siklus keluarga usia lanjut (29,1%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat I dibandingkan dengan pasien yang tidak berada dalam siklus tersebut. Perbedaan proporsi ini bermakna secara statistik. Hal yang sama juga terdapat pada siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah, dimana pasien dengan siklus tersebut (23,3%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat I dibandingkan pasien dengan siklus keluarga lainnya. Perbedaan proporsi ini juga bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga baru menikah dengan hipertensi derajat I tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dilihat dari jumlah siklus keluarga, pasien dengan dua siklus keluarga dalam satu rumah (24,2%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat I daripada kelompok pasien dengan jumlah siklus keluarga lainnya. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Ditinjau dari jumlah anak dalam sebuah keluarga, pasien dengan jumlah anak dalam keluarga ≥ 5 orang (30%) lebih banyak yang mengalami hipertensi

derajat I daripada pasien dengan jumlah anak dalam keluarga < 5 orang. Perbedaan ini bermakna secara statistik.

Dilihat dari jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, hipertensi derajat I lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anggota keluarga ≥ 10 orang (23,8%) dibandingkan pasien dengan jumlah anggota keluarga lainnya. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Berdasarkan interaksi antar anggota keluarga, pasien dengan interaksi keluarga yang baik (19,4%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat I daripada pasien dengan interaksi keluarga tidak baik. Akan tetapi perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.



Tabel 4.3. Hubungan Profil Keluarga dengan Hipertensi Derajat I

Profil keluarga	Hipertensi derajat I				p	
	Ya		Tidak			
	N	%	n	%		
Bentuk keluarga					0.979	
Inti	16	18.4	71	81.6		
Extended	7	20	28	80		
Majemuk	7	18.9	30	81.1		
Keluarga baru menikah	Ya	0	0	0		
	Tidak	30	18.9	129	81.1	
Keluarga dengan bayi	Ya	1	6.3	15	93.8	0.31
	Tidak	29	20.3	114	79.7	
Keluarga dengan balita	Ya	4	7.8	47	92.2	0.015
	Tidak	26	24.1	82	75.9	
Keluarga dengan anak usia sekolah	Ya	9	15.8	48	84.2	0.458
	Tidak	21	20.6	81	79.4	
Keluarga dengan anak remaja	Ya	5	12.2	36	87.8	0.205
	Tidak	25	21.2	93	78.8	
Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Ya	24	23.3	79	76.7	0.053
	Tidak	6	10.7	50	89.3	
Keluarga usia pertengahan	Ya	5	13.9	31	86.1	0.385
	Tidak	25	20.3	98	79.7	
Keluarga usia lanjut	Ya	16	29.1	39	70.9	0.017
	Tidak	14	13.5	90	86.5	
Jumlah siklus keluarga					0.272	
jumlah siklus = 1	7	18.4	31	81.6		
jumlah siklus = 2	16	24.2	50	75.8		
jumlah siklus >2	7	12.7	48	87.3		
Jumlah anak di keluarga					0.038	
< 5	18	15.1	101	84.9		
≥ 5	12	30	28	70		
Jumlah anggota dalam satu rumah					0.227	
1 s.d 4	15	23.4	49	76.6		
5 s.d 9*	10	13.5	64	86.5		
≥ 10*	5	23.8	16	76.2		
Interaksi antar anggota keluarga					0.788	
Baik	26	19.4	108	80.6		
Tidak baik	4	16	21	84		

* = digabung untuk mencari nilai P

Cetak miring: nilai P menggunakan uji Fisher

4.3.2. Hubungan Profil Keluarga dengan Hipertensi Derajat II

Berdasarkan tabel 4.4. tentang hubungan profil keluarga dengan hipertensi derajat II, pasien dengan bentuk keluarga majemuk (43,2%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat II dibandingkan pasien dengan bentuk keluarga lain. Namun perbedaan proporsi ini tidak bermakna secara statistik.

Dilihat dari siklus keluarga, hipertensi derajat II lebih banyak dialami oleh pasien yang berada dalam siklus keluarga usia pertengahan (52,8%) dibandingkan dengan pasien yang tidak berada dalam siklus tersebut. Perbedaan proporsi ini bermakna secara statistik. Demikian juga dengan siklus keluarga usia lanjut dan siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah. Pada siklus keluarga usia lanjut, pasien yang berada dalam siklus tersebut (45,5%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat II daripada pasien yang tidak dalam siklus tersebut. Perbedaan ini bermakna secara statistik. Pada siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah, pasien dengan siklus keluarga ini (38,8%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat II dibandingkan pasien dengan siklus keluarga lainnya. Perbedaan ini juga bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga baru menikah dengan hipertensi derajat II tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dari tabel 4.4. dapat dilihat juga bahwa pasien dengan jumlah siklus keluarga > 2 (38,2%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat II dibandingkan kelompok pasien dengan jumlah siklus keluarga lainnya. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Ditinjau dari jumlah anak dalam satu keluarga, pasien dengan jumlah anak dalam keluarga < 5 (31,9%) lebih banyak yang mengalami hipertensi derajat II daripada pasien dengan jumlah anak ≥ 5 . Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Dilihat dari jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, hipertensi derajat II lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anggota keluarga 1-4 orang (34,4%) daripada pasien dengan jumlah anggota keluarga lainnya. Secara statistik perbedaan ini juga tidak bermakna.

Berdasarkan interaksi antar anggota keluarga yang dapat dilihat pada tabel 4.4., pasien yang memiliki interaksi keluarga tidak baik (36%) lebih banyak yang

mengalami hipertensi derajat II daripada keluarga dengan interaksi yang baik. Akan tetapi perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Tabel 4.4. Hubungan Profil Keluarga dengan Hipertensi Derajat II

Profil keluarga	Hipertensi derajat II				p	
	Ya		Tidak			
	N	%	n	%		
Bentuk keluarga					0.095	
Inti	21	24.1	66	75.9		
Extended	12	34.3	23	65.7		
Majemuk	16	43.2	21	56.8		
Keluarga baru menikah	Ya	0	0	0		
	Tidak	49	30.8	110	69.2	
Keluarga dengan bayi	Ya	3	18.8	13	81.3	0.394
	Tidak	46	32.2	97	67.8	
Keluarga dengan balita	Ya	8	15.7	43	84.3	0.005
	Tidak	41	38	67	62	
Keluarga dengan anak usia sekolah	Ya	12	21.1	45	78.9	0.046
	Tidak	37	36.3	65	63.7	
Keluarga dengan anak remaja	Ya	12	29.3	29	70.7	0.803
	Tidak	37	31.4	81	68.6	
Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Ya	40	38.8	63	61.2	0.003
	Tidak	9	16.1	47	83.9	
Keluarga usia pertengahan	Ya	19	52.8	17	47.2	0.001
	Tidak	30	24.4	93	75.6	
Keluarga usia lanjut	Ya	25	45.5	30	54.5	0.004
	Tidak	24	23.1	80	76.9	
Jumlah siklus keluarga					0.296	
jumlah siklus = 1	9	23.7	29	76.3		
jumlah siklus = 2	19	28.8	47	71.2		
jumlah siklus > 2	21	38.2	34	61.8		
Jumlah anak di keluarga					0.599	
< 5	38	31.9	81	68.1		
≥ 5	11	27.5	29	72.5		
Jumlah anggota dalam satu rumah					0.636	
1 s.d 4	22	34.4	42	65.6		
5 s.d 9	22	29.7	52	70.3		
≥ 10	5	23.8	16	76.2		
Interaksi antar anggota keluarga					0.541	
Baik	40	29.9	94	70.1		
Tidak baik	9	36	16	64		

Cetak miring: nilai P menggunakan uji Fisher

4.3.3. Hubungan Profil Keluarga dengan Obesitas Derajat I

Berdasarkan tabel 4.5. mengenai hubungan profil keluarga dengan obesitas derajat I, pasien dengan bentuk keluarga inti (23%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat I dibandingkan dengan bentuk keluarga *extended* (22,9%) dan keluarga majemuk (10,8%). Namun perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Dilihat dari siklus keluarga, pasien yang berada dalam siklus keluarga dengan anak remaja (31,7%) lebih banyak mengalami obesitas derajat I dibandingkan pasien dengan siklus keluarga selain siklus tersebut. Perbedaan ini bermakna secara statistik. Demikian juga dengan pasien yang berada dalam siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah, dimana pasien dengan siklus tersebut (29,8%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat I dibandingkan pasien dengan siklus keluarga lainnya. Perbedaan ini juga bermakna secara statistik. Selain itu, obesitas derajat I lebih banyak terjadi pada pasien yang berada dalam siklus keluarga usia pertengahan (30,6%) dan siklus keluarga usia lanjut (21,8%) dibandingkan pasien dengan siklus keluarga selain siklus tersebut. Namun perbedaan tersebut tidak bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga baru menikah dengan obesitas derajat I tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Berdasarkan jumlah siklus keluarga dalam satu rumah, dapat dilihat bahwa pasien dengan jumlah siklus keluarga > 2 (25,5%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat I dibandingkan pasien dengan jumlah siklus keluarga lainnya. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Dari tabel 4.5. dapat diketahui bahwa pasien dengan jumlah anak dalam keluarga < 5 orang (21%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat I daripada pasien dengan jumlah anak ≥ 5 orang. Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Dilihat dari jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, obesitas derajat I lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anggota keluarga ≥ 10 orang (23,8%) daripada pasien dengan jumlah anggota keluarga lainnya. Secara statistik perbedaan ini juga tidak bermakna.

