

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH  
No. DAFTAR : 012/PER-U MPI/2012.  
TANGGAL : 29-3-2012.

**KARAKTERISTIK PENDERITA DISPEPSIA  
DI INSTALASI RAWAT INAP PENYAKIT DALAM  
RS Tk.II Dr. AK GANI PALEMBANG  
PERIODE JANUARI-DESEMBER 2011**

**SKRIPSI**

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar  
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Oleh :  
**RIZKI AMELIA**  
**NIM : 70 2008 010**



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG  
2012**



## HALAMAN PENGESAHAN

### KARAKTERISTIK PENDERITA DISPEPSIA DI INSTALASI RAWAT INAP PENYAKIT DALAM RS Tk.II Dr. AK GANI PALEMBANG PERIODE JANUARI-DESEMBER 2011

Dipersiapkan dan disusun oleh

**Rizki Amelia**

**NIM: 70 2008 010**

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar  
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Pada tanggal 9 Maret 2012

**Menyetujui :**



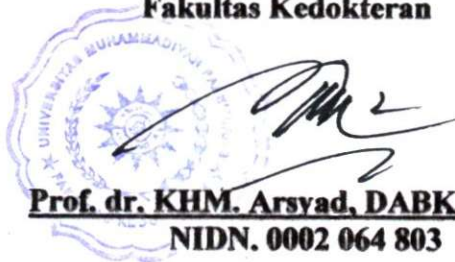
**dr. Hj. Siti Hildani Thaib, M.Kes**  
**Pembimbing Pertama**



**dr. Rista Silvana**  
**Pembimbing Kedua**

**Dekan**

**Fakultas Kedokteran**



**Prof. dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp.And**  
**NIDN. 0002 064 803**

## PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa:

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, 9 Maret 2012

Yang membuat pernyataan



Rizki Amelia  
NIM. 70 2008 010



## HALAMAN PERSEMBAHAN

*Sabarlah menghadapi hari-hari yang sulit, karena kesulitan itu ada akhirnya..  
Tidaklah kesabaran itu terwujud kecuali pada orang yang memiliki kemuliaan..*

**Skripsi ini khusus kupersembahkan untuk :**

- ♥ ALLAH SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya kepadaku, serta Nabi Muhammad SAW yang menjadi teladan bagiku.
- ♥ Prof. Dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp. And, dan rekan-rekannya terima kasih telah mendirikan Fakultas Kedokteran Muhammadiyah sehingga kami dapat menuntun ilmu disini.
- ♥ Kolonel CKM drg. Nirwan Husni Lubis, SpBM, MARS, terima kasih telah memberi izin untuk melakukan penelitian di RS TK.II dr. AK Gani Palembang.
- ♥ Mbak Fitri dan staf Yanmed RS TK.II dr.AK Gani Palembang, yang telah membantu dalam proses pengambilan data untuk penelitian.
- ♥ Kolonel CKM dr. H. K.A. Rohim dan Hj. Marsulin, Papa dan Mamaku tercinta, terima kasih atas semua doa, dukungan, dan kasih sayang yang telah kalian berikan kepadaku.
- ♥ Miranda Kartika Sari dan M.Nur Hidayat, adik-adik ku tersayang, terima kasih atas doa dan dukungan yang telah kalian berikan.
- ♥ Hj.Nursimah, nenekku tercinta yang selalu memberi doa dan dukungan yang tulus kepadaku.
- ♥ Dr. Siti Hildani Thaib, M.Kes dan dr. Rista Silvana selaku dosen pembimbingku, terima kasih atas pikiran, tenaga dan waktu yang kalian berikan dengan ikhlas untuk membantu kelancaran pembuatan skripsi ini.
- ♥ Dr. H. Safyudin, M.Biomed selaku dosen penguji, terima kasih atas ilmu dan saran dalam pembuatan skripsi ini.
- ♥ Dony Satya Nugraha, terimakasih telah menyayangiku dengan tulus dan selalu menjadi penyemangatku. Selalu disampingku disaat sedih maupun senang.
- ♥ Putri Marlioni, Farah Dibah, R.A. Reizkhi Fitriyana, Ivan Rayka, kalian adalah saudara terbaikku. Terima kasih atas keceriaan yang kalian berikan,



- ♥ Apresia Kharisma Lady Fadillah, Aryanti, Reni Apriliana, Diani Wulan Dona, kalian adalah sahabat terbaikku. Tetap bersama ya gendud-gendud sampai nanti.
- ♥ Shinta Anggraini, Miranti Dwi Hartanti, Imas Kartika Dewi, Wieke Anggraini, Indah Septiana, terima kasih atas bantuan dan saran-saran yang telah kalian berikan dalam semua hal.
- ♥ Teman-teman angkatan 2008, terima kasih atas kebersamaan dan kenangan yang takkan pernah terganti.



**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG  
FAKULTAS KEDOKTERAN**

**SKRIPSI, MARET 2012  
RIZKI AMELIA**

**Karakteristik Penderita Dispepsia di Instalasi Rawat Inap Penyakit Dalam  
RS Tk.II dr.AK Gani Palembang**

**xiii + 60 halaman + 10 tabel + 3 gambar + 7 diagram**

**ABSTRAK**

Dispepsia merupakan kumpulan gejala atau sindrom yang terdiri dari nyeri ulu hati, mual, kembung, muntah, rasa penuh, atau cepat kenyang, dan sendawa. Keluhan ini sangat bervariasi, baik dalam jenis gejala maupun intensitas gejala tersebut dari waktu ke waktu. Dispepsia organik jarang ditemukan pada usia muda, tetapi banyak ditemukan pada usia lebih dari 40 tahun. Dispepsia fungsional atau dispepsia non-organik merupakan dispepsia yang tidak ada kelainan organik tetapi merupakan kelainan fungsi dari saluran makanan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik penderita dispepsia di instalasi rawat inap penyakit dalam RS Tk.II dr. AK Gani Palembang periode Januari-Desember 2011. Penelitian ini bersifat deskriptif kuantitatif. Populasi sebanyak 733 orang dan sampel sebanyak 94 orang yang diambil secara Systematic Random Sampling. Teknik pengolahan dan analisa data secara manual yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi proporsi, diagram, dan narasi.

Hasil penelitian ini adalah angka kejadian dispepsia selama bulan Januari-Desember 2011 adalah 5,94%. Jenis dispepsia organik 85 orang (90,4%), jenis kelamin perempuan 54 orang (57,4%), umur >50 tahun 40 orang (42,5%), pensiunan 30 orang (31,9%). Bila dihubungkan antara jenis dispepsia dan setiap karakteristik maka dispepsia organik paling banyak diderita pada laki-laki yaitu 37 orang (92,5%), kelompok umur 41-50 tahun yaitu 16 orang (100%) dan > 50 tahun yaitu 60 orang (100 %), jenis pekerjaan pegawai negeri sipil 16 orang (100%), wiraswasta 4 orang (100%), pensiunan 30 orang (100%), dan pengangguran 3 orang (100%). Sedangkan dispepsia fungsional paling banyak diderita pada perempuan yaitu 48 orang (88,9%), kelompok umur ≤ 20 tahun yaitu 2 orang (33,3%), jenis pekerjaan TNI yaitu 4 orang (30,8%).

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka dapat disimpulkan bahwa karakteristik penderita dispepsia yang paling banyak terdapat di RS Tk.II dr.AK Gani adalah jenis dispepsia organik, jenis kelamin perempuan, umur >50 tahun, dan pekerjaan pensiunan. Dispepsia organik paling banyak diderita pada laki-laki, umur > 40 tahun, pekerjaan pegawai negeri sipil, wiraswasta, pensiunan, dan pengangguran. Dispepsia fungsional paling banyak diderita pada perempuan, umur ≤ 20 tahun, dan pekerjaan TNI.

**Referensi : 38 (1975-2011)**

**Kata Kunci: Dispepsia, Karakteristik Penderita**

**UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG  
MEDICAL FACULTY**

**SKRIPSI, MARCH 2012  
RIZKI AMELIA**

**Characteristics Of Patients With Dyspepsia In The Installation Of Inpatient  
Internal Medicine RS Tk.II dr. AK Gani Palembang**

**xiii + 60 page + 10 table + 3 picture + 7 diagram**

***ABSTRACT***

*Dyspepsia is syndrome consists of heartburn, nausea, bloating, vomiting, feeling of fullness, or early satiety, and belching. These complaints are varies, based on type of symptoms or intensity of symptoms time to time. Organic dyspepsia rarely found on young persons, but commonly on up 40's persons. Functional dyspepsia or non-organic dyspepsia is dyspepsia without organic abnormalities but dysfunction of feeding channel way.*

*This research aims to identify characteristics of patients with dyspepsia in the installation of inpatient internal medicine RS Tk.II dr. AK Gani Palembang period January - December 2011. This research is a quantitative descriptive. 733 patients as population and 94 persons as sample that choosen by Systematic Random Sampling. Processing techniques and data analysed manually and presented on proportion distribution table, diagram, and narration.*

*Results in this research found the dyspepsia incidence during January - December 2011 was 3,56%. Organic dyspepsia 85 people (90.4%). Female 54 (57.4%), age > 50 years of 40 people (42.5%), retired 30 people (31.9%). When connected between the type of dyspepsia and any characteristics of the organic dyspepsia were most common in men is 37 people (92.5%), age group 41-50 years is 16 people (100%) and > 50 years of 60 people (100 %), civil service occupations 16 people (100%), self-employed 4 people (100%), retired 30 people (100%) and 3 unemployed people (100%). While the most common functional dyspepsia among women is 48 people (88.9%), ≤ 20 years age group is 2 people (33.3%), military occupations of 4 people (30.8%).*

*Based on these results, it can be concluded that the characteristics of patients with dyspepsia were most numerous in RS Tk.II dr.AK Gani is a type of organic dyspepsia, female gender, age > 50 years, and retired work. Organic dyspepsia most common in men, age > 40 years, the work of civil servants, entrepreneurs, retirees, and unemployed. Functional dyspepsia were most common in women, age ≤ 20 years, and the work of the TNI.*

**Reference : 38 (1975-2011)**

**Keywords: Dyspepsia, Characteristics of Patients**



## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis memanjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Karakteristik Penderita Dispepsia di Instalasi Rawat Inap Penyakit Dalam RS Tk.II dr.AK Gani Palembang Periode Januari-Desember 2011”, sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked). Shalawat dan salam selalu tercurah kepada Rasulullah Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, dan pengikutnya sampai akhir zaman.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sebagai bahan pertimbangan perbaikan di masa mendatang.

Dalam penyelesaian skripsi ini, penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan saran dari berbagai pihak, baik yang diberikan secara lisan maupun tulisan. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada:

1. Prof. dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp.And, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.
2. Kolonel CKM drg. Nirwan Husni Lubis, SpBM, MARS, selaku Kepala Rumah Sakit Tk.II dr. AK Gani Palembang atas perizinan pengambilan data penelitian.
3. dr. Hj. Siti Hildani Thaib, M.Kes, selaku Pembimbing 1 yang telah memberikan banyak ilmu, saran, dan bimbingan dalam penyelesaian skripsi ini.
4. dr. Rista Silvana, selaku Pembimbing 2 yang telah memberikan banyak ilmu, saran, bimbingan, dan dukungan dalam penyelesaian skripsi ini.
5. dr. H. Safyudin, M.Biomed, selaku penguji yang telah memberikan banyak ilmu, kritik dan saran dalam penyelesaian skripsi ini.
6. Seluruh pihak rekam medik dan staf RS Tk.II dr. AK Gani Palembang atas saran dan informasi selama pelaksanaan penelitian.
7. Seluruh staf dosen dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang atas ilmu, bimbingan, saran, dan dukungan selama penyelesaian penelitian.
8. Orang tua dan saudaraku tercinta yang telah banyak membantu dengan doa yang tulus dan memberikan bimbingan moral maupun spiritual.
9. Rekan sejawat seperjuangan serta semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua dan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran. Semoga selalu dalam lindungan Allah SWT. Amin.

Palembang, 9 Maret 2012

Penulis



## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b>	
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>i</b>
<b>PERNYATAAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GRAFIK</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	3
1.3. Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1. Tujuan Umum .....	3
1.3.2. Tujuan Khusus .....	3
1.4. Manfaat Penelitian .....	3
1.4.1. Bagi Peneliti .....	3
1.4.2. Bagi Instansi RS Tk.II dr. AK Gani Palembang .....	4
1.4.3. Bagi Fakultas Kedokteran Univ.Muhammadiyah Palembang .....	4
1.4.4. Bagi Pelayanan Masyarakat .....	4
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Landasan Teori .....	5
2.1.1. Dispepsia .....	5
A. Definisi Dispepsia .....	5
B. Anatomi Fisiologi Lambung.....	5
C. Patofisiologi Dispepsia.....	7
D. Etiologi Dispepsia .....	9
E. Jenis Dispepsia .....	14
1. Dispepsia Organik .....	14
2. Dispepsia Fungsional .....	17
F. Gejala Klinik Dispepsia .....	17
G. Epidemiologi Dispepsia .....	18
H. Faktor Risiko Dispepsia .....	19
I. Pemeriksaan Penunjang Dispepsia .....	22
J. Penatalaksanaan Dispepsia .....	23
2.1.2. Rekam Medik .....	27
A. Pengertian Rekam Medik .....	27

B. Isi Rekam Medik .....	28
C. Jenis Rekam Medik .....	28
D. Manfaat Rekam Medik .....	28
2.2. Kerangka Teori .....	30
<b>BAB III. METODE PENELITIAN</b>	
3.1. Jenis Penelitian .....	31
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian .....	31
3.3. Populasi dan Sampel .....	31
3.3.1. Populasi .....	31
3.3.2. Sampel dan Besar Sampel .....	31
3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi .....	32
3.3.4. Cara Pengambilan Sampel .....	32
3.4. Variabel Penelitian .....	33
3.4.1. Variabel Dependent .....	33
3.4.2. Variabel Independent .....	33
3.5. Definisi Operasional .....	33
3.6. Cara Pengumpulan Data .....	35
3.7. Cara Pengolahan dan Analisis Data .....	36
3.8. Alur Penelitian .....	37
<b>BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1. Hasil Penelitian dan Pembahasan .....	38
4.2. Angka Kejadian Dispepsia di Instalasi Rawat Inap RS Tk.II dr. AK Gani Palembang Periode Januari-Desember 2011 .....	38
4.3. Karakteristik Subyek Penelitian .....	38
4.3.1. Jenis Dispepsia .....	39
4.3.2. Jenis Kelamin .....	40
4.3.3. Umur .....	41
4.3.4. Pekerjaan .....	42
4.3.5. Distribusi Jenis Dispepsia berdasarkan Jenis Kelamin .....	43
4.3.6. Distribusi Jenis Dispepsia berdasarkan Umur .....	45
4.3.7. Distribusi Jenis Dispepsia berdasarkan Pekerjaan .....	46
<b>BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1. Kesimpulan .....	49
5.2. Saran .....	50
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>51</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>55</b>
<b>RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>61</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1. Hasil Pemeriksaan Esofagogastroduodenoskopi .....	10
2.2. Golongan obat yang diterapkan pada farmakoterapi dispepsia .....	26
2.3. Golongan obat baru pada pengobatan dispepsia .....	26
4.1. Distribusi frekuensi berdasarkan jenis dispepsia pada penderita dispepsia ..	39
4.2. Distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin pada penderita dispepsia ....	40
4.3. Distribusi frekuensi berdasarkan umur pada penderita dispepsia .....	41
4.4. Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan pada penderita dispepsia .....	42
4.5. Distribusi frekuensi jenis dispepsia berdasarkan jenis kelamin .....	43
4.6. Distribusi frekuensi jenis dispepsia berdasarkan umur .....	45
4.7. Distribusi frekuensi jenis dispepsia berdasarkan pekerjaan .....	47

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1. Anatomi Lambung .....	6
2.2. Ulkus Peptikum .....	11
2.3. Kerangka Teori .....	30
2.4. Diagram Alur Penelitian .....	37



## DAFTAR DIAGRAM

Diagram	Halaman
4.1. Diagram frekuensi berdasarkan jenis dispepsia pada penderita dispepsia ...	39
4.2. Diagram frekuensi berdasarkan jenis kelamin pada penderita dispepsia .....	41
4.3. Diagram frekuensi berdasarkan umur pada penderita dispepsia .....	42
4.4. Diagram frekuensi berdasarkan pekerjaan pada penderita dispepsia .....	43
4.5. Diagram frekuensi jenis dispepsia berdasarkan jenis kelamin .....	44
4.6. Diagram frekuensi jenis dispepsia berdasarkan umur .....	45
4.7. Diagram frekuensi jenis dispepsia berdasarkan pekerjaan .....	47

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Surat Pengantar dari Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang untuk Izin Penelitian di RS Tk.II dr. AK Gani Palembang .....	55
2. Surat Izin Penelitian dari RS Tk.II dr.AK Gani Palembang .....	56
3. Kartu Aktivitas Bimbingan Skripsi.....	57
4. Data Responden .....	58



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Dispepsia merupakan kumpulan gejala atau sindrom yang terdiri dari nyeri ulu hati, mual, kembung, muntah, rasa penuh, atau cepat kenyang, dan sendawa. Keluhan ini sangat bervariasi, baik dalam jenis gejala maupun intensitas gejala tersebut dari waktu ke waktu (Djojoningrat, 2007).