Berdasarkan interaksi antar anggota keluarga yang dapat dilihat pada tabel 4.5., pasien dengan interaksi keluarga yang baik (22,4 %) lebih banyak mengalami obesitas derajat I daripada pasien dengan interaksi keluarga yang tidak baik. Akan tetapi perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Tabel 4.5. Hubungan Profil Keluarga dengan Obesitas Derajat I

Profil keluarga	Obesitas derajat I				P	
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Bentuk keluarga					0.272	
Inti	20	23	67	77		
Extended	8	22.9	27	77.1		
Majemuk	4	10.8	33	89.2		
Keluarga baru menikah	Ya	0	0	0		
	Tidak	32	20.1	127	79.9	
Keluarga dengan bayi	Ya	3	18.8	13	81.3	1
	Tidak	29	20.3	114	79.7	
Keluarga dengan balita	Ya	7	13.7	44	86.3	0.167
	Tidak	25	23.1	83	76.9	
Keluarga dengan anak usia sekolah	Ya	17	29.8	40	70.2	0.023
	Tidak	15	14.7	87	85.3	
Keluarga dengan anak remaja	Ya	13	31.7	28	68.3	0.032
	Tidak	19	16.1	99	83.9	
Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Ya	20	19.4	83	80.6	0.763
	Tidak	12	21.4	44	78.6	
Keluarga usia pertengahan	Ya	11	30.6	25	69.4	0.076
	Tidak	21	17.1	102	82.9	
Keluarga usia lanjut	Ya	12	21.8	43	78.2	0.699
	Tidak	20	19.2	84	80.8	
Jumlah siklus keluarga					0.091	
jumlah siklus = 1	3	7.9	35	92.1		
jumlah siklus = 2	15	22.7	51	77.3		
jumlah siklus >2	14	25.5	41	74.5		
Jumlah anak di keluarga					0.632	
< 5	25	21	94	79		
≥ 5	7	17.5	33	82.5		
Jumlah anggota dalam satu rumah					0.652	
1 s.d 4	14	21.9	50	78.1		
5 s.d 9*	13	17.6	61	82.4		
≥ 10*	5	23.8	16	76.2		
Interaksi antar anggota keluarga					0.1	
Baik	30	22.4	104	77.6		
Tidak baik	2	8	23	92		

* = digabung untuk mencari nilai P

Cetak miring: nilai P menggunakan uji Fisher

4.3.4. Hubungan Profil Keluarga dengan Obesitas Derajat II

Dari tabel 4.6. tentang hubungan antara profil keluarga dengan obesitas derajat II, dapat dilihat bahwa obesitas derajat II lebih banyak dialami oleh pasien dengan bentuk keluarga majemuk (10,8%) dibandingkan pasien dengan bentuk keluarga lain. Namun perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Berdasarkan siklus keluarga, pasien yang berada dalam siklus keluarga usia pertengahan (13,9%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat II dibandingkan pasien dengan siklus keluarga lainnya. Perbedaan proporsi ini tidak bermakna secara statistik. Demikian juga pada siklus keluarga dengan anak remaja, siklus keluarga usia lanjut, dan siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah. Pasien yang berada dalam siklus keluarga dengan anak remaja (9,8%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat II dibandingkan pasien dengan siklus keluarga lainnya. Perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Pasien yang berada dalam siklus keluarga usia lanjut (9,1%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat II dibandingkan pasien dengan siklus keluarga lainnya. Secara statistik perbedaan ini tidak bermakna. Pasien yang berada dalam siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah (7,8%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat II dibandingkan pasien dengan siklus keluarga lainnya. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga baru menikah dengan obesitas derajat II tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dilihat dari jumlah siklus keluarga dalam satu rumah, pasien yang memiliki > 2 siklus keluarga (9,1%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat II daripada kelompok pasien dengan jumlah siklus keluarga lainnya. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Ditinjau dari jumlah anak dalam keluarga, pasien dengan jumlah anak dalam keluarga ≥ 5 orang (7,5%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat II daripada pasien dengan jumlah anak < 5 (6,7%). Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Dilihat dari jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, obesitas derajat II lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anggota keluarga ≥ 10 orang (14,3%) dibandingkan pasien dengan jumlah anggota keluarga lainnya. Secara statistik perbedaan ini tidak bermakna.

Berdasarkan interaksi antar anggota keluarganya, pasien yang memiliki interaksi keluarga baik (8,2%) lebih banyak yang mengalami obesitas derajat II daripada pasien yang memiliki interaksi keluarga tidak baik. Akan tetapi perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Tabel 4.6. Hubungan Profil Keluarga dengan Obesitas Derajat II

Profil keluarga	Obesitas derajat II				P	
	Ya		Tidak			
	n	%	n	%		
Bentuk keluarga					0.547	
Inti	5	5.7	82	94.3		
Extended*	2	5.7	33	94.3		
Majemuk*	4	10.8	33	89.2		
Keluarga baru menikah	Ya	0	0	0		
	Tidak	11	6.9	148	93.1	
Keluarga dengan bayi	Ya	0	0	16	100	0.604
	Tidak	11	7.7	132	92.3	
Keluarga dengan balita	Ya	1	2	50	98	0.107
	Tidak	10	9.3	98	90.7	
Keluarga dengan anak usia sekolah	Ya	2	3.5	55	96.5	0.33
	Tidak	9	8.8	93	91.2	
Keluarga dengan anak remaja	Ya	4	9.8	37	90.2	0.476
	Tidak	7	5.9	111	94.1	
Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Ya	8	7.8	95	92.2	0.748
	Tidak	3	5.4	53	94.6	
Keluarga usia pertengahan	Ya	5	13.9	31	86.1	0.126
	Tidak	6	4.9	117	95.1	
Keluarga usia lanjut	Ya	5	9.1	50	90.9	0.515
	Tidak	6	5.8	98	94.2	
Jumlah siklus keluarga					0.725	
jumlah siklus = 1	3	7.9	35	92.1		
jumlah siklus = 2*	3	4.5	63	95.5		
jumlah siklus >2*	5	9.1	50	90.9		
Jumlah anak di keluarga					1	
< 5	8	6.7	111	93.3		
≥ 5	3	7.5	37	92.5		
Jumlah anggota dalam satu rumah					1	
1 s.d 4	4	6.3	60	93.8		
5 s.d 9*	4	5.4	70	94.6		
≥ 10*	3	14.3	18	85.7		
Interaksi antar anggota keluarga					0.215	
Baik	11	8.2	123	91.8		
Tidak baik	0	0	25	100		

* = digabung untuk mencari nilai P

Cetak miring: nilai P menggunakan uji Fisher

4.3.5. Hubungan Profil Keluarga dengan Diabetes Melitus Tipe 2

Dari tabel 4.7. mengenai hubungan profil keluarga dengan diabetes melitus tipe 2, dapat dilihat bahwa diabetes melitus tipe 2 lebih banyak dialami pasien dengan bentuk keluarga majemuk (35,1%) dibandingkan pasien dengan bentuk keluarga lain. Namun perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Berdasarkan tabel 4.7., pasien yang berada dalam siklus keluarga usia pertengahan (44,4%) lebih banyak yang mengalami diabetes melitus tipe 2 dibandingkan dengan pasien yang tidak berada dalam siklus tersebut. Perbedaan proporsi ini bermakna secara statistik. Hal yang sama juga terdapat pada siklus keluarga usia lanjut, dimana pasien dengan siklus tersebut (38,2%) lebih banyak yang mengalami diabetes melitus tipe 2 daripada pasien yang tidak berada dalam siklus tersebut. Perbedaan proporsi ini juga bermakna secara statistik. Selain itu, diabetes melitus tipe 2 lebih banyak dialami oleh pasien yang berada dalam siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah (32%) dibandingkan pasien dengan selain siklus tersebut. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga baru menikah dengan diabetes melitus tipe 2 tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dilihat dari jumlah siklus keluarga, dapat diketahui bahwa pasien dengan 2 (dua) siklus keluarga dalam satu rumah (30,3%) lebih banyak yang mengalami diabetes melitus tipe 2 dibandingkan pasien dengan jumlah siklus keluarga lainnya. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Berdasarkan jumlah anak dalam keluarga, diabetes melitus tipe 2 lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anak ≥ 5 (47,5%) daripada pasien dengan jumlah anak < 5 . Perbedaan ini secara statistik bermakna.