Dispepsia disebabkan oleh hipersekresi asam lambung, infeksi *Helicobacter pylori*, dismotilitas gastrointestinal, dan hipersensitivitas viseral (Djojoningrat, 2006). Penelitian tentang gejala gastrointestinal menunjukkan bahwa makan yang terburu-buru, makan sebelum tidur, jeda antara jadwal makan yang lama dan ketidakteraturan makan berkaitan dengan gejala dispepsia (Reshetnikov, 2007).

Penelitian yang dilakukan pada populasi umum didapatkan bahwa 15-30% orang dewasa pernah mengalami dispepsia selama beberapa hari. Data dari luar negeri didapatkan angka prevalensi dispepsia berkisar 7-41%, tapi hanya 10-20% yang mencari pertolongan medis. Angka insidens dispepsia diperkirakan antara 1-8%. Belum ada data epidemiologi di Indonesia (Djojoningrat, 2007).

Penelitian yang dilakukan di Ethiopia antara bulan April 2009 – Juni 2009 dengan menggunakan studi *case-control* pada 238 penderita rawat jalan ( 119 penderita dispepsia dan 119 kontrol asimtomatik) ditemukan infeksi *Helicobacter pylori* pada 53% (63/119) penderita dispepsia dan 39% (46/119) kontrol asimtomatik. Pada penderita dispepsia, prevalensi infeksi *Helicobacter pylori* paling banyak pada kelompok usia 54-61 tahun (75%), diikuti oleh kelompok usia 30-37 tahun (72%). Sedangkan pada kontrol asimtomatik, prevalensi infeksi *Helicobacter pylori* paling banyak pada kelompok usia 38-45 tahun (61%), diikuti oleh 54-61 tahun (60%) (Taddesse dkk, 2011).

Di Amerika, prevalensi dispepsia cukup besar yaitu sekitar 25%. Di Skandinavia, angka kejadian rata-rata yang dilaporkan hanya 1% selama 3 bulan (Talley dkk, 2005). Prevalensi dispepsia terendah (7%-8%) berada di Singapura

dan Asia Tenggara, di Skandinavia (14,5% dan 18,4%), di Amerika (23%-25,8%), populasi di India (30,4%), dan prevalensi tertinggi di Selandia Baru (34,2%) (Mahadeva dan Goh, 2006).

Data pada tahun 2009, pada pemeriksaan endoskopi yang dilakukan di bagian Endoskopi RS Wahidin Sudirohusodo Makassar, penderita yang melakukan endoskopi sebanyak 236 orang yang terdiri dari 143 orang laki-laki dan 93 orang wanita. Dari data tersebut ditemukan bahwa dispepsia organik lebih banyak pada laki-laki sedangkan dispepsia fungsional lebih banyak pada wanita. Demikian pula pada pemeriksaan endoskopi saluran cerna bagian atas terhadap 1615 penderita dengan dispepsia kronik pada Subbagian Gastroenterologi rumah sakit pendidikan Makassar. Ditemukan prevalensi tukak duodenum sebanyak 14%, tukak duodenum dan tukak lambung sebanyak 5%, umur terbanyak 45 – 65 tahun dengan kecenderungan semakin tua umur, prevalensi semakin meningkat (Ulung dkk, 2011).

Di RSUD Sungailiat kabupaten Bangka tahun 2008, penderita dispepsia berada di urutan kedua terbanyak untuk penderita rawat inap dengan proporsi 6,3% (441 kasus) dan di urutan ketiga untuk penderita rawat jalan dengan proporsi 9,9% (595 kasus) (RSUD Sungailiat, 2008).

Penelitian di RS Martha Friska Medan yang dilakukan oleh Yanti Harahap didapatkan bahwa yang paling banyak menderita dispepsia adalah umur > 50 tahun. Sedangkan untuk jenis kelamin banyak diderita oleh perempuan yang rata-rata sebagai ibu rumah tangga (Harahap, 2009).

Data di atas dapat memperlihatkan bahwa penderita dispepsia cukup banyak. Dalam penelitian yang dilakukan di RS Tk.II dr. AK Gani Palembang ini, kemungkinan banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya dispepsia diantaranya merokok, alkohol, NSAID, infeksi *Helicobacter pylori*, pola makan, sosial ekonomi, dan psikologis.

Berdasarkan insiden yang telah disebutkan di atas maka perlu dilakukan penelitian tentang karakteristik penderita dispepsia di instalasi rawat inap penyakit dalam RS Tk.II dr. AK Gani Palembang periode Januari-Desember 2011 yang



bertujuan untuk mengetahui bagaimana karakteristik dispepsia yang terdapat di RS tersebut.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah yang telah disebutkan di atas, dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut.

Bagaimanakah karakteristik penderita dispepsia di instalasi rawat inap penyakit dalam RS Tk.II dr. AK Gani Palembang periode Januari-Desember 2011?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Diketahui karakteristik penderita dispepsia di instalasi rawat inap penyakit dalam RS Tk.II dr. AK Gani Palembang periode Januari-Desember 2011.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

Yang menjadi tujuan khusus dalam penelitian ini adalah:

1. Dihitung angka kejadian dispepsia di instalasi penyakit dalam RS Tk.II dr. AK Gani Palembang .
2. Ditentukan persentase masing-masing jenis dispepsia berdasarkan karakteristik penderita dispepsia yang ada di RS Tk.II dr. AK Gani Palembang.

## **1.4. Manfaat Penelitian**

### **1.4.1. Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman serta membuktikan kesesuaian antara hasil penelitian dengan teori yang diuraikan, dan dapat menjadi data awal atau penelitian pendahuluan bagi penelitian selanjutnya yang sejenis atau terkait.

**1.4.2. Bagi Instansi RS Tk.II dr. AK Gani Palembang**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data epidemiologi RS Tk.II dr. AK Gani Palembang.

**1.4.3. Bagi Fakultas Kedokteran Univ. Muhammadiyah Palembang**

Sebagai bahan dokumentasi yang bisa bermanfaat bagi Fakultas Kedokteran Muhammadiyah Palembang.

**1.4.4. Bagi Pelayanan Kesehatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi masyarakat tentang dispepsia.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Landasan Teori**

##### **2.1.1. Dispepsia**

###### **A. Definisi Dispepsia**

Dispepsia adalah sebuah turunan kata bahasa Yunani yang artinya *indigestion* atau kesulitan dalam mencerna. Semua gejala-gejala gastrointestinal yang berhubungan dengan masukan makanan disebut dispepsia, contohnya mual, *heartburn*, nyeri epigastrium, rasa tidak nyaman, atau distensi (Davidson, 1975).

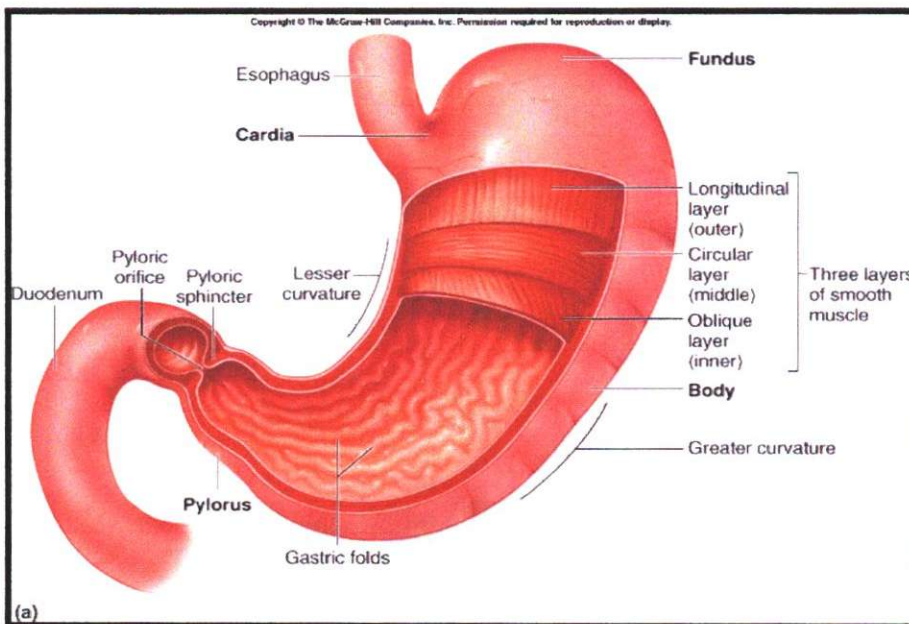
Dispepsia merupakan kumpulan gejala atau sindrom yang terdiri dari nyeri ulu hati, mual, kembung, muntah, rasa penuh, atau cepat kenyang, dan sendawa. Keluhan ini sangat bervariasi, baik dalam jenis gejala maupun intensitas gejala tersebut dari waktu ke waktu (Djojoningrat, 2007).

Dispepsia dapat muncul meskipun tidak ada perubahan struktural pada saluran cerna, yang biasanya dikenal sebagai 'fungsional' dan gejalanya dapat berasal dari psikologis ataupun akibat intoleransi terhadap makanan tertentu. Di sisi lain, dispepsia dapat merupakan gejala dari gangguan organik pada saluran cerna, dan dapat juga disebabkan oleh gangguan di sekitar dari saluran cerna, misalnya pankreas, kandung empedu, dan sebagainya (Davidson, 1975).

###### **B. Anatomi Fisiologi Lambung**

Anatomi makroskopik lambung diperlihatkan dalam Gambar 2.1. Mukosa lambung mengandung banyak kelenjar. Di daerah pilorus dan kardial, kelenjar mensekresikan mukus. Di korpus lambung, termasuk fundus, kelenjar mengandung sel parietal (oksintik) yang mensekresikan asam hidroklorida dan faktor intrinsik, dan *chief cell* (sel zimogen, sel peptik) yang mensekresikan pepsinogen (Ganong, 2003).

Sel-sel kelenjar lambung mensekresikan sekitar 2500 ml cairan lambung setiap hari. Cairan lambung ini mengandung bermacam-macam zat, diantaranya adalah HCl dan pepsinogen. HCl yang disekresikan oleh kelenjar di korpus lambung membunuh sebagian besar bakteri yang masuk, membantu pencernaan protein, menghasilkan pH yang diperlukan pepsin untuk mencerna protein, serta merangsang aliran empedu dan cairan pankreas. Asam ini cukup pekat untuk dapat menyebabkan kerusakan jaringan, tetapi pada orang normal mukosa lambung tidak mengalami iritasi karena sebagian cairan lambung juga mengandung mukus (Ganong, 2003).



Gambar 2.1. Anatomi Lambung

Sumber : (Kellogg Community College, 2005).

Sekresi lambung dikatakan terjadi dalam tiga fase, yaitu fase sefalik, fase gastrik, dan fase intestinal (Guyton dan Hall, 2008).

Fase sefalik dari sekresi lambung berlangsung bahkan sebelum makanan masuk ke dalam lambung, terutama sewaktu makanan sedang dikonsumsi. Fase ini timbul akibat melihat, membaui, membayangkan, atau mencicipi makanan. Semakin besar nafsu makan, semakin kuat rangsangan itu timbul. Sinyal neurogenik yang menyebabkan fase sefalik dari sekresi lambung berasal dari korteks serebri dan pada pusat nafsu makan di



amigdala dan hipotalamus. Sinyal ditransmisikan melalui nukleus motorik dorsalis nervus vagus dan dari tempat sebelumnya melalui nervus vagus ke lambung. Fase sekresi ini normalnya menghasilkan sekitar 20% sekresi lambung yang berkaitan dengan konsumsi makanan (Guyton dan Hall, 2008).

Fase gastrik terjadi saat makanan masuk ke lambung dan membangkitkan refleksi vasovagal yang panjang dari lambung ke otak dan kembali ke lambung, refleks enterik setempat, dan mekanisme gastrin, yang semuanya kemudian menyebabkan terjadinya sekresi getah lambung selama beberapa jam ketika makanan berada di dalam lambung. Fase gastrik dari sekresi membentuk sekitar 70% dari total sekresi lambung yang berkaitan dengan konsumsi makanan dan karena itu merupakan sebagian besar dari total sekresi lambung sehari-hari, yaitu sebanyak 1500 ml (Guyton dan Hall, 2008).

Fase intestinal merupakan keberadaan makanan di bagian atas usus halus, khususnya pada duodenum, akan terus mengakibatkan lambung menyekresi sejumlah kecil getah pencernaan, mungkin sebagian akibat sejumlah kecil gastrin yang dilepaskan oleh mukosa duodenum (Guyton dan Hall, 2008).

### **C. Patofisiologi Dispepsia**

Patofisiologi dispepsia terutama dispepsia fungsional dapat terjadi karena bermacam-macam penyebab dan mekanismenya. Patofisiologinya yang dapat dibahas disini adalah sebagai berikut. (Djojoningrat, 2007)

#### **A. Sekresi Asam Lambung**

Kasus dengan dispepsia fungsional, umumnya terdapat peningkatan sekresi asam lambung. Diduga adanya peningkatan sensitivitas mukosa lambung terhadap asam yang menimbulkan rasa tidak enak di perut.

#### **B. *Helicobacter pylori* (Hp)**

Peran infeksi *Helicobacter pylori* (Hp) pada dispepsia fungsional belum sepenuhnya dimengerti dan diterima. Dari berbagai laporan,

infeksi Hp pada dispepsia fungsional sekitar 50% dan tidak berbeda bermakna dengan angka kejadian infeksi Hp pada kelompok orang sehat. Mulai ada kecenderungan untuk melakukan eradikasi Hp pada dispepsia fungsional dengan Hp positif yang gagal dengan pengobatan konservatif baku.

#### C. Dismotilitas Gastrointestinal

Berbagai studi melaporkan bahwa pada dispepsia fungsional terjadi perlambatan pengosongan lambung dan adanya hipomotilitas antrum (sampai 50% kasus), tapi harus dimengerti bahwa proses motilitas gastrointestinal merupakan proses yang sangat kompleks, sehingga gangguan pengosongan lambung tidak dapat mutlak mewakili hal tersebut.

#### D. Ambang Rangsang Persepsi

Dinding usus mempunyai berbagai reseptor, termasuk reseptor kimiawi, reseptor mekanik, dan *nociceptor*. Berdasarkan studi, kasus dispepsia ini mempunyai hipersensitivitas viseral terhadap distensi balon di gaster dan duodenum. Mekanismenya masih belum dipahami. Penelitian dengan menggunakan balon intragastrik mendapatkan hasil pada 50% populasi dengan dispepsia fungsional sudah timbul rasa nyeri atau tidak nyaman di perut pada inflasi balon dengan volume yang lebih rendah dibandingkan volume yang menimbulkan rasa nyeri pada populasi kontrol.

#### E. Disfungsi Autonom

Disfungsi persarafan vagal diduga berperan dalam hipersensitivitas gastrointestinal pada kasus dispepsia fungsional. Adanya neuropati vagal juga diduga berperan dalam kegagalan relaksasi bagian proksimal lambung waktu menerima makanan, sehingga menimbulkan gangguan akomodasi lambung dan rasa cepat kenyang.