Dilihat dari jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, diabetes melitus tipe 2 lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anggota keluarga ≥ 10 orang (33,3%) dibandingkan kelompok pasien dengan jumlah anggota keluarga lainnya. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Berdasarkan interaksi antar anggota keluarga, pasien dengan interaksi keluarga yang baik (28,3%) lebih banyak yang mengalami diabetes melitus tipe 2 daripada pasien dengan interaksi keluarga yang tidak baik. Akan tetapi perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Tabel 4.7. Hubungan Profil Keluarga dengan Diabetes Melitus Tipe 2

Profil keluarga	DM tipe 2 & Komplikasinya				P	
	Ya		Tidak			
	N	%	n	%		
Bentuk keluarga					0.511	
Inti	22	25.3	65	74.7		
Extended	9	25.7	26	74.3		
Majemuk	13	35.1	24	64.9		
Keluarga baru menikah	Ya	0	0	0		
	Tidak	44	27.7	115	72.3	
Keluarga dengan bayi	Ya	1	6.3	15	93.8	0.072
	Tidak	43	30.1	100	69.9	
Keluarga dengan balita	Ya	9	17.6	42	82.4	0.052
	Tidak	35	32.4	73	67.6	
Keluarga dengan anak usia sekolah	Ya	7	12.3	50	87.7	0.001
	Tidak	37	36.3	65	63.7	
Keluarga dengan anak remaja	Ya	8	19.5	33	80.5	0.175
	Tidak	36	30.5	82	69.5	
Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Ya	33	32	70	68	0.095
	Tidak	11	19.6	45	80.4	
Keluarga usia pertengahan	Ya	16	44.4	20	55.6	0.011
	Tidak	28	22.8	95	77.2	
Keluarga usia lanjut	Ya	21	38.2	34	61.8	0.031
	Tidak	23	22.1	81	77.9	
Jumlah siklus keluarga					0.819	
Jumlah siklus = 1	10	26.3	28	73.7		
Jumlah siklus = 2	20	30.3	46	69.7		
Jumlah siklus > 2	14	25.5	41	74.5		
Jumlah anak di keluarga					0.001	
< 5	25	21	94	79		
≥ 5	19	47.5	21	52.5		
Jumlah anggota dalam satu rumah					0.783	
1 s.d 4	18	28.1	46	71.9		
5 s.d 9	19	25.7	55	74.3		
≥ 10	7	33.3	14	66.7		
Interaksi antar anggota keluarga					0.655	
Baik	38	28.4	96	71.6		
Tidak baik	6	24	19	76		

Cetak miring: nilai P menggunakan uji Fisher

4.3.6. Hubungan Profil Keluarga dengan Gizi Kurang

Berdasarkan tabel 4.8. mengenai hubungan profil keluarga dengan gizi kurang, pasien dengan bentuk keluarga inti (24,1%) lebih banyak yang mengalami gizi kurang dibandingkan pasien dengan bentuk keluarga lain. Namun perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Dari tabel 4.8. dapat dilihat bahwa pasien yang berada dalam siklus keluarga dengan balita (37,3%) lebih banyak yang mengalami gizi kurang dibandingkan dengan pasien yang tidak berada dalam siklus tersebut. Perbedaan ini secara statistik bermakna. Hal yang sama juga terdapat pada siklus keluarga dengan anak usia sekolah, dimana pasien dengan siklus tersebut (33,3%) lebih banyak yang mengalami gizi kurang daripada pasien dengan siklus lainnya. Perbedaan ini juga bermakna secara statistik. Selain itu, gizi kurang lebih banyak dialami oleh pasien dengan siklus keluarga dengan bayi (31,3%) dibandingkan pasien dengan selain siklus tersebut. Akan tetapi perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga baru menikah dengan gizi kurang tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dari tabel 4.8. dapat dilihat juga bahwa pasien dengan 1 (satu) siklus keluarga dalam satu rumah (31,6%) lebih banyak yang mengalami gizi kurang daripada pasien dengan jumlah siklus keluarga lainnya. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Berdasarkan jumlah anak dalam keluarga, gizi kurang lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anak < 5 (25,2%) daripada pasien dengan jumlah anak ≥ 5 . Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Dilihat dari jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, pasien dengan jumlah anggota keluarga 5-9 orang (27%) lebih banyak yang mengalami gizi kurang dibandingkan kelompok pasien dengan jumlah anggota keluarga lain. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Berdasarkan interaksi antar anggota keluarga, pasien dengan interaksi keluarga yang tidak baik (36%) lebih banyak yang mengalami gizi kurang dibandingkan pasien dengan interaksi keluarga yang baik. Akan tetapi perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Tabel 4.8. Hubungan Profil Keluarga dengan Gizi Kurang

Profil keluarga	Gizi Kurang				p	
	Ya		Tidak			
	N	%	n	%		
Bentuk keluarga					0.873	
Inti	21	24.1	66	75.9		
Extended	7	20	28	80		
Majemuk	8	21.6	29	78.4		
Keluarga baru menikah	Ya	0	0	0		
	Tidak	36	22.6	123	77.4	
Keluarga dengan bayi	Ya	5	31.3	11	68.8	0.362
	Tidak	31	21.7	112	78.3	
Keluarga dengan balita	Ya	19	37.3	32	62.7	0.002
	Tidak	17	15.7	91	84.3	
Keluarga dengan anak usia sekolah	Ya	19	33.3	38	66.7	0.016
	Tidak	17	16.7	85	83.3	
Keluarga dengan anak remaja	Ya	9	22	32	78	0.902
	Tidak	27	22.9	91	77.1	
Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Ya	20	19.4	83	80.6	0.188
	Tidak	16	28.6	40	71.4	
Keluarga usia pertengahan	Ya	3	8.3	33	91.7	0.02
	Tidak	33	26.8	90	73.2	
Keluarga usia lanjut	Ya	6	10.9	49	89.1	0.01
	Tidak	30	28.8	74	71.2	
Jumlah siklus keluarga					0.129	
jumlah siklus = 1	12	31.6	26	68.4		
jumlah siklus = 2	10	15.2	56	84.8		
jumlah siklus >2	14	25.5	41	74.5		
Jumlah anak di keluarga					0.182	
< 5	30	25.2	89	74.8		
≥ 5	6	15	34	85		
Jumlah anggota dalam satu rumah					0.336	
1 s.d 4	12	18.8	52	81.3		
5 s.d 9*	20	27	54	73		
≥ 10*	4	19	17	81		
Interaksi antar anggota keluarga					0.082	
Baik	27	20.1	107	79.9		
Tidak baik	9	36	16	64		

* = digabung untuk mencari nilai P

Cetak miring: nilai P menggunakan uji Fisher

4.3.7. Hubungan Profil Keluarga dengan Tuberkulosis

Dari tabel 4.9. tentang hubungan profil keluarga dengan tuberkulosis, dapat dilihat bahwa pasien dengan bentuk keluarga majemuk (21,6 %) lebih banyak yang mengalami tuberkulosis dibandingkan pasien dengan bentuk keluarga lain. Namun perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Berdasarkan tabel 4.9., pasien yang berada dalam siklus keluarga dengan anak usia sekolah (28,1%) lebih banyak yang mengalami tuberkulosis dibandingkan pasien dengan siklus keluarga selain itu. Secara statistik perbedaan ini bermakna. Pada siklus keluarga dengan balita, pasien yang berada dalam siklus tersebut (23,5%) lebih banyak yang mengalami tuberkulosis daripada pasien yang tidak berada dalam siklus tersebut. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Pada siklus keluarga dengan anak remaja, pasien yang berada dalam siklus tersebut (22%) lebih banyak yang mengalami tuberkulosis dibandingkan pasien dengan selain siklus tersebut. Perbedaan ini juga tidak bermakna secara statistik. Pada siklus keluarga dengan bayi, pasien yang berada dalam siklus tersebut (18,8%) lebih banyak yang mengalami tuberkulosis dibandingkan pasien dengan siklus lainnya. Akan tetapi perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga baru menikah dengan tuberkulosis tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dilihat dari jumlah siklus keluarga, dapat diketahui bahwa pasien dengan 2 (dua) siklus keluarga dalam satu rumah (19,7%) lebih banyak yang mengalami tuberkulosis dibandingkan pasien dengan jumlah siklus keluarga lainnya. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Berdasarkan banyaknya anak dalam keluarga, tuberkulosis lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anak dalam keluarga ≥ 5 orang (20%) daripada pasien dengan jumlah anak < 5 orang (17,6%). Perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Dilihat dari jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, tuberkulosis lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anggota keluarga ≥ 10 orang (23,8%) dibandingkan pasien dengan jumlah anggota keluarga lainnya. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Berdasarkan interaksi antar anggota keluarga, pasien dengan interaksi keluarga yang baik (18,7%) lebih banyak yang mengalami tuberkulosis daripada pasien dengan interaksi keluarga yang tidak baik. Akan tetapi perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Tabel 4.9. Hubungan Profil Keluarga dengan Tuberkulosis

Profil keluarga	Tuberkulosis				P	
	Ya		Tidak			
	n	%	n	%		
Bentuk keluarga					0.722	
Inti	16	18.4	71	81.6		
Extended	5	14.3	30	85.7		
Majemuk	8	21.6	29	78.4		
Keluarga baru menikah	Ya	0	0	0		
	Tidak	29	18.2	130	81.8	
Keluarga dengan bayi	Ya	3	18.8	13	81.3	<i>I</i>
	Tidak	26	18.2	117	81.8	
Keluarga dengan balita	Ya	12	23.5	39	76.5	0.235
	Tidak	17	15.7	91	84.3	
Keluarga dengan anak usia sekolah	Ya	16	28.1	41	71.9	0.016
	Tidak	13	12.7	89	87.3	
Keluarga dengan anak remaja	Ya	9	22	32	78	0.475
	Tidak	20	16.9	98	83.1	
Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Ya	17	16.5	86	83.5	0.443
	Tidak	12	21.4	44	78.6	
Keluarga usia pertengahan	Ya	5	13.9	31	86.1	0.442
	Tidak	24	19.5	99	80.5	
Keluarga usia lanjut	Ya	3	5.5	52	94.5	0.002
	Tidak	26	25	78	75	
Jumlah siklus keluarga					0.884	
jumlah siklus = 1	6	15.8	32	84.2		
jumlah siklus = 2	13	19.7	53	80.3		
jumlah siklus >2	10	18.2	45	81.8		
Jumlah anak di keluarga					0.739	
< 5	21	17.6	98	82.4		
≥ 5	8	20	32	80		
Jumlah anggota dalam satu rumah					0.778	
1 s.d 4	11	17.2	53	82.8		
5 s.d 9*	13	17.6	61	82.4		
≥ 10*	5	23.8	16	76.2		
Interaksi antar anggota keluarga					<i>I</i>	
Baik	25	18.7	109	81.3		
Tidak baik	4	16	21	84		