#### F. Diet dan Faktor Lingkungan

Intoleransi makanan dilaporkan lebih sering terjadi pada kasus dispepsia fungsional dibandingkan kasus kontrol.

#### G. Psikologis

Stres akut dapat mempengaruhi fungsi gastrointestinal dan mencetuskan keluhan pada orang sehat. Dilaporkan adanya penurunan kontraktilitas lambung yang mendahului keluhan mual setelah stimulus stres sentral. Korelasi antara faktor psikologis stres kehidupan, fungsi autonom, dan motilitas tetap masih kontroversial. Tidak didapatkan kepribadian yang karakteristik untuk kelompok dispepsia dibandingkan dengan kelompok kontrol, walaupun dilaporkan dalam studi terbatas adanya kecenderungan masa kecil yang tidak bahagia, adanya *sexual abuse*, atau adanya gangguan psikiatrik pada kasus dispepsia fungsional.

#### D. Etiologi Dispepsia

Dispepsia dapat disebabkan oleh berbagai penyakit, baik yang bersifat organik, maupun yang fungsional (Djojoningrat, 2007).

- A. Esofago-gastro-duodenal : Tukak peptik, gastritis kronis, gastritis NSAID
- B. Obat-obatan : NSAID, antibiotik
- C. Hepatobilier : Hepatitis, kolesistitis, kolelitiasis
- D. Pankreas : Pankreatitis
- E. Penyakit sistemik : Diabetes mellitus, penyakit tiroid, gagal ginjal, penyakit jantung koroner
- F. Gangguan fungsional : dispepsia fungsional, *irritable bowel syndrome*

Berdasarkan hasil pemeriksaan esofagogastroduodenoskopi pada 591 kasus dispepsia di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta, ditemukan adanya lesi pada esophagus, gaster, duodeni, dan lain-lain diperlihatkan



pada tabel 2.1. Sebagian besar ditemukan kasus dispepsia dengan hasil esofagogastroduodenoskopi yang normal (Djojoningrat, 2007).

Tabel 2.1. Hasil Pemeriksaan Esofagogastroduodenoskopi pada 591 Kasus Dispepsia di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Hasil	Jumlah kasus	%
Normal	168	28,43
Esofagitis	35	5,91
Gastritis	295	49,91
Ulkus gaster	13	2,20
Ulkus duodeni	21	3,55
Tumor esofagus	1	0,16
Tumor gaster	6	1,01
Lain-lain	52	8,83

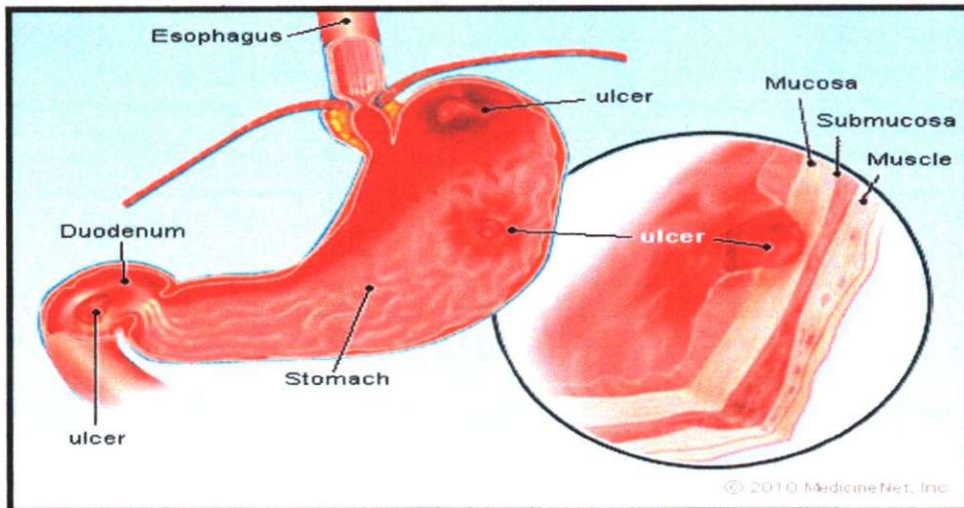
Sumber: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, 2007).

Keterangan: Data Divisi Gastroenterologi Departemen Ilmu Penyakit Dalam tahun 1994.

Ulkus peptikum adalah putusnya kontinuitas mukosa lambung yang meluas sampai dibawah epitel diperlihatkan dalam Gambar 2.2. Kerusakan mukosa yang tidak meluas sampai ke bawah epitel disebut sebagai erosi, walaupun sering dianggap juga sebagai ulkus (Price dan Wilson, 2006).

Ulkus stres adalah erosi lambung atau duodenum yang terjadi akibat stres psikologis atau fisiologis yang berlangsung lama. Ulkus stres secara klinis biasanya terdapat pada perdarahan masif atau perforasi lambung. Ulkus stres merupakan 5% dari semua kasus perdarahan ulkus peptikum. Perdarahan masif akibat alkohol yang mengakibatkan gastritis erosif akut juga merupakan masalah yang sering terjadi (Price dan Wilson, 2006).





Gambar 2.2. Ulkus peptikum

Sumber: (MedicineNet, Inc)

Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus, atau lokal. Dua jenis gastritis yang paling sering terjadi adalah gastritis superfisial akut dan gastritis atrofik kronis (Price dan Wilson, 2006).

Gastritis akut terjadi karena adanya respons mukosa lambung terhadap berbagai iritan lokal. Infeksi *Helicobacter pylori* lebih sering dianggap sebagai penyebab gastritis akut. Organisme tersebut melekat pada epitel lambung dan menghancurkan lapisan mukosa pelindung, meninggalkan daerah epitel yang rata. Obat lain juga terlibat, misalnya *non steroid anti-inflammatory drug* (NSAID; misalnya indometasin, ibuprofen, naproksen), sulfonamida, steroid (Price dan Wilson, 2006).

Gastritis atrofik kronis ditandai dengan atrofi progresif epitel kelenjar disertai kehilangan sel parietal dan *chief cell*. Dinding lambung menjadi tipis, dan mukosa mempunyai permukaan yang rata (Price dan Wilson, 2006).

Gastritis atrofik kronis mempunyai ciri-ciri khusus yaitu terjadi inflamasi pada hampir seluruh mukosa, seringkali sangat berat berupa atropi atau metaplasia pada daerah antrum dan korpus. Gastritis atrofik kronis

merupakan faktor risiko penting displasia epitel mukosa dan karsinoma gaster (Hirlan, 2007).

Pemakaian NSAID (*non steroid anti-inflammatory drug*) mempunyai efek samping terjadinya dispepsia, *gastroduodenal ulcers*, dan perdarahan atau perforasi. NSAID bila dikonsumsi dalam dosis tinggi atau rendah dapat menimbulkan komplikasi gastrointestinal. NSAID dibagi menjadi beberapa golongan, yaitu golongan salisilat (diantaranya aspirin/asam asetilsalisilat, metil salisilat, magnesium salisilat, salisil salisilat, dan salisilamid), golongan asam arilalkanoat (diantaranya diklofenak, indometasin, proglumetasin, dan oksametasin), golongan profen/asam 2-arilpropionat (diantaranya ibuprofen, alminoprofen, fenbufen, indoprofen, naproxen, dan ketorolac), golongan asam fenamat/asam N-arilantranilat (diantaranya asam mefenamat, asam flufenamat, dan asam tolfenamat), golongan turunan pirazolidin (diantaranya fenilbutazon, ampiron, metamizol, dan fenazon), golongan oksikam (diantaranya piroksikam, dan meloksikam), golongan penghambat COX-2 (celecoxib, lumiracoxib), golongan sulfonanilida (nimesulide), serta golongan lain (licofelone dan asam lemak omega 3). Konsumsi alkohol juga dapat memperberat komplikasi (Medscape, 2011).

Hepatitis merupakan suatu penyakit infeksi sistemik yang dominan menyerang hati. Hepatitis disebabkan oleh virus hepatitis A, virus hepatitis B, virus hepatitis C, virus hepatitis D, dan virus hepatitis E. Infeksi virus tersebut dapat menimbulkan gejala gastrointestinal seperti malaise, anoreksia, mual, dan muntah (Sanityoso, 2007).

Dua penyakit saluran empedu yang dapat menyebabkan dispepsia adalah pembentukan batu (kolelitiasis) dan radang kronis penyerta (kolesistitis). Batu empedu merupakan endapan satu atau lebih komponen empedu yaitu kolesterol, bilirubin, garam empedu, kalsium, protein, asam lemak, dan fosfolipid. Etiologi batu empedu masih belum diketahui sepenuhnya, akan tetapi faktor predisposisi terpenting adalah gangguan metabolisme yang menyebabkan terjadinya perubahan komposisi empedu, statis empedu, dan infeksi kandung empedu (Price dan Wilson, 2006).



Penderita batu empedu sering memiliki gejala kolesistitis akut dan kronis. Bentuk akut ditandai oleh nyeri hebat mendadak pada epigastrium dan dapat menyebar ke punggung dan bahu kanan. Nausea dan muntah juga sering terjadi. Gejala kolesistitis kronis mirip dengan gejala kolesistitis akut, tetapi beratnya nyeri dan tanda-tanda fisik kurang nyata. Penderita sering memiliki riwayat dispepsia, intoleransi lemak, nyeri ulu hati yang berlangsung lama (Price dan Wilson, 2006).

Pankreatitis adalah proses peradangan pada pankreas. Pankreatitis dibagi menjadi dua yaitu akut dan kronis. Pankreatitis akut adalah suatu proses peradangan akut yang mengenai pankreas dan ditandai oleh berbagai derajat edema, perdarahan, dan nekrosis pada sel-sel asinus dan pembuluh darah. Faktor etiologi utama pankreatitis akut adalah penyakit saluran empedu dan alkoholisme. Gejala pankreatitis akut yang paling menonjol adalah nyeri perut hebat di daerah epigastrium yang timbul mendadak dan terus menerus. Nyeri sering menyebar ke punggung dan disertai mual, muntah, berkeringat, dan kelemahan. Sedangkan pankreatitis kronis dapat terjadi setelah pankreatitis akut, tetapi pada beberapa penderita timbul secara perlahan. Perjalanan klinisnya dapat berupa serangan nyeri akut yang berulang, massa pankreas fungsional yang semakin berkurang, atau berkembang secara perlahan (Price dan Wilson, 2006).

Diabetes melitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat. Diabetes mellitus tipe 1 adalah penyakit autoimun yang ditentukan secara genetik dengan gejala-gejala yang pada akhirnya menuju proses perusakan imunologik sel-sel yang memproduksi insulin. Diabetes melitus tipe 2 mempunyai pola familial yang kuat dan ditandai dengan kelainan sekresi insulin, serta kerja insulin. Pada penderita-penderita dengan diabetes melitus tipe 2 terdapat kelainan dalam pengikatan insulin dengan reseptor (Price dan Wilson, 2006).

*Irritable Bowel Syndrome* (IBS) adalah salah satu penyakit gastrointestinal fungsional. Pengertian IBS sendiri adalah suatu keadaan

nyeri perut, distensi, dan gangguan pola defekasi tanpa gangguan organik. Adanya feses cair disertai frekuensi defekasi yang meningkat pada saat nyeri menginterpretasikan bahwa terjadi perubahan fungsi intestinal. Sedangkan adanya nyeri yang berkurang setelah defekasi menunjukkan bahwa nyeri berasal dari gastrointestinal bawah. Adanya kembung menunjukkan bahwa kondisi sakit ini bukan kelainan organik. Adanya rasa tidak lampias menginterpretasikan bahwa rektum *irritable*. Sedangkan adanya lendir pada saat defekasi menunjukkan bahwa rektum teriritasi (Manan dan Syam, 2007).

### **E. Jenis Dispepsia**

Jenis dispepsia dibagi menjadi dua, yaitu dispepsia organik dan dispepsia fungsional yang akan diuraikan sebagai berikut.

#### **1. Dispepsia Organik**

Dispepsia organik adalah dispepsia yang telah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya misalnya adanya tukak di lambung, usus dua belas jari, radang pankreas, radang empedu, dan lain-lain. Dispepsia organik jarang ditemukan pada usia muda, tetapi banyak ditemukan pada usia lebih dari 40 tahun.

Yang dapat digolongkan dispepsia organik sebagai berikut. (Hadi, 2002)

##### *a) Dyspepsia ulcer*

*Dyspepsia ulcer* adalah keadaan tukak pada lambung atau duodenum yang sering menyebabkan rasa nyeri di ulu hati. Berkurang atau bertambahnya rasa nyeri ada hubungannya dengan makanan, pada tengah malam sering terbangun karena nyeri atau pedih di ulu hati. Hanya dengan pemeriksaan endoskopi dan radiologi dapat menentukan adanya tukak di lambung atau di duodenum.

##### *b) Dyspepsia non ulcer*

*Dyspepsia non ulcer* mempunyai keluhan yang mirip dengan *dyspepsia ulcer* yaitu nyeri di ulu hati. Keluhan tersebut biasanya



ditemukan pada gastritis, duodenitis, tetapi pada pemeriksaan endoskopi tidak ditemukan tanda-tanda tukak.

c) Refluks gastroesofageal

Refluks gastroesofageal adalah pengaliran kembali isi lambung ke kerongkongan. Gejala yang klasik dari refluks gastroesofageal, yaitu rasa panas di dada dan regurgitasi masam, terutama setelah makan.

d) Penyakit batu empedu

Penyakit yang biasanya ditemukan pada kandung empedu. Penyakit ini timbul karena tiga faktor yaitu hipersaturasi kolesterol dalam kandung empedu, percepatan terjadinya kristalisasi kolesterol, dan gangguan motilitas kandung empedu dan usus (Lesmana, 2007). Gejala yang biasa dialami yaitu rasa nyeri dimulai dari perut kanan atas atau di ulu hati yang menjalar ke punggung dan bahu kanan.

e) Karsinoma

Yang dimaksud karsinoma pada keluhan dispepsia ini adalah kanker yang terjadi pada saluran cerna yaitu esofagus, lambung, pankreas, kolon. Keluhan yang sering dirasakan yaitu rasa nyeri di perut, anoreksia, dan berat badan menurun.

f) Pankreatitis

Pankreatitis adalah radang pada kelenjar pankreas. Pankreatitis disebabkan oleh alkohol dan penyakit saluran empedu. Gejala yang dirasakan yaitu nyeri mendadak yang menjalar ke punggung dan perut yang makin tegang dan kembung.

g) Sindroma malabsorpsi

Sindroma malabsorpsi adalah kumpulan gejala akibat gangguan fungsi penyerapan pencernaan makanan. Pada penderita ini disamping



mempunyai keluhan rasa nyeri perut, mual, anoreksia, sering flatulensi, kembung, keluhan utama lainnya yang mencolok ialah timbulnya diare profus yang berlendir.

#### h) Gangguan metabolisme

Gangguan metabolisme adalah kelainan medis yang mempengaruhi produksi energi dalam sel. Diabetes Melitus merupakan suatu sindrom dengan terganggunya metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh berkurangnya sekresi insulin atau penurunan sensitivitas jaringan terhadap insulin (Guyton dan Hall, 2008). Diabetes melitus dengan neuropati sering menyebabkan komplikasi pengosongan lambung yang lambat, sehingga timbul keluhan mual, vomitus, perasaan cepat kenyang. Hipertiroid menimbulkan keluhan rasa nyeri di perut dan vomitus, sedangkan hipotiroid menyebabkan timbulnya hipomotilitas lambung. Hiperparatiroid disertai rasa nyeri di perut, mual, vomitus, dan anoreksia.

#### i) Obat-obatan

Obat yang menimbulkan rasa sakit atau tidak enak di daerah ulu hati tanpa atau disertai rasa mual, dan muntah, misalnya obat golongan NSAID (*non steroid anti inflammatory drugs*), teofilin, digitalis, antibiotik oral (terutama ampicilin, eritromisin), alkohol, dan lain-lain.

#### j) Penyakit lain

Penyakit jantung iskemik sering memberi keluhan perut kembung, perasaan cepat kenyang. Penderita infark miokard dinding inferior juga sering memberi keluhan rasa sakit perut di bagian atas, mual, kembung, kadang-kadang penderita angina mempunyai keluhan menyerupai reflus gastroesofageal. Rasa nyeri perut sering ditemukan pada penderita Lupus Eritematosus Sistemik (LES) terutama yang banyak makan kortikosteroid.

## **2. Dispepsia Fungsional**

Dispepsia fungsional atau dispepsia non-organik merupakan dispepsia yang tidak ada kelainan organik tetapi merupakan kelainan fungsi dari saluran makanan (Hadi, 2002).

Dispepsia dismotilitas umumnya terjadi gangguan motilitas, di antaranya waktu pengosongan lambung lambat, abnormalitas kontraktile, abnormalitas mioelektrik lambung, refluks gastroduodenal. Penderita dengan dispepsia fungsional biasanya sensitif terhadap produksi asam lambung yaitu terhadap kenaikan asam lambung (Hadi, 2002).

Kelainan psikis, stres, faktor lingkungan juga dapat menimbulkan dispepsia fungsional. Hal ini berhubungan dengan fungsi saluran cerna yang ada pengaruhnya dari nervus vagus. Nervus vagus tidak hanya merangsang sel parietal secara langsung, tetapi kemungkinannya efek dari antral gastrin dan rangsangan lain dari sel parietal. Asam lambung banyak mengandung HCl dan pepsin yang akan terbentuk hanya dengan melihat, mencium bau atau membayangkan suatu makanan. Hal ini terjadi secara reflektoris oleh karena pengaruh nervus vagus (Hadi, 2002).

## **F. Gejala Klinik Dispepsia**

Berdasarkan kriteria diagnosa Roma III, sindroma dispepsia didiagnosa dengan gejala rasa penuh yang mengganggu, cepat kenyang, rasa tidak enak atau nyeri epigastrium, dan rasa terbakar pada epigastrium. Selain itu juga dinyatakan bahwa dispepsia ditandai dengan adanya satu atau lebih dari gejala dispepsia yang diperkirakan berasal dari daerah gastroduodenal (Chang, 2006).

Kriteria dispepsia memiliki utilitas terbatas dan terbagi atas 2 kelompok berdasarkan bukti yang tersedia, yaitu kelompok yang berhubungan dengan makanan, dan kelompok yang berhubungan dengan nyeri (Chang, 2006)..

Pada klinis, pengelompokan ini tidak dipergunakan, dan kriteria dispepsia tetap diaplikasikan. Mual dan muntah juga memiliki kriteria



sendiri dalam kelompok lain yang berbeda di luar dari dispepsia (Chang, 2006).

Gejala seperti penurunan berat badan, timbulnya anemia, melena, muntah yang prominen, merupakan petunjuk awal akan kemungkinan adanya penyebab organik yang membutuhkan pemeriksaan penunjang diagnostik secara lebih intensif seperti endoskopi dan sebagainya (Djojoningrat, 2007).

Kriteria diagnosis *Rome III* mengatakan didiagnosis sebagai dispepsia fungsional bila terdapat salah satu gejala atau lebih dari kriteria dibawah ini yang telah berlangsung minimal selama tiga bulan dengan rentang waktu enam bulan (Chang, 2006):

- Rasa penuh dan cepat kenyang
- Nyeri epigastrium
- Rasa terbakar di epigastrium
- Tidak ada penyakit struktural

#### **G.Epidemiologi Dispepsia (Mahadeva dan Goh, 2006)**

Berikut akan diuraikan epidemiologi dispepsia berdasarkan umur, jenis kelamin dan etnis.

##### **A. Umur**

Dispepsia bisa terjadi pada semua golongan usia, terutama di atas 18 tahun. Berdasarkan survei, prevalensi umur tertinggi orang Kanada adalah 45-54 tahun, China 41-50 tahun, Jepang 50-59 tahun. Survei selanjutnya yang dilakukan di Mumbai ditemukan prevalensi tertinggi pada umur diatas 40 tahun.

##### **B. Jenis Kelamin**

Dari semua penelitian, pada populasi yang berbeda, wanita lebih banyak mengalami dispepsia. Pada populasi di Australia, wanita dewasa memiliki jumlah yang lebih besar daripada pria.



### C. Etnis

Dari banyak survei yang telah dilakukan pada kelompok populasi etnis, yang terbanyak menderita dispepsia adalah etnis Kaukasoid. Survei pada populasi di Singapura, Asia Tenggara, prevalansi etnis terbanyak adalah Cina 8,1%, Malaysia 7,3%, dan India 7,5%.

### H.Faktor Risiko Dispepsia (Mahadeva dan Goh, 2006)

Faktor risiko adalah karakteristik, tanda atau kumpulan gejala pada penyakit yang diderita seseorang yang mana secara statistik berhubungan dengan peningkatan kejadian suatu penyakit. Faktor risiko biasanya tidak menyebabkan penyakit tetapi hanya mengubah probabilitas seseorang (atau risiko) untuk mendapatkan penyakit. Faktor risiko dispepsia yang akan saya uraikan berikut ini yaitu merokok, alkohol, NSAID, infeksi *Helicobacter pylori*, pola makan, sosial ekonomi, dan psikologis.

#### 1. Merokok

Merokok adalah salah satu faktor risiko dispepsia. Sebuah penelitian menemukan faktor risiko merokok terbesar terdapat pada populasi di Amerika, Kanada, Inggris, dan India. Tar dalam asap rokok dapat melemahkan katup *Lower Esophageal Sphincter* (LES), katup antara lambung dan tenggorokan, sehingga menyebabkan gas di lambung naik hingga kerongkongan.

#### 2. Alkohol

Mengonsumsi alkohol secara berlebihan merupakan faktor risiko dispepsia. Di kawasan Asia Pasifik, populasi di India dan Selandia Baru menunjukkan hubungan yang pasti antara alkohol dan dispepsia. Alkohol bekerja melenturkan katup LES, sehingga menyebabkan refluks, atau berbaliknya asam lambung ke kerongkongan. Alkohol juga dapat meningkatkan produksi asam lambung.

### 3. NSAID

Sebuah penelitian pada setiap warga Amerika yang dewasa, penggunaan NSAID sangat berhubungan kuat dengan dispepsia. Penggunaan NSAID dapat menyebabkan kerusakan mukosa dengan cara mengiritasi langsung pada epitel lambung dan menghambat pembentukan prostaglandin. Prostaglandin berguna untuk mempertahankan mukosa gastrointestinal.

### 4. Infeksi *Helicobacter pylori* (Hp)

Pada studi di Inggris terhadap 8074 subjek yang dilakukan tes untuk menginvestigasi hubungan antara *Helicobacter pylori* dengan dispepsia, ditemukan yang terinfeksi lebih banyak memiliki gejala dispepsia (44%) daripada yang tidak terinfeksi (36%). Hp merupakan bakteri gram negatif, berbentuk spiral, sensitif terhadap pH, dan merupakan mikroaerofilik yang terletak antara lapisan mukus dan permukaan sel epitel lambung. Hp berpengaruh pada kerusakan langsung mukosa dan perubahan imunitas host.

### 5. Pola makan

Penelitian di Cina meneliti prevalensi dispepsia fungsional, kebiasaan makan yang kurang baik seperti banyak makan yang asam dan pedas menunjukkan faktor resiko yang signifikan. Terlalu sering mengkonsumsi makanan yang berminyak dan berlemak dapat menimbulkan keluhan dispepsia. Makanan tersebut cenderung lambat dicerna dan membuat makanan tinggal lebih lama di lambung. Hal ini dapat menyebabkan peningkatan tekanan di lambung, yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan terjadinya pelemahan LES. Jika LES melemah, asam lambung akan naik ke kerongkongan.

Efek mengkonsumsi kopi, teh, alkohol, dan *cola* dapat meningkatkan prevalensi dispepsia. Minum kopi dapat merangsang lambung untuk mengeluarkan asam lambung lebih banyak daripada jumlah normal.

Kafein dapat mengendurkan LES, katup antara lambung dan tenggorokan, sehingga menyebabkan gas di lambung naik ke kerongkongan.

#### 6. Sosial ekonomi

Terdapat hubungan yang kuat antara pendapatan rumah tangga yang kurang dan anggota keluarga yang banyak dengan peningkatan gejala dispepsia. Studi yang lain juga menjelaskan bahwa tingkat pendidikan yang rendah juga ditemukan pada penderita dispepsia. Penelitian yang dilakukan oleh (P Bytzer dkk, 2000) dari Department of Medicine, University of Sydney, Nepean Hospital, Penrith, Australia terhadap 15.000 orang dewasa Australia menyimpulkan bahwa sosio ekonomi yang rendah adalah salah satu faktor risiko terjadinya gejala gangguan saluran cerna bagian atas dan bawah.

#### 7. Psikologis

Pada survei di Denmark, Kay dan Jorgensen mencatat terdapat hubungan yang kuat terhadap orang dewasa yang memiliki masalah dengan kerentanan psikologis. Sebuah survei di Australia, orang dewasa dengan dispepsia memiliki skor kecemasan dan depresi yang tinggi, dan sebuah studi di Cina mengungkapkan tekanan dari lingkungan sosial dan kebiasaan hidup yang jelek adalah faktor resiko dispepsia. Keluhan dispepsia dapat muncul akibat gangguan pikiran, kelelahan karena terlalu banyak bekerja dan problem keuangan (Adenan, 1995). Haug TT *et all*, membandingkan peristiwa-peristiwa dalam kehidupan dan stress pada penderita dispepsia fungsional dan penderita ulkus dimana sebelumnya penderita-penderita tersebut mengalami stress dalam kehidupan selama 6 bulan sebelumnya. Ditemukan penderita-penderita dengan dispepsia fungsional mempunyai tingkat yang lebih tinggi keadaan kecemasannya, psikopatologi, depresi, dan keluhan somatik yang berbeda-beda daripada penderita dispepsia dengan ulkus (TT Haug *et all*, 1995)



## I. Pemeriksaan Penunjang Dispepsia

Pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis dispepsia terdiri dari pemeriksaan laboratorium, radiologis, endoskopi, dan ultrasonografi yang akan diuraikan sebagai berikut.

### 1. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang perlu dilakukan adalah pemeriksaan darah, urine dan tinja secara rutin. Dari hasil pemeriksaan darah bila ditemukan leukositosis berarti ada tanda-tanda infeksi. Pada pemeriksaan tinja, jika tampak cair berlendir atau banyak mengandung lemak berarti kemungkinan menderita malabsorpsi. Seseorang yang diduga menderita *dyspepsia ulcer*, sebaiknya diperiksa asam lambung (Hadi, 2002).

### 2. Radiologis

Pemeriksaan radiologis banyak menunjang diagnosis suatu penyakit di saluran makan. Setidak-tidaknya perlu dilakukan pemeriksaan radiologis terhadap saluran makan bagian atas, dan sebaiknya menggunakan kontras ganda. Pada refluks gastroesofageal akan tampak peristaltik di esofagus yang menurun terutama di bagian distal, tampak antiperistaltik di antrum yang meninggi serta sering menutupnya pilorus, sehingga sedikit barium yang masuk ke usus. Pada tukak di lambung, maupun di duodenum akan terlihat gambar yang disebut *niche*, yaitu suatu kawah dari tukak yang terisi kontras media. Bentuk *niche* dari tukak yang jinak umumnya reguler, semisirkuler, dengan dasar licin. Kanker di lambung secara radiologis, akan tampak massa yang ireguler tidak terlihat peristaltik di daerah kanker, bentuk dari lambung berubah. Pankreatitis akut perlu dibuat foto polos abdomen, yang akan terlihat tanda seperti terpotongnya usus besar, atau tampak dilatasi dari intestin terutama di jejunum yang disebut *sentinal loops* (Hadi, 2002).



### 3. Endoskopi

Pemeriksaan endoskopi dari saluran makan bagian atas akan banyak membantu menentukan diagnosis. Yang perlu diperhatikan ada tidaknya kelainan di esofagus, lambung dan duodenum. Di tempat tersebut perlu diperhatikan warna mukosa, lesi, tumor jinak atau ganas. Kelainan di esofagus yang sering ditemukan dan perlu diperhatikan di antaranya adalah esofagitis, tukak esofagus, varises esofagus, tumor jinak atau ganas yang umumnya lokasinya di bagian distal esofagus (Hadi, 2002).

### 4. Ultrasonografi

Ultrasonografi (USG) merupakan sarana diagnostik yang tidak invasif, akhir-akhir ini makin banyak dimanfaatkan untuk membantu menentukan diagnosis dari suatu penyakit. Apalagi alat ini tidak menimbulkan efek samping, dapat digunakan setiap saat dan pada kondisi penderita yang berat pun dapat dimanfaatkan. Pemanfaatan alat USG pada dispepsia terutama bila ada dugaan kearah kelainan di traktus biliaris, pankreas, kelainan tiroid, bahkan juga ada dugaan tumor di esofagus dan lambung (Hadi, 2002).

## **J. Penatalaksanaan Dispepsia**

### **A. Pencegahan**

Pencegahan terhadap penyakit dispepsia ini adalah sebagai berikut.

#### 1. Pencegahan Primordial

Merupakan upaya pencegahan pada orang-orang yang belum memiliki faktor risiko dispepsia, dengan memberikan penyuluhan tentang cara mengenali dan menghindari keadaan/kebiasaan yang dapat mencetuskan serangan dispepsia. Sebagai contoh adalah adanya peraturan yang dibuat oleh pemerintah dengan membuat peraturan pada kotak rokok akan bahaya dari rokok tersebut terhadap kesehatan. Untuk menghindari infeksi *Helicobacter pylori* dilakukan dengan cara

menjaga sanitasi lingkungan agar tetap bersih, perbaikan gizi dan penyediaan air bersih (Rani dan Fauzi, 2007).

## 2. Pencegahan Primer

Berperan dalam mengelola dan mencegah timbulnya gangguan akibat dispepsia pada orang yang sudah mempunyai faktor risiko dengan cara membatasi atau menghilangkan kebiasaan-kebiasaan tidak sehat seperti makan tidak teratur, merokok, mengkonsumsi alkohol, minuman bersoda, makanan berlemak, pedas, asam.

Obat-obatan penghilang nyeri dari golongan NSAIDs dapat diganti dengan obat-obatan yang tidak mengandung NSAIDs. Berat badan perlu dikontrol agar tetap ideal, karena gangguan di saluran pencernaan seperti rasa nyeri di lambung, kembung dan konstipasi lebih umum terjadi pada orang yang mengalami obesitas. Rajin olahraga dan mampu manajemen stres juga akan menurunkan risiko terjadinya dispepsia (Redaksi, 2009).

## 3. Pencegahan Sekunder

- (a) Diet mempunyai peran yang sangat penting. Dasar diet tersebut adalah makan sedikit berulang kali. Makanan harus mudah dicerna, tidak merangsang peningkatan asam lambung dan bisa menetralkan asam HCL (Redaksi, 2009).
- (b) Obat-obatan untuk mengatasi dispepsia adalah antasida, antagonis reseptor  $H_2$ , penghambat pompa asam (*proton pump inhibitor*=PPI), sitoprotektif, prokinetik dan kadang dibutuhkan psikoterapi dan psikofarmaka (obat anti-depresi dan cemas untuk penderita dengan keluhan yang berhubungan dengan faktor kejiwaan seperti cemas dan depresi (Redaksi,2009).
- (c) Bagi yang berpuasa, untuk mencegah kambuhnya sindrom dispepsia, sebaiknya menggunakan obat anti asam lambung

yang bisa diberikan saat sahur dan berbuka untuk mengontrol asam lambung selama berpuasa sehingga keluhan yang timbul saat berpuasa, terutama saat perut sudah kosong (6-8 jam setelah makan terakhir), dapat dikurangi. Obat anti asam bekerja selama 12-14 jam. Obat ini dapat mengontrol asam lambung selama penderita berpuasa. Berbeda dengan dispepsia organik, bila si penderita berpuasa, kondisi sakit lambungnya justru semakin parah. Penderita boleh berpuasa, setelah penyebab sakit lambungnya diobati terlebih dahulu (Mansjoer, 2001).