* = digabung untuk mencari nilai P

Cetak miring: nilai P menggunakan uji Fisher

4.3.8. Hubungan Profil Keluarga dengan Infeksi Saluran Napas

Berdasarkan tabel 4.10. tentang hubungan profil keluarga dengan infeksi saluran napas, pasien dengan bentuk keluarga inti (10,3%) lebih banyak yang mengalami infeksi saluran napas dibandingkan pasien dengan bentuk keluarga lain. Namun perbedaan proporsi ini tidak bermakna secara statistik.

Dari tabel 4.10. dapat dilihat bahwa pasien yang berada dalam siklus keluarga dengan anak usia sekolah (12,3%) lebih banyak yang mengalami infeksi saluran napas dibandingkan pasien dengan siklus selain itu. Akan tetapi perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Hal yang sama juga terdapat pada siklus keluarga dengan balita, dimana pasien yang berada dalam siklus tersebut (11,8%) lebih banyak yang mengalami infeksi saluran napas dibandingkan pasien yang tidak dalam siklus tersebut. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga baru menikah dengan infeksi saluran napas tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dari tabel 4.10. dapat dilihat juga bahwa pasien dengan 1 (satu) siklus keluarga dalam satu rumah (18,4%) lebih banyak yang mengalami infeksi saluran napas daripada kelompok pasien dengan jumlah siklus keluarga lainnya. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Berdasarkan jumlah anak dalam keluarga, infeksi saluran napas lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anak < 5 (10,1%) daripada pasien dengan jumlah anak ≥ 5 . Perbedaan ini secara statistik tidak memiliki kemaknaan.

Dilihat dari jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, pasien dengan jumlah anggota keluarga 1-4 orang (10,9%) lebih banyak yang mengalami infeksi saluran napas dibandingkan pasien dengan jumlah anggota lainnya. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Berdasarkan interaksi antar anggota keluarga, pasien dengan interaksi keluarga yang tidak baik (16%) lebih banyak yang mengalami infeksi saluran napas dibandingkan pasien dengan interaksi keluarga yang baik. Akan tetapi perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Tabel 4.10. Hubungan Profil Keluarga dengan Infeksi Saluran Napas

Profil keluarga	Infeksi Saluran Napas				p	
	Ya		Tidak			
	n	%	n	%		
Bentuk keluarga					0.666	
Inti	9	10.3	78	89.7		
Extended*	3	8.6	32	91.4		
Majemuk*	3	8.1	34	91.9		
Keluarga baru menikah	Ya	0	0	0		
	Tidak	15	9.4	144	90.6	
Keluarga dengan bayi	Ya	1	6.3	15	93.8	1
	Tidak	14	9.8	129	90.2	
Keluarga dengan balita	Ya	6	11.8	45	88.2	0.564
	Tidak	9	8.3	99	91.7	
Keluarga dengan anak usia sekolah	Ya	7	12.3	50	87.7	0.359
	Tidak	8	7.8	94	92.2	
Keluarga dengan anak remaja	Ya	2	4.9	39	95.1	0.357
	Tidak	13	11	105	89	
Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Ya	6	5.8	97	94.2	0.035
	Tidak	9	16.1	47	83.9	
Keluarga usia pertengahan	Ya	2	5.6	34	94.4	0.523
	Tidak	13	10.6	110	89.4	
Keluarga usia lanjut	Ya	1	1.8	54	98.2	0.017
	Tidak	14	13.5	90	86.5	
Jumlah siklus keluarga					0.051	
jumlah siklus = 1	7	18.4	31	81.6		
jumlah siklus = 2*	6	9.1	60	90.9		
jumlah siklus >2*	2	3.6	53	96.4		
Jumlah anak di keluarga					0.763	
< 5	12	10.1	107	89.9		
≥ 5	3	7.5	37	92.5		
Jumlah anggota dalam satu rumah					0.594	
1 s.d 4	7	10.9	57	89.1		
5 s.d 9*	6	8.1	68	91.9		
≥ 10*	2	9.5	19	90.5		
Interaksi antar anggota keluarga					0.259	
Baik	11	8.2	123	91.8		
Tidak baik	4	16	21	84		

* = digabung untuk mencari nilai P

Cetak miring: nilai P menggunakan uji Fisher

4.3.9. Hubungan Profil Keluarga dengan Penyakit Saluran Cerna

Berdasarkan tabel 4.11., pasien dengan bentuk keluarga majemuk (16,2%) lebih banyak yang mengalami penyakit saluran cerna dibandingkan pasien dengan bentuk keluarga lainnya. Namun perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Dilihat dari siklus keluarga, pasien yang berada dalam siklus keluarga dengan balita (11,8%) lebih banyak yang mengalami penyakit saluran cerna dibandingkan pasien dengan siklus selain itu. Perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Selain itu, penyakit saluran cerna lebih banyak dialami oleh pasien dengan siklus keluarga usia pertengahan (11,1%), keluarga usia lanjut (9,1%), keluarga dengan anak usia sekolah (8,8%) dan keluarga dengan anak meninggalkan rumah (8,7%) dibandingkan pasien yang tidak dengan siklus tersebut. Akan tetapi perbedaan proporsi tersebut tidak bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga baru menikah dengan penyakit saluran cerna tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Berdasarkan jumlah siklus keluarga dalam satu rumah, dapat dilihat bahwa keluarga dengan jumlah siklus > 2 (10,9%) lebih banyak mengalami penyakit saluran cerna dibandingkan keluarga dengan jumlah siklus lainnya. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Dari tabel 4.11. dapat dilihat juga bahwa keluarga dengan jumlah anak < 5 (9,2%) lebih banyak yang mengalami penyakit saluran cerna daripada keluarga dengan jumlah anak ≥ 5 (5%). Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Dilihat dari jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, penyakit saluran cerna lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anggota keluarga 1-4 orang (10,9%) daripada kelompok pasien dengan jumlah anggota keluarga lainnya. Secara statistik perbedaan ini juga tidak bermakna.

Berdasarkan interaksi antar anggota keluarga yang dapat dilihat pada tabel 4.11., pasien dengan interaksi keluarga yang tidak baik (12%) lebih banyak mengalami penyakit saluran cerna daripada pasien dengan interaksi keluarga yang baik. Akan tetapi perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Tabel 4.11. Hubungan Profil Keluarga dengan Penyakit Saluran Cerna

Profil keluarga	Penyakit Saluran Cerna				P	
	Ya		Tidak			
	N	%	n	%		
Bentuk keluarga					0.517	
Inti	6	6.9	81	93.1		
Extended*	1	2.9	34	97.1		
Majemuk*	6	16.2	31	83.8		
Keluarga baru menikah	Ya	0	0	0		
	Tidak	13	8.2	146	91.8	
Keluarga dengan bayi	Ya	1	6.3	15	93.8	1
	Tidak	12	8.4	131	91.6	
Keluarga dengan balita	Ya	6	11.8	45	88.2	0.352
	Tidak	7	6.5	101	93.5	
Keluarga dengan anak usia sekolah	Ya	5	8.8	52	91.2	1
	Tidak	8	7.8	94	92.2	
Keluarga dengan anak remaja	Ya	1	2.4	40	97.6	0.186
	Tidak	12	10.2	106	88.8	
Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Ya	9	8.7	94	91.3	1
	Tidak	4	7.1	52	92.9	
Keluarga usia pertengahan	Ya	4	11.1	32	88.9	0.493
	Tidak	9	7.3	114	92.7	
Keluarga usia lanjut	Ya	5	9.1	50	90.9	0.767
	Tidak	8	7.7	96	92.3	
Jumlah siklus keluarga					1	
jumlah siklus = 1	3	7.9	35	92.1		
jumlah siklus = 2*	4	6.1	62	93.9		
jumlah siklus >2*	6	10.9	49	89.1		
Jumlah anak di keluarga					0.519	
< 5	11	9.2	108	90.8		
≥ 5	2	5	38	95		
Jumlah anggota dalam satu rumah					0.297	
1 s.d 4	7	10.9	57	89.1		
5 s.d 9*	4	5.4	70	94.6		
≥ 10*	2	9.5	19	90.5		
Interaksi antar anggota keluarga					0.432	
Baik	10	7.5	124	92.5		
Tidak baik	3	12	22	88		

* = digabung untuk mencari nilai P

Cetak miring: nilai P menggunakan uji Fisher

4.3.10. Hubungan Profil Keluarga dengan Alergi

Dari tabel 4.12. tentang hubungan profil keluarga dengan alergi, dapat dilihat bahwa pasien dengan bentuk keluarga majemuk (10,8 %) lebih banyak yang mengalami alergi dibandingkan pasien dengan bentuk keluarga lain. Namun perbedaan proporsi ini secara statistik tidak bermakna.