#### 4. Pencegahan Tersier

Penting sekali untuk para tenaga medis/psikiater untuk menelusuri kejadian yang menimpa penderita dalam suatu sistem terapi secara terpadu. Dengan rehabilitasi mental melalui konseling diharapkan terjadi progresifitas penyembuhan yang baik setelah faktor stres ditangani (Redaksi, 2009).

### **B. Pengobatan**

Penjelasan kepada penderita mengenai latar belakang keluhan yang dialaminya, merupakan langkah awal yang penting. Diagnosis klinis dan evaluasi bahwa tidak ada penyakit serius atau fatal yang mengancam dilakukan. Perlu dijelaskan sejauh mungkin tentang patogenesis penyakit yang dideritanya. Latar belakang faktor psikologis perlu dievaluasi. Penderita dinasehati untuk menghindari makanan yang dapat mencetuskan serangan keluhan. Sistem rujukan yang baik akan berdampak positif bagi perjalanan penyakit pada kasus dispepsia (Djojoningrat, 2007). Golongan obat dapat dilihat pada tabel 2.2 dan tabel 2.3.



Tabel 2.2. Golongan obat yang diterapkan pada farmakoterapi dispepsia (Dobrek dan Thor, 2009).

<b>Golongan farmakologi</b>	<b>Contoh obat</b>	<b>Efek</b>
Obat eradikasi <i>Helicobacter pylori</i>	Aminopenicilin, Makrolid, PPI	Eradikasi <i>Helicobacter pylori</i> , perbaikan dismotilitas secara tidak langsung dan sekretolitik
Menetralkan agen	Garam Magnesium, garam Aluminium	Gastroprotection, menetralkan kelebihan asam, antiinflamasi hipotetik
Garam bismuth		Gastroprotection, antiinflamasi hipotetik
Sucralfat		Gastroprotection, antiinflamasi hipotetik
Prokinetik	Metoklopramid, Cisapride	Prokinetik dan antirefluks
Proton pump inhibitors (PPI)	Omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, rabeprazol	Antisekretori dan eradikasi <i>Helicobacter pylori</i>
Agen antihistamin H2	Ranitidin, famotidin	Antisekretori dan antiinflamasi
Obat antidepresi	Agen antidepresif tricyclic SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)	Antidepresi dan anxiolitik
Anxiolitik	Benzodiazepin, buspiron	Antidepresi dan anxiolitik

Tabel 2.3. Golongan obat baru pada pengobatan dispepsia (Dobrek dan Thor, 2009).

<b>Golongan farmakologi</b>	<b>Efek yang diharapkan</b>
Prokinetik	D2 blokade reseptor dan 5-HT4 aktivasi reseptor.
A. Dopaminolitik : Domperidone, Itopride, Levosulpiride	Percepatan pengosongan lambung, meningkatkan motilitas antrum, antiemesis
B. Serotonergik : Mosapride, Tegaserode	
C. Motylin analogues : Eritromicin, ABT229	
K-agonist : Fedotozine, Asimadoline	Mengurangi hipersensitivitas viseral dan nyeri viseral





P2X reseptor antagonis	Mengurangi nyeri viseral (antinociception)
NMDA reseptor antagonis	Mengurangi nyeri viseral (antinociception)
Vanilloid reseptor agonis	Mengurangi nyeri viseral (antinociception)
SST reseptor agonis : Oktreotyd	Motilitas dan sekresi fungsi modulasi
CCK reseptor antagonis: Loxiglumide	Meningkatkan motilitas, mengurangi nyeri viseral (antinociception)
NK1 reseptor antagonis: Aprepitant, Ezlopitant	Prokinetik kuat dan efek antiemesis (antinociception)
NK2 reseptor antagonis: Nepadutant, Saredutant	
NK3 reseptor antagonis: Talnetant	
CRF reseptor antagonis: Antalarmin	Motilitas dan sekresi akibat gangguan stres dan hiperaktivitas modulasi HPA axis

### 2.1.2.Rekam Medik (Sjamsuhidajat dan Alwy, 2006)

#### A. Pengertian Rekam Medik

Dalam penjelasan Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, yang dimaksud dengan rekam medik adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas penderita, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada penderita.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/ Menkes/Per/XII/ 1989 tentang Rekam Medik dijelaskan bahwa rekam medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas penderita, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada penderita pada sarana pelayanan kesehatan.

Kedua pengertian rekam medik diatas menunjukkan perbedaan yaitu Permenkes hanya menekankan pada sarana pelayanan kesehatan, sedangkan dalam UU Praktik Kedokteran tidak. Ini menunjukkan pengaturan rekam medis pada UU Praktik Kedokteran lebih luas, berlaku baik untuk sarana kesehatan maupun di luar sarana kesehatan.



## **B. Isi Rekam Medik**

### **1. Rekam Medis Penderita Rawat Jalan**

Isi rekam medis sekurang-kurangnya memuat catatan/dokumen tentang:

- identitas penderita;
- pemeriksaan fisik;
- diagnosis/masalah;
- tindakan/pengobatan;
- pelayanan lain yang telah diberikan kepada penderita.

### **2. Rekam Medis Penderita Rawat Inap**

Rekam medis untuk penderita rawat inap sekurang-kurangnya memuat:

- identitas penderita;
- pemeriksaan;
- diagnosis/masalah;
- persetujuan tindakan medis (bila ada);
- tindakan/pengobatan;
- pelayanan lain yang telah diberikan kepada penderita.

## **C. Jenis Rekam Medik**

1. Rekam medik konvensional
2. Rekam medik elektronik

## **D. Manfaat Rekam Medik**

### **1. Pengobatan Penderita**

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada penderita.

## 2. Peningkatan Kualitas Pelayanan

Membuat rekam medik bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

## 3. Pendidikan dan Penelitian

Rekam medik yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.

## 4. Pembiayaan

Berkas rekam medik dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada penderita.

## 5. Statistik Kesehatan

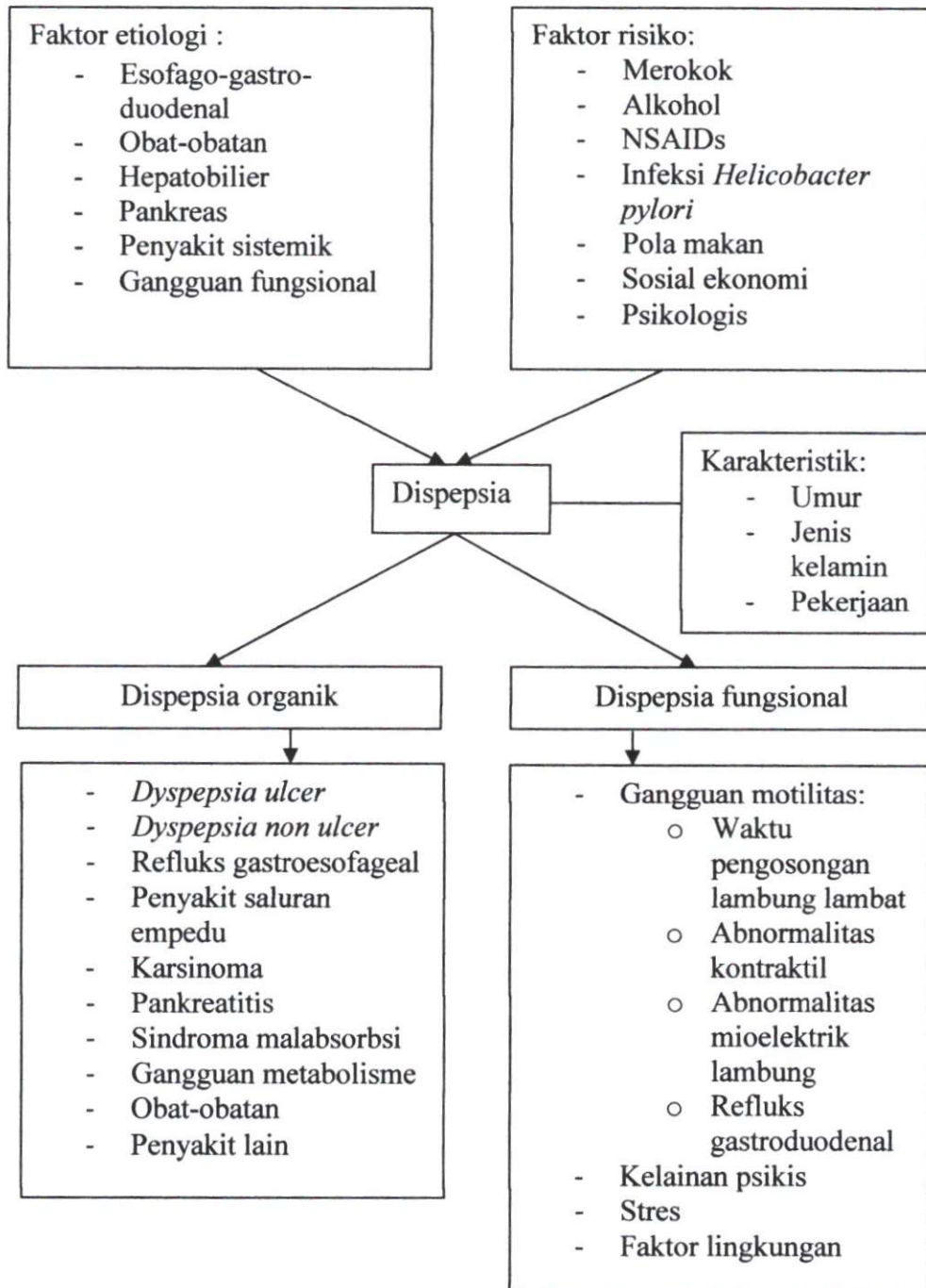
Rekam medik dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.

## 6. Pembuktian Masalah Hukum, Disiplin dan Etik

Rekam medik merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.



## 2.2. Kerangka Teori



Gambar 2.3. Kerangka Teori  
Sumber : Modifikasi dari (Hadi, 2002)

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Jenis Penelitian**

Penelitian ini bersifat deskriptif kuantitatif, bertujuan untuk menggambarkan kepada pembaca dan mengungkapkan suatu masalah, keadaan, peristiwa sebagaimana adanya atau mengungkapkan fakta secara lebih mendalam.

#### **3.2. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan di RS Tk.II dr. AK Gani Palembang yang terletak di Jalan Dr. AK Gani No. 1 Palembang. Pengambilan data dan pengolahan data dilaksanakan pada bulan Februari tahun 2012.

#### **3.3. Populasi dan Sampel**

##### **3.3.1. Populasi**

Data rekam medik semua penderita dispepsia di instalasi rawat inap penyakit dalam RS Tk.II dr. AK Gani Palembang periode Januari - Desember 2011.

##### **3.3.2. Sampel dan Estimasi Besar Sampel**

Sampel adalah penderita dispepsia di instalasi rawat inap penyakit dalam yang tercatat di rekam medik RS Tk.II dr. AK Gani Palembang yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi.

Estimasi besar sampel ditentukan melalui rumus penelitian untuk populasi kecil atau lebih kecil dari 10.000, digunakan rumus Slovin (Yasril, 2009), yaitu:

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan : N = Jumlah populasi

n = Besarnya sampel

d = Tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan (10%)

Sehingga besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

$$n = \frac{733}{1 + 733 \cdot 0,1^2}$$

$$n = \frac{733}{1 + 733 \cdot 0,01}$$

$$n = \frac{733}{1 + 7,33}$$

$$n = \frac{733}{8,33}$$

$$n = 87,99 \approx 88$$

Jadi, jumlah minimal sampel penderita dispepsia yang dibutuhkan adalah 88 sampel.

### 3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian ini adalah sebagai berikut.

#### a. Kriteria inklusi :

1. Penderita dispepsia yang rawat inap di instalasi penyakit dalam
2. Data rekam medik penderita yang lengkap

#### b. Kriteria eksklusi:

Penderita yang dirujuk karena komplikasi

### 3.3.4. Cara Pengambilan Sampel

Sampel diambil dari rekam medik RS Tk.II dr. AK Gani Palembang dengan teknik sistematis (*systematic random sampling*), yang dilakukan dengan cara menentukan lebih dahulu angka kelipatan (k). Angka kelipatan diperoleh dari jumlah populasi per jumlah sampel, dengan formula sebagai berikut (Sastroasmoro, Ismael, 2008; Notoatmodjo, 2010).



$$k = \frac{N}{n}$$

Keterangan : k = angka kelipatan  
 N = jumlah populasi  
 n = jumlah sampel

Sehingga besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

$$k = \frac{N}{n}$$

$$k = \frac{733}{88}$$

$$k = 8,32$$

Dibulatkan menjadi  $k = 8$ . Jadi dari seluruh data rekapitulasi persalinan yang didapat dalam satu tahun, untuk mengambil sampel sebanyak 88 orang, sampel yang diambil yaitu nomor urut dengan kelipatan 8. Perhitungan dimulai dari angka 8, 16, 24, 32, 40, dst, sampai terpenuhinya jumlah sampel minimal.

### 3.4. Variabel Penelitian

#### a. Variabel Dependent

Dispepsia

#### b. Variabel Independent

1. Umur
2. Jenis kelamin
3. Pekerjaan
4. Jenis dispepsia

### 3.5. Definisi Operasional

#### 1. Dispepsia

- A. Definisi : kumpulan gejala atau sindrom yang terdiri dari nyeri ulu hati, mual, kembung, muntah, rasa penuh, atau cepat kenyang, dan sendawa.

- B. Alat ukur : rekam medik
- C. Cara ukur : mencatat hasil rekam medik
- D. Hasil ukur: a. penderita dispepsia  
b. bukan penderita dispepsia
- E. Skala ukur: nominal

## 2. Umur

- A. Definisi : lama waktu hidup sejak lahir.
- B. Alat ukur : rekam medik
- C. Cara ukur : mencatat hasil rekam medik
- D. Hasil ukur: a.  $\leq 20$  tahun  
b. 21-30 tahun  
c. 31-40 tahun  
d. 41-50 tahun  
e.  $> 50$  tahun (Shmueli, 2003)
- E. Skala ukur: ordinal

## 3. Jenis kelamin

- A. Definisi : penandaan individu manusia ke dalam kategori laki-laki dan perempuan berdasarkan karakteristik biologis (genital eksternal dan organ-organ seks internal), genetik (kromosom) dan hormon.
- B. Alat ukur : rekam medik
- C. Cara ukur : mencatat hasil rekam medik
- D. Hasil ukur: a. Laki-laki  
b. Perempuan
- E. Skala ukur: nominal

## 4. Pekerjaan

- A. Definisi : aktifitas utama yang dilakukan oleh manusia.
- B. Alat ukur : rekam medik
- C. Cara ukur : mencatat hasil rekam medik

- D. Hasil ukur: a. TNI  
 b. Pegawai Negeri Sipil  
 c. Wiraswasta  
 d. Ibu Rumah Tangga  
 e. Pelajar dan Mahasiswa  
 f. Pensiunan  
 g. dan lain-lain
- E. Skala ukur: ordinal

### 5. Jenis dispepsia

- A. Definisi : jenis dispepsia yang diderita oleh penderita.  
 B. Alat ukur : rekam medik  
 C. Cara ukur : mencatat hasil rekam medik  
 D. Hasil ukur: a. Dispepsia Organik

Dispepsia organik adalah dispepsia yang telah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya misalnya adanya tukak di lambung, usus dua belas jari, radang pankreas, radang empedu, dan lain-lain.

b. Dispepsia Fungsional

Dispepsia fungsional atau dispepsia non-organik adalah dispepsia yang tidak ada kelainan organik tetapi merupakan kelainan fungsi dari saluran makanan.

- E. Skala ukur: nominal

### 3.6. Cara Pengumpulan Data

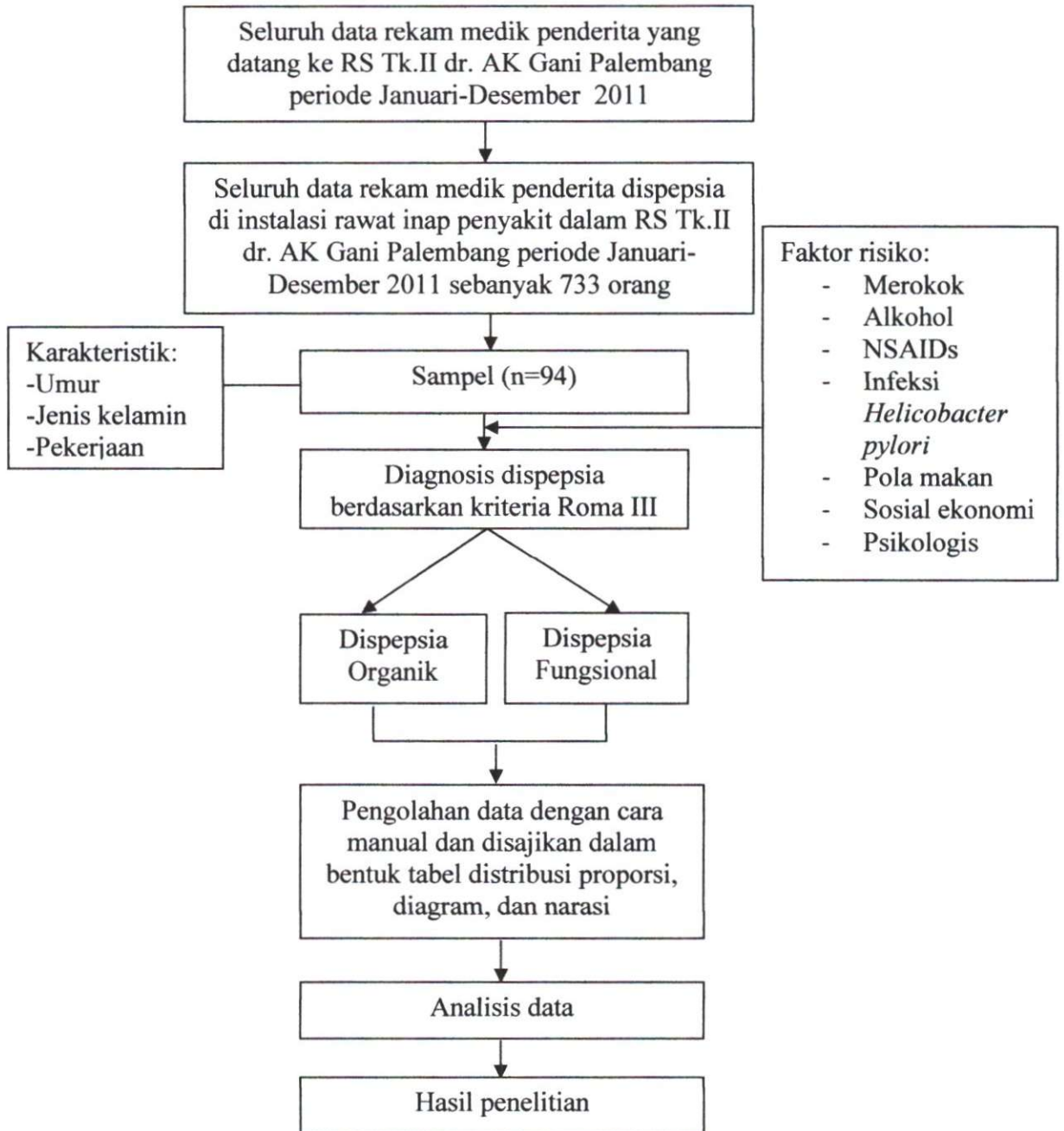
Cara pengumpulan data penelitian yaitu dengan melihat data sekunder berupa data rekam medik dari buku rekam medik dan kartu status penderita dari bulan Januari 2011 sampai dengan Desember 2011. Buku rekam medik mencatat nomor registrasi penderita sedangkan kartu status penderita mencatat status penderita rawat inap di instalasi penyakit dalam RS Tk.II dr. AK Gani Palembang. Setelah itu data dikumpulkan sampai terpenuhinya jumlah sampel minimal.



### **3.7. Cara Pengolahan dan Analisis Data**

Analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat yaitu untuk mengetahui karakteristik penderita dispepsia di instalasi rawat inap penyakit dalam RS Tk.II dr. AK Gani Palembang. Pengolahan data tersebut akan dilakukan dengan cara manual yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi proporsi, diagram, dan narasi.

### 3.8. Alur Penelitian



Gambar 2.4 . Diagram Alur Penelitian Karakteristik Penderita Dispepsia di Instalasi Rawat Inap Penyakit Dalam RS Tk.II dr. AK. Gani Palembang Periode Januari-Desember 2011

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 4.1. Hasil Penelitian dan Pembahasan

Penelitian ini dilakukan di RS Tk.II dr.AK Gani Palembang yang merupakan rumah sakit swasta milik angkatan darat. Penelitian dilakukan pada tanggal 7 Februari – 14 Februari 2012. Penelitian bertujuan untuk mengetahui karakteristik penderita dispepsia di instalasi rawat inap penyakit dalam RS Tk.II dr.AK Gani Palembang. Populasinya adalah semua penderita dispepsia di instalasi rawat inap. Alat ukur menggunakan data rekam medik dan sampel yang diambil sebanyak 94 sampel. Pengambilan sampel menggunakan teknik *systematic random sampling*.

#### 4.2. Angka Kejadian Dispepsia di Instalasi Rawat Inap Penyakit Dalam RS Tk.II dr. AK Gani Palembang Periode Januari-Desember 2011

Jumlah penderita rawat inap selama bulan Januari-Desember 2011 adalah sebanyak 12.335 penderita, sedangkan jumlah penderita dispepsia sebanyak 733 orang. Angka kejadian dispepsia di instalasi rawat inap penyakit dalam RS Tk.II dr.AK Gani Palembang periode Januari-Desember 2011 dapat dihitung sebagai berikut.

$$\begin{aligned} \text{Angka kejadian dispepsia} &= \frac{\sum \text{penderita dispepsia periode Januari-Desember 2011}}{\sum \text{penderita di instalasi rawat inap penyakit dalam periode Januari-Desember 2011}} \times 100\% \\ &= \frac{733}{12.335} \times 100\% = 5,94\% \end{aligned}$$

#### 4.3. Karakteristik Subyek Penelitian

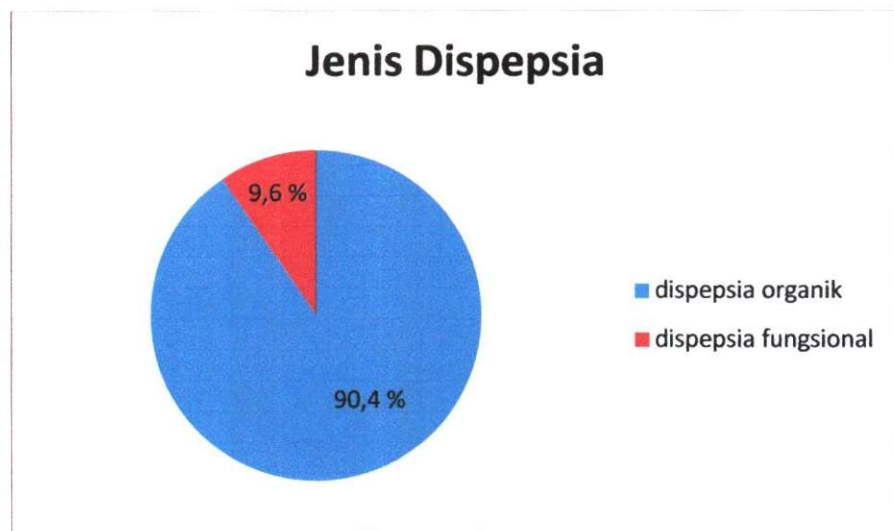
Berdasarkan data rekam medis penderita dispepsia di instalasi rawat inap penyakit dalam RS Tk.II dr. AK Gani Palembang periode Januari-Desember 2011 secara retrospektif, data yang diperoleh adalah sebesar 94 sampel.

### 4.3.1. Jenis Dispepsia

Distribusi frekuensi jenis dispepsia pada penderita dispepsia dapat dilihat pada tabel dan gambar di bawah ini.

Tabel 4.1. Distribusi frekuensi berdasarkan jenis dispepsia pada penderita dispepsia

Jenis Dispepsia	N	%
Dispepsia Organik	85	90,4
Dispepsia Fungsional	9	9,6
Jumlah	94	100,0



Gambar 4.1. Diagram frekuensi jenis dispepsia pada penderita dispepsia

Pada tabel 4.1 dan gambar 4.1, dapat dilihat bahwa frekuensi tertinggi penderita dispepsia berdasarkan jenis dispepsia adalah dispepsia organik yaitu sebanyak 85 orang (90,4%) sedangkan dispepsia fungsional sebanyak 9 orang (9,6%).

Hal ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Harahap, 2009) yang menemukan bahwa dispepsia fungsional paling banyak diderita yaitu sebesar 78,8% sedangkan dispepsia organik hanya sebesar 21,2%. Dispepsia organik jarang ditemukan pada usia muda, tetapi banyak ditemukan pada usia lebih dari 40 tahun (Hadi, 2002).

Pada dispepsia organik peranan stress dan tipe personal masih kontroversial, meskipun beberapa penelitian dapat menghubungkan



pepsinogen serum yang tinggi dan ulkus peptikum. Pada pandangan klasik dari patogenesis dispepsia, dimana terdapat faktor-faktor yang meningkatkan pengeluaran asam, hal-hal yang menurunkan pertahanan mukosa, stress psikologi dan *Helicobacter pylori* yang memperlemah pertahanan mukosa. Haug TT, dan kawan-kawannya yang membandingkan peristiwa-peristiwa dalam kehidupan dan stress pada penderita dispepsia fungsional dan penderita dispepsia organik yang diteliti dimana sebelumnya penderita tersebut mengalami peristiwa-peristiwa ketegangan (stress) dalam kehidupan selama 6 bulan sebelumnya. Ditemukan penderita dengan dispepsia fungsional mempunyai tingkat yang lebih tinggi keadaan kecemasannya, psikopathologi, depresi dan keluhan somatik yang berbedabeda (lebih somatisasi) daripada penderita dispepsia organik (T.T. Haug, et all, 1995).

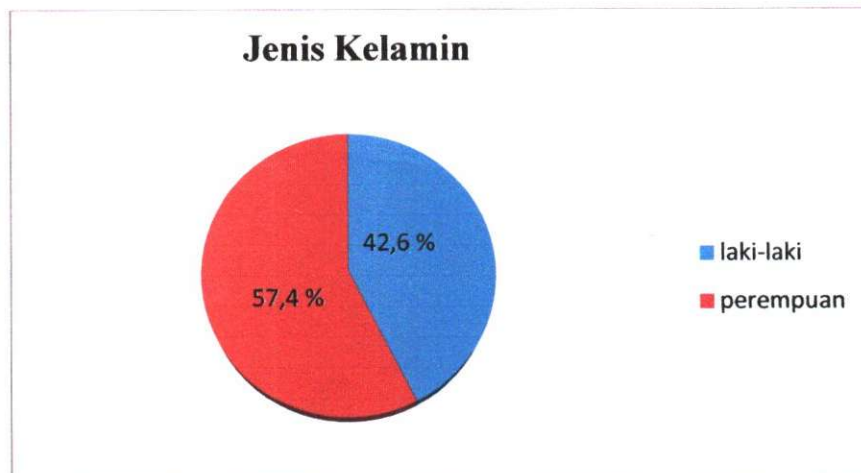
Dispepsia organik dapat terjadi karena faktor pola makan yang tidak teratur, makanan yang berlemak, berminyak, pedas dan asam. Hal ini dapat menimbulkan iritasi pada lambung. Dispepsia fungsional lebih banyak disebabkan oleh faktor stres. Stres dapat terjadi pada semua orang terutama jika memiliki beban yang berat dalam kehidupan misalnya beban pekerjaan, rumah tangga, keuangan. Hal ini dapat memicu terjadinya dispepsia (Mahadeva dan Goh, 2006).

#### 4.3.2. Jenis Kelamin

Distribusi frekuensi jenis kelamin pada penderita dispepsia dapat dilihat pada tabel dan gambar dibawah ini.

Tabel 4.2. Distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin pada penderita dispepsia

Jenis Kelamin	N	%
Laki-laki	40	42,6
Perempuan	54	57,4
Jumlah	94	100,0



Gambar 4.2. Diagram frekuensi berdasarkan jenis kelamin pada penderita dispepsia

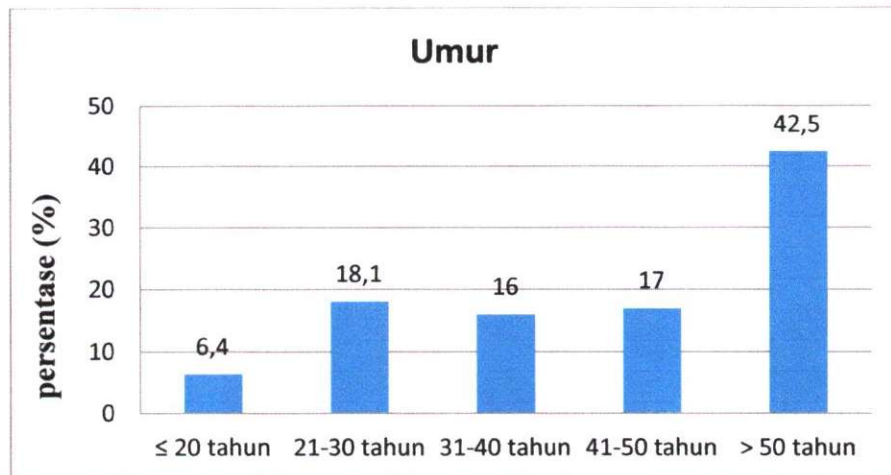
Pada tabel 4.2 dan gambar 4.2, dapat dilihat bahwa jenis kelamin yang paling banyak menderita dispepsia adalah perempuan, yaitu sebesar 54 orang (57,4%) sedangkan pada laki-laki sebesar 40 orang (42,6%). Dari sebuah penelitian, pada populasi yang berbeda, wanita lebih banyak mengalami dispepsia (Mahadeva dan Goh, 2006). Hal ini sejalan dengan penelitian (Harahap, 2009) di RS Martha Friska Medan Tahun 2007 yang menemukan kejadian dispepsia lebih tinggi pada perempuan, yaitu sebesar 61,6%.

#### 4.3.3. Umur

Distribusi frekuensi umur pada penderita dispepsia dapat dilihat pada tabel dan gambar di bawah ini.

Tabel 4.3. Distribusi frekuensi berdasarkan umur pada penderita dispepsia

Umur	N	%
≤ 20 tahun	6	6,4
21-30 tahun	17	18,1
31-40 tahun	15	16,0
41-50 tahun	16	17,0
>50 tahun	40	42,5
Jumlah	94	100,0



Gambar 4.3. Diagram frekuensi berdasarkan umur pada penderita dispepsia

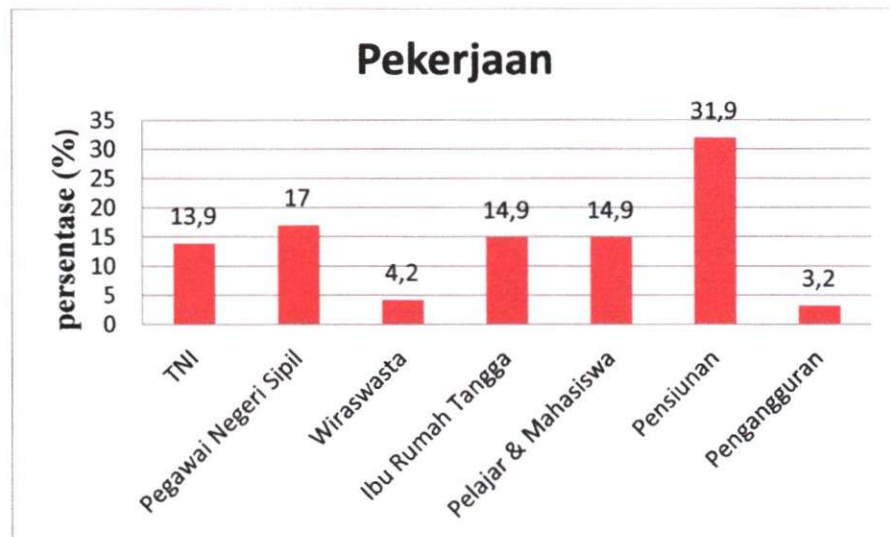
Pada tabel 4.3 dan gambar 4.3, dapat dilihat bahwa frekuensi tertinggi penderita dispepsia berdasarkan umur terdapat pada kelompok umur >50 tahun, yaitu sebanyak 40 orang (42,5%) sedangkan yang terendah terdapat pada kelompok umur  $\leq 20$  tahun, yaitu sebanyak 6 orang (6,4%). Pada usia 50 tahun keatas telah terjadi proses degenerasi di dalam organ tubuh (Redaksi, 2009). Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa kelompok umur tertinggi pada penderita dispepsia di RS Martha Friska Medan Tahun 2007 yaitu >50 tahun sebesar 33,0% (Harahap, 2009).