Berdasarkan tabel 4.12., pasien yang berada dalam siklus keluarga dengan bayi (25%) lebih banyak yang mengalami alergi dibandingkan pasien dengan selain siklus tersebut. Secara statistik perbedaan ini bermakna. Demikian juga dengan siklus keluarga dengan balita, dimana pasien yang berada dalam siklus tersebut (15,7%) lebih banyak yang mengalami alergi dibandingkan pasien dengan siklus lainnya. Selain itu, alergi lebih banyak dialami oleh pasien dengan siklus keluarga dengan anak remaja (9,8%), siklus keluarga usia lanjut (7,3%) dan siklus keluarga dengan anak usia sekolah (7%) dibandingkan pasien dengan siklus keluarga selain siklus tersebut. Akan tetapi perbedaan proporsi pada siklus tersebut tidak bermakna secara statistik. Hubungan antara siklus keluarga baru menikah dengan alergi tidak dapat dianalisis karena berupa data konstan.

Dilihat dari jumlah siklus keluarga, dapat diketahui bahwa pasien dengan jumlah siklus keluarga > 2 dalam satu rumah (9,1%) lebih banyak yang mengalami alergi dibandingkan pasien dengan jumlah siklus keluarga lainnya. Namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Berdasarkan banyaknya anak dalam keluarga, alergi lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anak dalam keluarga < 5 (7,6%) daripada pasien dengan jumlah anak ≥ 5 (5%). Perbedaan ini tidak bermakna secara statistik.

Dilihat dari jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, alergi lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anggota keluarga ≥ 10 orang (14,3%) dibandingkan pasien dengan jumlah anggota keluarga lainnya. Namun secara statistik perbedaan ini tidak memiliki kemaknaan.

Berdasarkan interaksi antar anggota keluarga, pasien dengan interaksi keluarga yang tidak baik (12%) lebih banyak yang mengalami alergi daripada pasien dengan interaksi keluarga yang baik. Akan tetapi perbedaan ini secara statistik tidak bermakna.

Tabel 4.12. Hubungan Profil Keluarga dengan Alergi

Profil keluarga	Alergi				p	
	Ya		Tidak			
	n	%	n	%		
Bentuk keluarga					0.547	
Inti	5	5.7	82	94.3		
Extended*	2	5.7	33	94.3		
Majemuk*	4	10.8	33	89.2		
Keluarga baru menikah	Ya	0	0	0		
	Tidak	11	6.9	148	93.1	
Keluarga dengan bayi	Ya	4	25	12	75	0.015
	Tidak	7	4.9	136	95.1	
Keluarga dengan balita	Ya	8	15.7	43	84.3	0.005
	Tidak	3	2.8	105	97.2	
Keluarga dengan anak usia sekolah	Ya	4	7	53	93	1
	Tidak	7	6.9	95	93.1	
Keluarga dengan anak remaja	Ya	4	9.8	37	90.2	0.476
	Tidak	7	5.9	111	94.1	
Keluarga dengan anak meninggalkan rumah	Ya	5	4.9	98	95.1	0.197
	Tidak	6	10.7	50	89.3	
Keluarga usia pertengahan	Ya	2	5.6	34	94.4	1
	Tidak	9	7.3	114	92.7	
Keluarga usia lanjut	Ya	4	7.3	51	92.7	1
	Tidak	7	6.7	97	93.3	
Jumlah siklus keluarga					0.462	
jumlah siklus = 1	1	2.6	37	97.4		
jumlah siklus = 2*	5	7.6	61	92.4		
jumlah siklus >2*	5	9.1	50	90.9		
Jumlah anak di keluarga					0.732	
< 5	9	7.6	110	92.4		
≥ 5	2	5	38	95		
Jumlah anggota dalam satu rumah					0.051	
1 s.d 4	1	1.6	63	98.4		
5 s.d 9*	7	9.5	67	90.5		
≥ 10*	3	14.3	18	85.7		
Interaksi antar anggota keluarga					0.381	
Baik	8	6	126	94		
Tidak baik	3	12	22	88		

* = digabung untuk mencari nilai P

Cetak miring: nilai P menggunakan uji Fisher

BAB 5 PEMBAHASAN

5.1. Kelebihan dan Kekurangan Penelitian

Penelitian hubungan profil keluarga dengan pola penyakit pasien keluarga binaan Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (KDK FKUI) tahun 2006-2008 ini memiliki beberapa kelebihan dan kekurangan baik dalam metode maupun dalam pelaksanaannya. Salah satu kelebihan penelitian ini yaitu pemilihan topik hubungan profil keluarga dengan pola penyakit, yang secara teori mempunyai keterkaitan namun belum pernah dilakukan penelitian mengenai hal tersebut di Indonesia. Oleh karena itu, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan untuk intervensi lebih lanjut mengenai hubungan profil keluarga dengan pola penyakit, baik dalam hal penelitian maupun penerapannya dalam pelayanan dokter keluarga.

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang didapat dari laporan studi kasus keluarga binaan KDK FKUI sehingga dapat diperoleh jumlah sampel yang banyak dalam waktu cukup singkat. Akan tetapi penelitian dengan data sekunder ini juga 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 159 data yang dapat digunakan sebagai sampel penelitian.

5.2. Profil Keluarga Pasien KDK FKUI

Penelitian ini memperlihatkan bahwa persentase bentuk keluarga pasien KDK FKUI tahun 2006-2008 adalah keluarga inti (54,7%), keluarga majemuk (23,3%), dan keluarga *extended* (22%). Hal ini mirip dengan penelitian dari WHO yang menyatakan bahwa distribusi bentuk keluarga inti baik *couple-only families* maupun *single parent families* dengan anak yang mandiri di beberapa negara meningkat. Peningkatan *single and couple-only family* ini tidak hanya terjadi di negara maju, tetapi juga di negara berkembang.⁴⁵ 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%).⁴⁶

Dari penelitian ini dapat diketahui bahwa bentuk keluarga yang paling banyak dimiliki pasien KDK FKUI adalah keluarga inti. Ini berarti bahwa sebagian besar pasien KDK FKUI berada dalam bentuk keluarga yang terdiri dari orang tua serta anak-anak kandung.⁹ 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.⁴⁷ Namun bentuk keluarga inti merupakan bentuk keluarga yang kurang baik dalam mengatasi suatu penyakit karena keluarga ini terlalu 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.⁴⁸

Persentase siklus keluarga yang paling banyak dimiliki pasien adalah keluarga dengan anak mulai meninggalkan rumah (64,8%). 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.^{1,9,46,48}

Dalam satu rumah, jumlah siklus keluarga terbanyak adalah dua siklus (41,5%). 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 yang dihadapi.⁹

Dalam satu keluarga, jumlah anak terbanyak adalah < 5 (74,8%) dengan rata-rata 3 orang anak dalam satu keluarga. 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.⁴⁷

Dari penelitian ini diketahui bahwa sebanyak 46,3% pasien berada dalam keluarga dengan 5-9 orang anggota keluarga dalam satu rumah. Banyaknya

jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah ini akan mempengaruhi penyebaran penyakit khususnya 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 5 orang sehingga kemungkinan penyebaran penyakit lebih kecil daripada keluarga dengan jumlah anggota keluarga ≥ 10 orang.⁹

Berdasarkan interaksi antar anggota keluarga, sebanyak 84,3% pasien memiliki interaksi yang baik. Dengan demikian dukungan emosional keluarga terhadap pasien baik sehingga dapat meningkatkan kesehatan pasien.⁴⁶

5.3. Pola Penyakit dan Hubungannya dengan Profil Keluarga Pasien KDK FKUI

Sebaran pola penyakit pasien KDK FKUI tahun 2006-2008 dapat dilihat pada tabel 4.2. Pada tabel tersebut tampak bahwa jumlah frekuensi penyakit yang ada (391) melebihi jumlah sampel yang diteliti (159). Hal ini dikarenakan terdapat beberapa pasien yang memiliki lebih dari satu penyakit sehingga kontribusi sampel untuk variabel penyakit juga lebih dari satu.

Penelitian ini memperlihatkan bahwa sepuluh penyakit yang paling banyak diderita pasien KDK FKUI selama tahun 2006-2008 adalah hipertensi derajat II (30,8%), diabetes melitus tipe 2 (27,7%), gizi kurang (22,6%), obesitas derajat I (20,1%), hipertensi derajat I (18,9%), tuberkulosis (18,2%), infeksi saluran napas (9,4%), penyakit saluran cerna (8,2%), obesitas derajat II (6,9%) dan alergi (6,9%). Temuan ini berbeda dengan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2006 yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes), dimana sepuluh penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di rumah sakit tahun 2006 adalah infeksi saluran napas (9,32%), hipertensi esensial (4,67%), demam yang tidak diketahui penyebabnya (3,98%), penyakit kulit dan jaringan subkutan lainnya (3,91%), gejala-tanda klinik dan laboratorium yang abnormal (3,86%), cedera (3,37%), tuberkulosis paru (3,37%), kehamilan (3,34%), diabetes melitus (3,32%), serta diare dan gastroenteritis (3,23%).¹⁰

Sementara itu, data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2005 menunjukkan bahwa sepuluh penyakit terbanyak yang didapat dari pasien rawat jalan di rumah

sakit adalah infeksi saluran napas (7,05%), penyakit kulit dan jaringan subkutan lainnya (3,16%), hipertensi esensial (2,93%), demam yang tidak diketahui penyebabnya (2,82%), cedera (2,46%), diare dan gastroenteritis (2,34%), tuberkulosis paru (2,33%), diabetes melitus (2,13%), penyakit pulpa dan periapikal (2,01%), serta gastritis dan duodenitis (1,61%).⁴⁹

Dari temuan-temuan tersebut dapat terlihat adanya perbedaan pola penyakit di KDK FKUI tahun 2006-2008 dengan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2005 dan 2006. Perbedaan ini dapat disebabkan oleh perbedaan cara pengambilan data. Depkes menggunakan data dari hasil pencatatan dan pelaporan pasien yang berkunjung ke rumah sakit di seluruh Indonesia sehingga cakupan penyakit dan jumlah sampelnya lebih banyak. Sedangkan penelitian ini menggunakan data laporan studi kasus pasien KDK FKUI sebagai layanan primer sehingga pola penyakit yang didapat merupakan penyakit-penyakit yang sering dijumpai di masyarakat dan boleh ditangani oleh layanan kesehatan primer. Selain itu, data yang diambil dalam penelitian ini telah melalui beberapa proses penyaringan sehingga jumlahnya lebih sedikit (hanya data pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang digunakan dalam penelitian).

Disamping perbedaan, terdapat beberapa penyakit yang sama-sama menduduki sepuluh penyakit teratas. Penyakit tersebut adalah infeksi saluran napas, hipertensi, diabetes melitus, tuberkulosis, dan penyakit saluran cerna. Ini menunjukkan bahwa penyakit tersebut merupakan penyakit yang saat ini banyak dijumpai di masyarakat. Hipertensi dan diabetes melitus mengindikasikan telah terjadi peningkatan prevalensi penyakit degeneratif. Sedangkan infeksi saluran napas dan tuberkulosis menunjukkan bahwa penyakit infeksi masih menjadi salah satu penyebab morbiditas terbanyak di masyarakat.

5.3.1. Hipertensi

Dari penelitian ini diketahui bahwa dari 159 pasien yang datang ke KDK FKUI selama tahun 2006-2008, sebanyak 18,9% pasien mengalami hipertensi derajat I dan 30,8% pasien mengalami hipertensi derajat II. Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2005 dan 2006, prevalensi hipertensi di Indonesia berturut-turut adalah 2,93% dan 4,67%.^{10,49} Sedangkan data dari *The*

National Health and Nutrition Examination Survey (NHNES) menunjukkan bahwa dari tahun 1999-2000 insiden hipertensi pada orang dewasa di Amerika adalah sekitar 29-31%.¹⁴ Hal tersebut menunjukkan telah terjadi peningkatan prevalensi hipertensi dari tahun ke tahun.

Meningkatnya prevalensi hipertensi berkaitan dengan faktor risiko yang dimiliki pasien seperti diet dan asupan garam, stres, ras, obesitas, merokok dan kurangnya aktivitas fisik. Dari segi demografis, peningkatan jumlah penduduk terutama penduduk usia lanjut juga berperan terhadap semakin tingginya prevalensi hipertensi.¹⁴ Besarnya prevalensi hipertensi pada penelitian ini berkaitan dengan banyaknya populasi pasien usia lanjut di KDK FKUI. Penelitian mengenai karakter demografis pasien KDK FKUI tahun 2009 menunjukkan bahwa kelompok usia lanjut menempati urutan kedua terbanyak (29,1%) setelah kelompok usia pertengahan dengan persentase 31,3% (Widiyanto, 2009).⁵⁰

Penelitian ini memperlihatkan bahwa hipertensi derajat I lebih banyak dialami oleh pasien dengan bentuk keluarga *extended* (20%), sedangkan hipertensi derajat II banyak dialami oleh pasien dengan bentuk keluarga majemuk (43,2%). Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan bermakna antara bentuk keluarga dengan hipertensi derajat I ($p = 0,979$) ataupun hipertensi derajat II ($p = 0,095$). Namun penelitian yang dilakukan di Jepang menunjukkan adanya hubungan antara bentuk keluarga dengan hipertensi, dimana sebagian besar pasien yang mengalami hipertensi berada dalam bentuk keluarga inti (Turagabeci dkk, 2007).⁴⁵ Hal tersebut sesuai dengan studi yang menyatakan bahwa komposisi yang kompleks pada keluarga *extended* akan meningkatkan dukungan antar anggota keluarga sehingga dapat mengurangi status kesehatan yang buruk, memperkuat kesadaran akan kesehatan, dan secara tidak langsung meningkatkan kualitas hidup.^{45,48}

Pada penelitian ini ditemukan bahwa hipertensi derajat I lebih banyak dialami oleh pasien dengan siklus keluarga usia lanjut (29,1%) dibandingkan pasien dengan siklus keluarga lainnya. Berbeda dengan hipertensi derajat I, hipertensi derajat II lebih banyak dialami oleh pasien yang berada dalam siklus keluarga usia pertengahan (52,8%) dibandingkan pasien dengan siklus keluarga lain. Temuan ini sesuai dengan data epidemiologis yang menyatakan bahwa

jumlah pasien hipertensi semakin bertambah seiring dengan meningkatnya populasi usia lanjut.¹⁴ Penelitian yang serupa di KDK FKUI juga mengungkapkan hasil yang sama, bahwa hipertensi lebih banyak terjadi pada kelompok usia pertengahan dan usia lanjut (Widiyanto, 2009).⁵⁰

Secara statistik, terdapat hubungan bermakna antara siklus keluarga usia lanjut dengan hipertensi derajat I ($p = 0,017$). Disamping itu, didapatkan hubungan bermakna antara hipertensi derajat II dengan siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah ($p = 0,003$), keluarga usia pertengahan ($p = 0,001$), dan keluarga usia lanjut ($p = 0,004$). Hubungan antara hipertensi dengan siklus keluarga usia pertengahan dan keluarga usia lanjut berkaitan dengan faktor usia, yang merupakan salah satu faktor risiko hipertensi. Dengan meningkatnya usia maka kelenturan pembuluh darah semakin berkurang sehingga risiko terkena hipertensi lebih besar.¹⁴ Sedangkan hubungan antara hipertensi dengan siklus keluarga dengan anak meninggalkan rumah diasumsikan berkaitan dengan stres yang dihadapi keluarga tersebut. Stres juga merupakan salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi.¹⁴

Pada penelitian ini diketahui bahwa hipertensi derajat I lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anak dalam keluarga ≥ 5 orang (30%). Secara statistik, terdapat hubungan bermakna antara jumlah anak dalam keluarga dengan hipertensi derajat I ($p = 0,038$). Temuan ini kemungkinan berhubungan dengan stres yang dihadapi keluarga tersebut. Menurut literatur, stres berpengaruh terhadap penyakit kronik serta dapat menyebabkan immunosupresi sehingga lebih mudah terkena penyakit.⁴⁶

5.3.2. Obesitas

Penelitian ini menunjukkan bahwa dari 159 pasien yang datang ke KDK FKUI tahun 2006-2008, sebanyak 20,1% pasien mengalami obesitas derajat I dan 6,9% pasien mengalami obesitas derajat II. Penelitian lain yang dilakukan di Kayu putih Jakarta tahun 1992 menunjukkan prevalensi obesitas sebesar 17,1%.¹⁸ Temuan ini menunjukkan telah terjadi peningkatan prevalensi obesitas. Senada dengan hal tersebut, studi epidemiologi di USA menyatakan prevalensi obesitas meningkat tiga kali lipat dalam 30 tahun terakhir. Penelitian lain oleh Deckelbaum

dan Williams tahun 2001 melaporkan bahwa 22 juta anak di dunia termasuk dalam golongan *overweight* atau *obese*.⁵¹

Prevalensi obesitas yang cenderung semakin meningkat berkaitan dengan urbanisasi serta mudahnya mendapat makanan dan banyaknya jumlah makanan yang tersedia. Perubahan status ekonomi serta perubahan gaya hidup terutama pada anak dan remaja juga banyak berpengaruh terhadap meningkatnya prevalensi obesitas.¹⁸

Penelitian ini memperlihatkan bahwa obesitas derajat I banyak dialami oleh pasien yang berada dalam bentuk keluarga inti (23%) dibandingkan bentuk keluarga lain. Secara statistik perbedaan ini tidak bermakna, tetapi hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Crossman di USA yang menyatakan bahwa bentuk keluarga inti merupakan salah satu faktor risiko jangka panjang terhadap kejadian obesitas.⁵² Penelitian lain oleh Gibsone juga menunjukkan hal yang serupa, bahwa keluarga inti (*mother single parent*) dapat meningkatkan risiko terjadinya obesitas.⁵³ Kedua hal tersebut berkaitan dengan tercukupinya kebutuhan pangan dengan baik karena pernghasilan keluarga digunakan untuk sedikit orang, serta adanya faktor memanjakan anak. Berbeda dengan obesitas derajat I, obesitas derajat II lebih banyak dialami oleh pasien dengan bentuk keluarga majemuk (10,8%). Meskipun tidak bermakna secara statistik, hal ini mungkin berhubungan dengan kurangnya perhatian orang tua terhadap anak, terutama dalam hal pengontrolan makanan.^{1,51}

Pada penelitian ini ditemukan bahwa obesitas derajat I banyak dialami oleh pasien yang berada dalam siklus keluarga dengan anak remaja (31,7%), sedangkan obesitas derajat II banyak dialami oleh keluarga usia pertengahan (13,9%). Temuan ini sedikit menyimpang dari hasil survei nasional yang dilakukan pada tahun 1996/1997 di ibukota seluruh propinsi Indonesia, yang menunjukkan bahwa *overweight* maupun obesitas mencapai puncaknya pada kelompok umur 40-49 tahun yaitu masing-masing 24,4% dan 23% pada laki-laki dan 30,4% dan 43% pada wanita (Depkes, 2003). Perbedaan ini mungkin disebabkan oleh perbedaan jumlah sampel dan jenis variabel yang diteliti.