#### 4.3.4. Pekerjaan

Distribusi frekuensi pekerjaan pada penderita dispepsia dapat dilihat pada tabel dan gambar di bawah ini.

Tabel 4.4. Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan pada penderita dispepsia

Pekerjaan	N	%
TNI	13	13,9
Pegawai negeri sipil	16	17,0
Wiraswasta	4	4,2
Ibu Rumah Tangga	14	14,9
Pelajar dan Mahasiswa	14	14,9
Pensiunan	30	31,9
Pengangguran	3	3,2
Jumlah	94	100



Gambar 4.4. Diagram frekuensi berdasarkan pekerjaan pada penderita dispepsia

Pada tabel 4.3, dapat dilihat bahwa frekuensi tertinggi penderita dispepsia berdasarkan pekerjaan adalah pensiunan yaitu sebanyak 30 orang (31,9%) sedangkan yang terendah adalah pengangguran sebanyak 3 orang (3,2%). Hal ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Harahap (2009) yang menemukan bahwa frekuensi tertinggi penderita dispepsia berdasarkan pekerjaan adalah ibu rumah tangga, yaitu sebesar 30,0%.

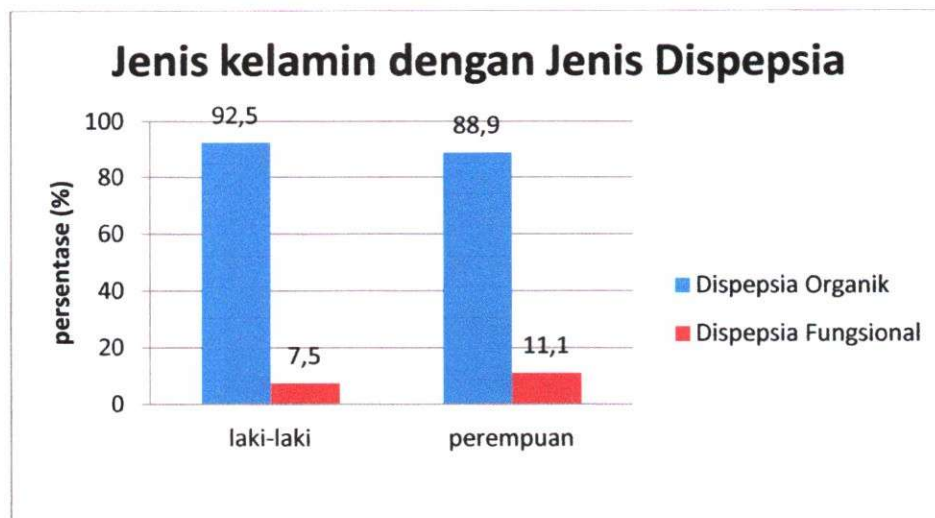
#### 4.3.5. Distribusi Jenis Dispepsia berdasarkan Jenis Kelamin

Distribusi frekuensi jenis kelamin dengan jenis dispepsia pada penderita dispepsia dapat dilihat pada tabel dan gambar di bawah ini.

Tabel 4.5. Distribusi frekuensi jenis dispepsia berdasarkan jenis kelamin pada penderita dispepsia

Jenis Kelamin	Dispepsia Organik		Dispepsia Fungsional		Total
	N	%	N	%	
Laki-laki	37	92,5	3	7,5	100%
Perempuan	48	88,9	6	11,1	100%





Gambar 4.5. Diagram frekuensi jenis dispepsia berdasarkan jenis kelamin pada penderita dispepsia

Pada tabel 4.5 dan gambar 4.5, dapat dilihat bahwa frekuensi jenis dispepsia yang tertinggi pada laki-laki adalah dispepsia organik yaitu sebanyak 37 orang (92,5%), sedangkan dispepsia fungsional sebanyak 7 orang (7,5%). Frekuensi jenis dispepsia yang tertinggi pada perempuan adalah dispepsia organik yaitu sebanyak 48 orang (88,9%), sedangkan dispepsia fungsional sebanyak 6 orang (11,1%). Dari sebuah penelitian, pada populasi yang berbeda, wanita lebih banyak mengalami dispepsia (Mahadeva dan Goh, 2006).

Perempuan sering mengalami gejala mual, muntah, rasa cepat kenyang, dan nyeri di epigastrium karena perempuan sering melakukan diet untuk menjaga berat badan yang ideal sehingga intake tidak adekuat baik makanan maupun cairan. Dari hasil survey sekitar 58 persen perempuan memilih cara diet dengan mengurangi porsi makan dan 31 persen perempuan melakukan diet dengan cara tidak makan malam. Sisanya perempuan mengaku sukses diet dengan tidak makan nasi (Jayabaya, 2011).

Sering tidak mengonsumsi makanan menyebabkan terjadinya kekosongan lambung yang dapat mengakibatkan erosi pada lambung akibat gesekan antara dinding-dinding lambung. Kondisi demikian dapat mengakibatkan peningkatan produksi HCL yang akan oblongata membawa

memacu terjadinya suasana asam pada lambung dan stimulasi di medulla impuls muntah (Sain, 2011).

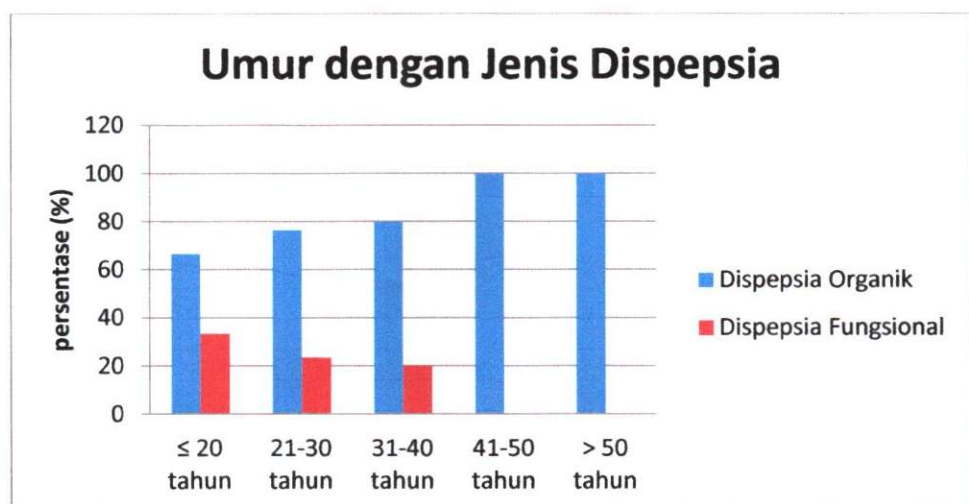
Pada laki-laki, penyebab dispepsia paling banyak adalah mengkonsumsi rokok. Prevalensi perokok laki-laki di Indonesia mencapai 63% (Lembaga Demografi FEUI, 2008). Kebiasaan merokok dapat menimbulkan terjadinya dispepsia karena *Lower Esophageal Sphincter* dapat melemah sehingga menyebabkan gas di lambung dapat naik ke kerongkongan. Mekanisme tersebut menimbulkan sensasi kembung dan sendawa (Mahadeva dan Goh, 2006).

#### 4.3.6. Distribusi Jenis Dispepsia berdasarkan Umur

Distribusi frekuensi jenis dispepsia berdasarkan umur pada penderita dispepsia dapat dilihat pada tabel dan gambar di bawah ini.

Tabel 4.6. Distribusi frekuensi jenis dispepsia berdasarkan umur pada penderita dispepsia

Umur	Dispepsia Organik		Dispepsia Fungsional		Total
	N	%	N	%	
≤ 20 tahun	4	66,7	2	33,3	100%
21-30 tahun	13	76,5	4	23,5	100%
31-40 tahun	12	80	3	20	100%
41-50 tahun	16	100	0	0	100%
>50 tahun	40	100	0	0	100%



Gambar 4.6. Diagram frekuensi jenis dispepsia berdasarkan umur pada penderita dispepsia

Pada tabel 4.6 dan gambar 4.6, dapat dilihat bahwa pada kelompok umur  $\leq 20$  tahun, frekuensi jenis dispepsia organik sebanyak 4 orang (66,7%), dispepsia fungsional sebanyak 2 orang (33,3%). Kelompok umur 21-30 tahun, frekuensi jenis dispepsia organik sebanyak 13 orang (76,5%), dispepsia fungsional sebanyak 4 orang (23,5%). Kelompok umur 31-40 tahun, frekuensi jenis dispepsia organik sebanyak 12 orang (80%), dispepsia fungsional sebanyak 3 orang (20%). Kelompok umur 41-50 tahun, frekuensi jenis dispepsia organik sebanyak 16 orang (100%), dispepsia fungsional sebanyak 0%. Kelompok umur  $> 50$  tahun, frekuensi jenis dispepsia organik sebanyak 40 orang (100%), dispepsia fungsional sebanyak 0%. Pada usia 50 tahun keatas telah terjadi proses degenerasi di dalam organ tubuh (Tim Redaksi, 2009).

Berdasarkan hasil di atas untuk kategori umur  $> 40$  tahun menunjukkan dispepsia organik semakin meningkat dengan bertambahnya umur. Sebaliknya, untuk kategori umur  $\leq 40$  tahun menunjukkan semakin muda umur maka dispepsia fungsional semakin banyak. Tetapi pada umur  $< 40$  tahun tetap perlu dipikirkan adanya dispepsia organik, sedangkan pada usia  $> 40$  tahun angka kejadian dispepsia fungsional menjadi sangat berkurang. Secara fisiologis, lambung memiliki mukosa yang terdapat banyak kelenjar. Kelenjar pada lambung menghasilkan mukus yang berfungsi untuk melindungi dinding mukosa dari rangsangan mekanik, efek erosi asam, dan enzim proteolitik. Asam lambung (HCl) bersifat asam pekat dan dapat mengiritasi lambung, tetapi pada orang normal tidak terjadi iritasi karena adanya mukus. Pada orang yang telah mengalami penurunan fungsi tubuh, mukus tidak dapat diproduksi dengan baik, sehingga asam lambung dapat mengiritasi mukosa lambung (Ganong, 2003).

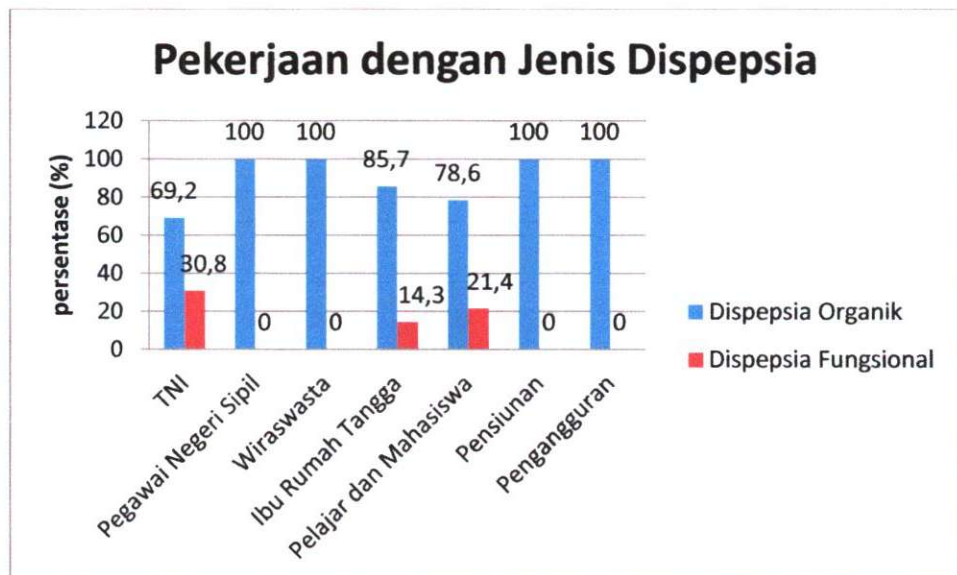
#### **4.3.7. Distribusi Jenis Dispepsia berdasarkan Pekerjaan**

Distribusi frekuensi jenis dispepsia berdasarkan pekerjaan pada penderita dispepsia dapat dilihat pada tabel dan gambar di bawah ini.



Tabel 4.7. Distribusi frekuensi jenis dispepsia berdasarkan pekerjaan pada penderita dispepsia

Pekerjaan	Dispepsia Organik		Dispepsia Fungsional		Total
	N	%	N	%	
TNI	9	69,2	4	30,8	100%
Pegawai Negeri Sipil	16	100	0	0	100%
Wiraswasta	4	100	0	0	100%
Ibu Rumah Tangga	12	85,7	2	14,3	100%
Pelajar dan Mahasiswa	11	78,6	3	21,4	100%
Pensiunan	30	100	0	0	100%
Pengangguran	3	100	0	0	100%



Gambar 4.7. Diagram frekuensi jenis dispepsia berdasarkan pekerjaan pada penderita dispepsia

Pada tabel 4.7 dan gambar 4.7, dapat dilihat bahwa pada pekerjaan TNI, frekuensi jenis dispepsia organik sebanyak 9 orang (69,2%), dispepsia fungsional sebanyak 4 orang (30,8%). Pekerjaan pegawai negeri sipil, frekuensi jenis dispepsia organik sebanyak 16 orang (100%), dispepsia fungsional sebanyak 0%. Pekerjaan wiraswasta, frekuensi jenis dispepsia organik sebanyak 4 orang (100%), dispepsia fungsional sebanyak 0%. Pada ibu rumah tangga, frekuensi jenis dispepsia organik sebanyak 12 orang (85,7%), dispepsia fungsional sebanyak 2 orang (14,3%). Pada pelajar dan mahasiswa, frekuensi jenis dispepsia organik sebanyak 11 orang (78,6%),



dispepsia fungsional sebanyak 3 orang (21,4%). Pada pensiunan, frekuensi jenis dispepsia organik sebanyak 30 orang (100%), dispepsia fungsional 0%. Pada pengangguran, frekuensi jenis dispepsia organik sebanyak 3 orang (100%), dispepsia fungsional sebanyak 0%.

Salah satu faktor risiko dispepsia adalah faktor stres. Pekerjaan yang berat dapat memicu timbulnya stres. Pada pekerjaan TNI, pegawai negeri sipil dan wiraswasta memiliki beban yang berat dalam melaksanakan pekerjaannya. Ibu rumah tangga juga rentan terhadap stres karena aktivitas yang monoton di rumah dan memikirkan pekerjaan rumah tangga. Pelajar dan mahasiswa dapat mengalami stres karena dalam masa pendidikan juga memiliki beban dalam belajar. Pada pensiunan, stres dapat terjadi karena sebelumnya bekerja dan sekarang tidak memiliki pekerjaan lagi sedangkan kebutuhan hidup harus terpenuhi. Pada pengangguran juga dapat terjadi stres karena tidak ada aktivitas yang dapat dilakukan sehari-hari sehingga menimbulkan rasa penat dan menyebabkan stres (Mahadeva dan Goh, 2006).