Berdasarkan uji kemaknaan, terdapat hubungan bermakna antara obesitas derajat I dengan siklus keluarga dengan anak usia sekolah ($p = 0,023$) dan

keluarga dengan anak remaja ($p = 0,032$). Hal ini berhubungan dengan pola hidup kebanyakan anak dan remaja saat ini, yang cenderung kurang gerak (*Sedentary life*).^{52,54} Senada dengan hal tersebut, Prentice & Jebb dalam studinya melaporkan bahwa penurunan aktivitas fisik dan atau peningkatan perilaku hidup sedentarian (lebih banyak menonton televisi, sering menggunakan mobil) mempunyai peranan penting dalam peningkatan berat badan dan terjadinya obesitas (Prentice & Jebb, 1995). Penelitian lain juga menyebutkan bahwa lamanya aktivitas ringan seperti membaca buku, duduk-duduk, menonton televisi, dan bermain *play station* berbanding lurus dengan angka kejadian obesitas pada remaja. Besarnya prevalensi obesitas pada anak sekolah dan remaja juga berkaitan dengan kecenderungan untuk mengkonsumsi *fast food* pada anak dan remaja tersebut. Suatu studi di kota Jogja menyebutkan bahwa remaja obes 2-3 kali lebih sering mengkonsumsi *fast food* dibandingkan remaja non-obes (Hadi, 2004).⁵⁴ Penelitian serupa di Yogyakarta menunjukkan adanya hubungan bermakna antara banyaknya jenis *fast food*, frekuensi *fast food* per bulan, dan konsumsi energi *fast food* dengan obesitas pada remaja (Mahidah, 2004).⁵⁵

Berdasarkan jumlah anak dalam keluarga, obesitas derajat I lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anak < 5 (21%), sedangkan obesitas derajat II lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anak ≥ 5 (7,5%). Temuan ini mirip dengan hasil penelitian Borders yang menunjukkan obesitas lebih banyak dialami oleh keluarga dengan jumlah anak ≥ 3 (25,27%).⁵⁶

5.3.3. Diabetes Melitus tipe 2 (DM)

Pada penelitian ini terdapat 27,7% pasien dengan diabetes melitus tipe II. Data dari Profil Kesehatan Indonesia tahun 2005 dan 2006 menunjukkan bahwa prevalensi DM pada tahun tersebut adalah 2,13% dan 3,32%.^{10,49} Menurut penelitian epidemiologi, kekerapan DM di Indonesia berkisar antara 1,4-1,6%. Suatu penelitian di Kayuputih Jakarta tahun 1993 menunjukkan bahwa kekerapan DM di daerah tersebut (daerah urban) adalah 5,69%. Sedangkan penelitian di daerah rural di Jawa Barat tahun 1995 menunjukkan prevalensi DM hanya 1,1%. Penelitian terakhir antara tahun 2001 dan 2005 di daerah Depok didapatkan prevalensi DM tipe 2 meningkat menjadi sebesar 14,7%.⁵⁷

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

- faktor demografi: jumlah penduduk meningkat, penduduk usia lanjut bertambah banyak, urbanisasi semakin tidak terkendali
- gaya hidup kebarat-baratan: penghasilan perkapita tinggi, restoran siap santap semakin banyak, teknologi canggih menimbulkan *sedentary life* (kurang gerak badan)
- berkurangnya penyakit infeksi dan gizi kurang
- meningkatnya pelayanan kesehatan sehingga umur pasien DM menjadi lebih panjang.⁵⁷

Pada penelitian ini, DM banyak dialami oleh pasien dengan siklus keluarga usia pertengahan (44,4%) dan keluarga usia lanjut (38,2%). Hal ini sesuai dengan penelitian *National Health and Nutrition Examination Survey* tahun 1999-2002 di Amerika Serikat yang menunjukkan populasi yang banyak mengalami DM adalah kelompok usia 40-59 tahun (6,6%) dan ≥ 60 tahun (15,1%).⁵⁸ Hal yang sama juga dikemukakan oleh *National Diabetes Statistics*, bahwa kelompok usia yang paling banyak mengalami DM adalah ≥ 60 tahun (23,1%) dan diikuti dengan kelompok usia 40-59 tahun (10,8%).⁵⁹

Secara statistik, terdapat hubungan bermakna antara siklus keluarga usia pertengahan dan siklus keluarga usia lanjut dengan DM, yang berkaitan dengan usia sebagai salah satu faktor risiko DM. DM merupakan penyakit kronik yang dari munculnya faktor risiko hingga bermanifestasi sebagai DM membutuhkan waktu yang lama. Selain itu, studi epidemiologi menunjukkan bahwa DM lebih sering muncul setelah dekade ke-4.⁵⁷

Berdasarkan jumlah anak dalam keluarga, DM lebih banyak dialami oleh pasien dengan jumlah anak ≥ 5 (47,5%) daripada pasien dengan jumlah anak < 5 . Perbedaan ini bermakna secara statistik ($p = 0,001$). Di satu sisi, hal ini diasumsikan berkaitan dengan pola makan keluarga tersebut. Seperti yang telah disebutkan pada sub bab 5.3.3., anak-anak cenderung lebih suka mengonsumsi makanan tinggi kalori seperti *fast food* sehingga semakin banyak anak maka konsumsi *fast food* juga semakin meningkat yang pada akhirnya berdampak pada

obesitas. Dalam suatu studi dikatakan bahwa bersamaan dengan meningkatnya obesitas, prevalensi DM tipe 2 juga meningkat.⁵⁴ Namun di sisi lain, semakin banyak anak biasanya berkaitan dengan status ekonomi serta tingkat pendidikan yang rendah. Hal ini menyebabkan keluarga tersebut cenderung lebih sering mengkonsumsi makanan yang mengenyangkan (misalnya nasi) yang tinggi karbohidrat dan rendah protein. Keadaan ini juga menyebabkan meningkatnya risiko obesitas pada keluarga tersebut.⁵⁷

5.3.4. Gizi Kurang

Penelitian ini memperlihatkan bahwa sebanyak 22,6% pasien KDK FKUI tahun 2006-2008 mengalami gizi kurang. Menurut Survei Kesehatan Nasional (Susenas), prevalensi gizi kurang pada balita pada tahun 1989 adalah 37,5% dan menurun menjadi 24,7% pada tahun 2000 (Direktorat Gizi, 2001).

Berdasarkan hasil penelitian ini, gizi kurang banyak terdapat pada pasien dengan siklus keluarga dengan balita (37,3%) dan siklus keluarga dengan anak usia sekolah (33,3%). Temuan ini sesuai dengan data Susenas tahun 2003 yang menunjukkan prevalensi gizi kurang lebih banyak pada kelompok usia balita (27,5%) dan kelompok anak usia sekolah (36,1%) dibandingkan kelompok usia lainnya.^{60,61} Penelitian lain di Nigeria juga menunjukkan hasil yang tidak jauh berbeda, yakni dari remaja usia 10-19 tahun yang terkumpul, prevalensi gizi kurang terbanyak terdapat pada usia 12 tahun (66,7%) pada laki-laki dan usia 13 tahun (47,1%) pada perempuan.⁶²

Berdasarkan uji kemaknaan, terdapat hubungan bermakna antara siklus keluarga dengan balita dan siklus keluarga dengan anak usia sekolah dengan gizi kurang. Masih tingginya prevalensi gizi kurang pada anak terutama balita berhubungan dengan masih tingginya bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR). Prevalensi BBLR ini masih berkisar antara 7 sampai 14% pada periode 1990-2000. Gizi kurang pada anak merupakan suatu kondisi berkesinambungan yang bermula dari ibu hamil dengan anemia atau kurang energi kronis (KEK). Ibu hamil tersebut akan melahirkan bayi dengan berat lahir rendah, yang selanjutnya bayi tersebut akan tumbuh menjadi balita dengan gizi kurang dan anak dengan gangguan pertumbuhan.^{60,61}

Dari penelitian ini tidak didapatkan hubungan bermakna antara bentuk keluarga dengan gizi kurang. Namun penelitian lain di Nigeria menunjukkan bahwa prevalensi gizi kurang lebih tinggi pada remaja perempuan yang tinggal dalam keluarga *extended* (11,9%, $p < 0,05$) daripada mereka yang tinggal dalam keluarga *non-extended*.⁶² Perbedaan ini mungkin disebabkan oleh perbedaan jumlah sampel dan variabel penelitian.

Pada penelitian ini tidak ditemukan hubungan bermakna antara jumlah anggota keluarga dalam satu rumah dengan gizi kurang. Hasil yang serupa didapatkan oleh Dewiati dalam penelitiannya di Polokarto yang menyatakan terdapat pengaruh yang negatif antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita.⁶³ Penelitian di Nigeria juga mengemukakan hal yang sama, yakni tidak terdapat hubungan bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan gizi kurang baik pada remaja laki-laki maupun perempuan.⁶²

5.3.5. Tuberkulosis (TB)

Penelitian ini menunjukkan bahwa prevalensi TB di KDK FKUI tahun 2006-2008 adalah sebesar 18,2%. Penelitian lain menyebutkan bahwa prevalensi TB di Indonesia adalah 0,24%.⁶⁴

Masih banyaknya pasien yang mengalami TB di KDK FKUI menunjukkan bahwa angka kejadian TB di Jakarta masih cukup tinggi walaupun mulai terjadi perubahan pola penyakit dari penyakit infeksi ke penyakit degeneratif. Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa hal, antara lain:

- kemiskinan penduduk
- perubahan demografik dengan meningkatnya jumlah penduduk
- perlindungan kesehatan yang tidak cukup
- tidak memadainya pendidikan mengenai TB di antara para dokter
- kurangnya biaya untuk obat, diagnostik, dan pengawasan kasus TB
- adanya epidemi HIV terutama di Asia dan Afrika.⁶⁴

Dari penelitian ini diketahui bahwa TB banyak dialami oleh pasien dengan siklus keluarga dengan anak usia sekolah (28,1%). Hal ini berbeda dengan hasil survei Departemen Kesehatan RI tahun 2006, dimana kasus baru TB positif terbanyak di Indonesia adalah kelompok usia 25-34 tahun (23,25%), diikuti oleh

kelompok usia 35-44 tahun (19,8%) dan kelompok usia 45-54 tahun (18,47%).⁶⁵ Perbedaan ini dapat terjadi karena perbedaan besar sampel dan perbedaan jenis variabel yang diteliti.

Berdasarkan uji kemaknaan, terdapat hubungan bermakna antara siklus keluarga dengan anak usia sekolah dengan TB. Hal ini berkaitan dengan seringnya terpajan dengan dunia luar (lingkungan) sehingga lebih mudah terinfeksi TB. Ini sesuai dengan penelitian di USA, yang melaporkan prevalensi TB lebih banyak pada orang yang berada di luar rumah daripada mereka yang tinggal di dalam rumah.⁶⁶ Sistem imun yang belum kuat pada anak usia sekolah juga menyebabkan mudahnya terinfeksi TB. Hal ini didukung oleh pernyataan Depkes, bahwa 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).⁶⁷

Berdasarkan hasil penelitian ini, pasien dengan jumlah anak ≥ 5 lebih banyak yang mengalami TB (20%) daripada pasien dengan jumlah anak < 5 . Hal 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*.⁶⁸

Penelitian ini menunjukkan TB lebih banyak dialami oleh pasien dengan ≥ 10 orang anggota keluarga dalam satu rumah (23,8%) dibandingkan pasien dengan jumlah anggota lainnya. Hasil penelitian ini tidak bermakna secara statistik, namun sesuai dengan hasil penelitian di Afrika Barat tahun 1999 – 2001. Penelitian tersebut menyatakan risiko infeksi *M. tuberculosis* meningkat seiring dengan pertambahan jumlah anggota keluarga dalam satu rumah.⁶⁸ Penelitian lain di Gambia juga menyebutkan bahwa kepadatan penghuni rumah merupakan salah satu faktor meningkatnya risiko terinfeksi *M. tuberculosis* (Hill et al, 2006).⁶⁹

5.3.6. Infeksi Saluran Napas

Dari penelitian ini dapat diketahui bahwa dari 159 pasien yang datang ke KDK FKUI tahun 2006-2008, sebanyak 9,4% mengalami infeksi saluran napas, dimana sebagian besar pasien mengeluhkan gejala infeksi saluran napas akut

(ISPA). Angka ini tidak jauh berbeda dengan data Depkes tahun 2007, bahwa infeksi saluran napas merupakan penyakit yang paling banyak diderita oleh pasien rawat jalan di rumah sakit di Indonesia dengan persentase 9,05%.¹⁰

Besarnya prevalensi penyakit ini mungkin disebabkan oleh faktor demografis seperti meningkatnya jumlah penduduk dan faktor lingkungan seperti kurangnya ventilasi dalam rumah, asap rokok, dan kepadatan lingkungan rumah.⁷⁰

Penelitian ini menunjukkan bahwa infeksi saluran napas lebih banyak dialami oleh pasien dengan siklus keluarga dengan anak usia sekolah (12,3%). Sedangkan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 1997 (SKRT 1997) melaporkan bahwa angka kejadian ISPA lebih banyak pada kelompok usia 0-4 tahun (47,1%), diikuti dengan kelompok usia 5-15 tahun (29,5%) dan usia dewasa (23,8%). Perbedaan ini mungkin disebabkan perbedaan jumlah sampel dan pengkategorian usia.

Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan bermakna antara jumlah anak dalam keluarga dan jumlah anggota dalam satu rumah dengan ISPA. Hasil yang sama juga didapatkan pada penelitian tentang faktor risiko ISPA di Belanda tahun 2007 (Arianne et al, 2007).⁷¹

5.3.7. Penyakit Saluran Cerna

Dari penelitian ini dapat diketahui bahwa dari 159 pasien yang datang ke KDK FKUI tahun 2006-2008, sebanyak 8,2% mengalami penyakit saluran cerna dengan keluhan tersering adalah dispepsia. Dispepsia merupakan keadaan klinis yang sering dijumpai dalam praktik klinik sehari-hari. Diperkirakan hampir 30% kasus pada praktik umum dan 60% pada praktik *gastroenterologist* merupakan kasus dispepsia.⁷² Selain di Indonesia, dispepsia juga merupakan keluhan yang cukup banyak ditemui di daerah Asia Pasifik dengan prevalensi sekitar 10-20%.⁷³

Pada penelitian ini, penyakit saluran cerna banyak terjadi pada pasien dengan siklus keluarga balita (11,8%). Penelitian lain mengenai hubungan karakter demografis dengan pola penyakit di KDK FKUI tahun 2009 menunjukkan hasil yang mirip, bahwa penyakit saluran cerna lebih banyak dialami oleh pasien yang berusia 1-5 tahun (balita).⁵⁰

Penelitian ini tidak mendapatkan hubungan bermakna antara bentuk keluarga serta jumlah anak dan jumlah anggota keluarga dengan penyakit saluran cerna. Hasil penelitian ini mirip dengan hasil penelitian Talley dkk yang menyebutkan bahwa seseorang yang tidak menikah, orang tua yang berpisah, dan jumlah saudara tidak berpengaruh terhadap kejadian dispepsia esensial.⁷⁴

5.3.8. Alergi

Penelitian ini menunjukkan bahwa prevalensi penyakit alergi di KDK FKUI tahun 2006-2008 adalah sebesar 6,9%. Pada penelitian ini alergi banyak dijumpai pada pasien dengan siklus keluarga dengan bayi (25%) dan siklus keluarga dengan balita (15,7%). Meskipun angka kejadian alergi pada anak di Indonesia belum diketahui secara pasti, beberapa ahli memperkirakan sekitar 25-50% anak pernah mengalami alergi makanan.⁷⁵

Pada penelitian ini prevalensi alergi cenderung lebih rendah daripada sembilan penyakit terbanyak lainnya. Keadaan ini sesuai dengan data dari klinik pediatri yang menyebutkan bahwa angka kejadian alergi yang dilaporkan di negara berkembang masih rendah. Hal ini berkaitan dengan masih tingginya kesalahan diagnosis atau *under diagnosis* dan kurangnya perhatian terhadap alergi dibandingkan dengan penyakit infeksi saluran pernapasan atau diare yang dianggap lebih mematikan. Akibatnya terjadi kecenderungan gejala alergi pada anak diobati sebagai penyakit infeksi.⁷⁶

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan bermakna antara alergi dengan siklus keluarga dengan bayi ($p = 0,015$) dan siklus keluarga dengan balita ($p = 0,005$). Hal ini diasumsikan berkaitan dengan kurangnya pajanan terhadap mikroba sebagai akibat gaya hidup kebarat-baratan yang ekstra bersih (atau yang lebih dikenal dengan teori *hygiene hypothesis*) pada bayi dan balita.⁷⁷ Selain itu, Chmara dkk dalam penelitiannya menyebutkan setidaknya terdapat 5 faktor yang menyebabkan anak lebih mudah mengalami alergi, yaitu: a). kesadaran orang tua, b). kurangnya aktivitas di luar rumah, c). akses penuh pada sarana pelayanan kesehatan, d). kebiasaan merokok dalam keluarga, dan e). status nutrisi anak.⁷⁸