Dilihat dari tabel distribusi frekuensi jenis dispepsia berdasarkan pekerjaan di atas, didapatkan bahwa TNI, pelajar dan mahasiswa, dan ibu rumah tangga paling banyak mengalami stres.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1. Kesimpulan**

Dari penelitian ini dapat di tarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Persentase angka kejadian dispepsia di Instalasi Rawat Inap Penyakit Dalam RS Tk.II dr. AK Gani Palembang selama Januari-Desember 2011 adalah 5,94%.
2. Persentase jenis dispepsia yang tertinggi pada laki-laki adalah dispepsia organik 92,5%, sedangkan dispepsia fungsional 7,5%. Persentase jenis dispepsia yang tertinggi pada perempuan adalah dispepsia organik 88,9%, sedangkan dispepsia fungsional 11,1%.
3. Persentase jenis dispepsia organik yang tertinggi pada kelompok umur 41-50 tahun dan > 50 tahun yaitu 100 %. Persentase jenis dispepsia fungsional tertinggi pada kelompok umur  $\leq$  20 tahun yaitu 33,3%.
4. Persentase jenis dispepsia organik yang tertinggi pada pekerjaan pegawai negeri sipil, wiraswasta, pensiunan, dan pengangguran yaitu 100%. Persentase jenis dispepsia fungsional yang tertinggi pada TNI yaitu 30,8%.

#### **6.2. Saran**

Dari hasil penelitian yang didapat, maka peneliti ingin memberikan beberapa saran, yaitu.

1. Pada hasil distribusi frekuensi berdasarkan umur dapat dilihat bahwa umur > 50 tahun paling banyak menderita dispepsia karena faktor stres, maka disarankan pada orang yang telah pensiun masih melakukan aktivitas pasca pensiun.
2. Pada hasil distribusi frekuensi jenis dispepsia berdasarkan jenis kelamin, dispepsia organik banyak diderita pada perempuan karena faktor pola makan yang kurang baik contohnya diet yang ketat. Sedangkan pada laki-

laki juga banyak menderita dispepsia organik dan salah satu faktor risikonya adalah merokok. Sehingga untuk perempuan dianjurkan melakukan diet yang sehat tanpa mengurangi asupan nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh. Sedangkan untuk laki-laki dianjurkan mengurangi dan menghentikan konsumsi rokok.

3. Bagi klinisi, jika mendapatkan penderita dispepsia yang berumur < 40 tahun harus memikirkan adanya dispepsia fungsional, untuk pasien yang berumur > 50 tahun kemungkinan dispepsia fungsional menjadi lebih kecil.
4. Bagi peneliti, agar penelitian yang akan datang mencari lebih dalam mengenai hubungan stres dan pekerjaan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adenan, H. 1995. Penatalaksanaan Dispepsia, Naskah Lengkap Pertemuan Ilmiah Nasional VII PPHI dan Kongres Nasional VII PGI, PEGI, Ujung Pandang: Yayasan Masa Depan, hal.151 – 164.
- Bitzer , P, et all. 2000. Low Socioeconomic Class is A Risk Factor For Upper and Lower Gastrointestinal Symptoms.(Available from: [Http://gut.bmj.com/cgi/content/abstract/49/1/66](http://gut.bmj.com/cgi/content/abstract/49/1/66), Diakses 18 Januari 2012).
- Bjorkman, David J. 2011. Prevention of Dyspepsia, Ulcers, and Complications : Appropriate Use of PPIs to Minimize GI Mucosal Injury. Medscape Education. (Available from: [Http://www.medscape.org/viewarticle/456092\\_3](http://www.medscape.org/viewarticle/456092_3), Diakses 31 Desember 2011).
- Chang L. 2006. From Rome to Los Angeles-The Rome III Criteria for the Functional GI Disorders. Medscape Gastroenterology. (Available from: [Http://www.medscape.com/viewarticle/533460](http://www.medscape.com/viewarticle/533460), Diakses 23 Oktober 2011).
- Davidson S.S., Passmore R, Brock J.R., Truswell A.S. 1975. Human Nutrition and Dietetics. 6th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, hal.466-467.
- Djojoningrat, D. 2007. Dispepsia Fungsional. Dalam: Sudoyo,dkk., Buku Ajar: Ilmu Penyakit Dalam. Edisi 4. Jakarta: Balai Penerbit FKUI, hal.352-354.
- Dobrek, Lukasz., Thor, Piotr. 2009. Pathophysiological Concepts of Functional Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome Future Pharmacotherapy. Acta Poloniae Pharmaceutica-Drug Research. Vol.66. 5, (Available from: [Http://www.ptfarm.pl/pub/File/Acta\\_Poloniae/2009/5/447-460.pdf](http://www.ptfarm.pl/pub/File/Acta_Poloniae/2009/5/447-460.pdf), Diakses 25 Oktober 2011).
- Ganong, W.F., 2003. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 20. Jakarta: EGC, 472-478.
- Guyton, Arthur C., Hall, John E. 2008. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran: “Fungsi Sekresi Saluran Pencernaan”. Edisi 11. Jakarta: EGC, hal.840.
- Guyton, Arthur C., Hall, John E., 2008. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran: “Insulin, Glukagon, dan Diabetes Melitus”. Edisi 11. Jakarta: EGC, hal.1022.
- Hadi, Sujono. 2002. Gastroenterologi. Edisi 7. Bandung: P.T.Alumni, 156-163.



- Harahap, Yanti., 2009. Karakteristik Penderita Dispepsia Rawat Inap di RS Martha Friska Medan Tahun 2007.(Diunduh dari: [Http:// repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/14681/1/10E00274.pdf](http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/14681/1/10E00274.pdf), Diakses 15 November 2011).
- Hastono, S.P. 2001. Modul Analisa Data. Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Jakarta, Indonesia, hal. 1-2.
- Herbrandson, Cynthia. 2005. Digestive System. Kellogg Community College. (Available from: [Http://academic.kellogg.edu/herbrandsonc/bio201\\_mckinley/Digestive%20System.htm](http://academic.kellogg.edu/herbrandsonc/bio201_mckinley/Digestive%20System.htm), Diakses 26 Desember 2011).
- Hirlan. 2007. Gastritis. Dalam: Sudoyo,dkk., Buku Ajar: Ilmu Penyakit Dalam. Edisi 4. Jakarta: Balai Penerbit FKUI, 335-336.
- Jayabaya. 2011. Bagaimana Pilihan Diet Yang Tepat Bagi Wanita. (Available from:[Http://id.shvoong.com/how-to/2211988-bagaimana-pilihan-diet-yang-tepat/](http://id.shvoong.com/how-to/2211988-bagaimana-pilihan-diet-yang-tepat/), Diakses 4 Maret 2011).
- Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. 2008. (Available from:([Http://www.tobaccofreeunion.org/assets/Technical%20Resources/Economic%20Reports/Tobacco%20Economics%20in%20Indonesia%20-%20ID.pdf](http://www.tobaccofreeunion.org/assets/Technical%20Resources/Economic%20Reports/Tobacco%20Economics%20in%20Indonesia%20-%20ID.pdf), Diakses 4 Maret 2011).
- Lesmana, Laurentius A. 2007. Penyakit Batu Empedu. Dalam: Sudoyo,dkk., Buku Ajar: Ilmu Penyakit Dalam. Edisi 4. Jakarta: Balai Penerbit FKUI, hal.479.
- Mahadeva, Sanjiv., Goh, Khean-Lee., 2006. Epidemiology of Functional Dyspepsia: A Global Perspective. World Journal of Gastroenterology. 12(17),(Available from:[Http://www.wjgnet.com/1007-9327/12/2661.asp](http://www.wjgnet.com/1007-9327/12/2661.asp)., Diakses 23 Oktober 2011).
- Manan, Chudahman., Syam, Ari Fahrial. 2007. Irritable Bowel Syndrome. Dalam: Sudoyo,dkk., Buku Ajar: Ilmu Penyakit Dalam. Edisi 4. Jakarta: Balai Penerbit FKUI, hal.381.
- Mansjoer, A. 2001. Kapita Selektta Kedokteran. Edisi Ketiga. Jilid Pertama. Jakarta: Media Aesculapius FKUI.
- MedicineNet,Inc. 2010. Peptic Ulcer Illustration. New York. (Available from: [Http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=115342](http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=115342), Diakses 26 Desember 2011).
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan: “Metode Pengambilan Sampel”. Rineka Cipta, Jakarta, Indonesia, hal.115-130.

- Price, Sylvia A., Wilson, Lorraine M., 2006. Patofisiologi: Konsep Klinis Proses Proses Penyakit. Edisi 6. Volume 1. Jakarta: EGC, 422-423.
- Rani, A.A., Fauzi A. 2007. Ilmu Penyakit Dalam “Infeksi Helicobacter Pylori dan Penyakit Gastroduodenal”. Edisi IV. FKUI, Jakarta.
- Reshetnikov O.V., Kurilovich S.A., 2007. Mode of Dieting and Dyspepsia: A Population-Based Study. Pubmed. 76(4):35-7, (Available from: <Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17802773>, Diakses 23 Oktober 2011).
- RSUD Sungailiat Bangka, 2008. (Diunduh dari: [Http://www.bangka.go.id/content.php?id\\_content=rsud](Http://www.bangka.go.id/content.php?id_content=rsud), Diakses 23 Oktober 2011)
- Sastroasmoro, S. 2008. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis: “Pemilihan Subyek Penelitian”. Edisi ke-3. Sagung Sato, Jakarta, Indonesia, hal. 85-86.
- Sani, Iwan. 2011. Dispepsia. Laporan Penelitian, halaman 8.
- Sanityoso, Andri. 2007. Hepatitis Virus Akut. Dalam: Sudoyo,dkk., Buku Ajar: Ilmu Penyakit Dalam. Edisi 4. Jakarta: Balai Penerbit FKUI, hal.381.
- Shmuely, H, dkk. 2003. Dyspepsia Symptoms and Helicobacter pylori Infection, Nakuru Kenya. Emerging Infectious Diseases, Vol.9, No.9 Hal 1104 (Available from: <Http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/9/9/pdfs/02-0374.pdf>, Diakses 1 Februari 2012)
- Sjamsuhidajat., Alwy, Sabir. 2006. Manual Rekam Medis. Jakarta:Konsil Kedokteran Indonesia. (Diunduh dari: <Http://inamc.or.id/download/Manual%20Rekam%20Medis.pdf>, Diakses 1 Februari 2012 )
- Taddesse,dkk. 2011. Association of Dyspepsia Symptoms and Helicobacter pylori Infections in Private Higher Clinic, Addis Ababa, Ethiopia. Ethiop Medical Journal. 49(2), (Available from: <Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21796910>, Diakses 25 Oktober 2011).
- Talley, Nicholas., Vakil, Nimish., and the Practice Parameters. 2005. Guidelines for the Management of Dyspepsia. American Journal of Gastroenterology.100, (Available from: <Http://s3.gi.org/physicians/guidelines/dyspepsia.pdf>, Diakses 23 Oktober 2011).
- Tim Redaksi. 2009. Mengatasi Gangguan Penyakit Maag. Banyu Media, Yogyakarta.

- T.T. Haug, et all. 1995. Live events and stress in patient with Functional Dispepsia compare with patients with Duodenal Ulcer and Healthy Control, Scand. Journal Gastroenterology no.30(6), hal. 524 – 430.
- Ulung, A.Soraya Tenri., Jayalangkara, Hawaidah, Patellongi, Ilhamjaya., 2011. Hubungan Derajat Ansietas dengan Dispepsia Organik. (Diunduh dari: <Http://118.97.33.150/jurnal/files/6bae46a1c1a2023275aef6f6943a3998.pdf>, Diakses 25 November 2011).
- Yasril, Heru Subaris Kasjono. 2009. Teknik Sampling untuk Penelitian Kesehatan. Yogyakarta: Graha Ilmu.





# FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711- 520045  
Fax. : 0711 516899 Palembang (30263)

Palembang, 6 Februari 2012

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 78/H-5/FK-UMP/II/2012  
Lampiran :  
Perihal : Surat Pengantar Izin Penelitian

Kepada : Yth. Bapak/Ibu Direktur  
Rumah Sakit Tk.II dr. AK Gani Palembang  
di  
Palembang

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.

Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah. SWT. Amin Ya robbal alamin.

Sehubungan dengan akan berakhirnya proses pendidikan Tahap Akademik mahasiswa angkatan 2008 Program Studi Pendidikan Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Maka sebagai salah satu syarat kelulusan, diwajibkan kepada setiap mahasiswa untuk membuat Skripsi sebagai bentuk pengalaman belajar riset.

Dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu agar kiranya berkenan memberikan izin Pengambilan Data di Rumah Sakit AK. Gani Palembang, kepada :

NO.	NAMA /NIM	JUDUL SKRIPSI
1	Rizki Amelia 70 2008 0010	Karakteristik Penderita Dispepsia di Instalasi Rawat Inap RS Tk. II dr. AK Gani Palembang Periode Januari-Desember 2011

Untuk mengambil data yang dibutuhkan dalam penyusunan skripsi yang bersangkutan.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih .

Billahittaufiq Walhidayah.  
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Dekan,

Prof. Dr. KHM. Arsyad, DABK, SpAnd

NBM/NIDN. 0603 4809 1052253/0002064803

Tembusan :

1. Yth. Pembantu Dekan I FK UMP.
2. Yth. Ka. UPK FK UMP.
3. Yth. Kasubag. Akademik FK UMP
4. Yth. UP2M FK UMP.
5. Arsip.





SURAT IZIN  
Nomor : SI / 12 / II / 2012

Dasar : Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang Nomor 78/H-5/FK-UIMP/II/2012 tanggal 06 Februari 2012 tentang izin penelitian.

Pertimbangan : Bahwa untuk pelaksanaan lebih lanjut, perlu dikeluarkan surat izin.


DIIZINKAN

Kepada : Rizki Amelia NIM 70 2008 0010 Mahasiswa/I Fak. Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang

Untuk : Mengambil data dengan judul skripsi Karakteristik Penderita di Instalasi Rawat Inap Rumkit Tk II dr AK Gani Periode Januari-Desember 2011 dengan ketentuan tidak menyebar luaskan data tersebut hanya digunakan untuk kepentingan akademis serta bersedia mengikuti peraturan yang ada di Rumkit Tk II dr AK Gani.

Demikian, untuk dilaksanakan dan diindahkan.

Dikeluarkan di Palembang  
Pada tanggal 7 Februari 2012

Kepala Rumah Sakit Tk II 02.05.01 dr AK Gani  
  
Husni Lubis, Sp.BM, MARS  
Kolonel Ckm NRP 33358

Tembusan :

1. Kakesdam II/Sriwijaya
  2. Ketua Komite Medik RS Tk. II dr. AK Gani
  3. Rektor/Dekan FK. Universitas Muhammadiyah Palembang
  4. Kasituud Rumkit Tk. II dr. AK Gani
  5. Kainstaldik Rumkit Tk. II dr. AK Gani
-



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : RIZKI AMELIA

PEMBIMBING I : dr. Siti Hildani Thaib

NIM : 70 2008 010

PEMBIMBING II : dr. Rista Silvana

JUDUL PROPOSAL :

Karakteristik Penderita Dispepsia di Instalasi Rawat Inap RS Tk.II dr. AK Gani Palembang periode Januari - Desember 2011.

NO	TGL/BLN/KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1.	30-1-2012	konsultasi bab + revisi			
2.	2-2-2012	konsultasi bab	#		
3.	3-2-2012	konsultasi bab + revisi			
4.	21-2-2012	konsultasi bab IV, 257			
5.	21-2-2012	konsultasi bab IV dan bab V	#		
6.	22-2-2012	konsultasi BAB IV 257 + ACC skripsi			
7.	23-2-2012	ACC	#		
8.	31-1-2012	konsultasi bab	#		
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang

Pada tanggal : / /

a.n. Dekan

Ketua UPK



dr. Nia Ayu Saraswati



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : RIZKI AMELIA

PEMBIMBING I : dr. Siti Hildani Thaib

NIM : 70 2008 010

PEMBIMBING II : dr. Rista Silvana

JUDUL PROPOSAL :

Karakteristik Penderita Dispepsia di Instalasi Rawat Inap RS Tk. II dr. Aik Gani Palembang Periode Januari - Desember 2011.

NO	TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1.	30-1-2012	konsultasi bab + revisi			
2.	2-2-2012	konsultasi bab	#		
3.	3-2-2012	konsultasi bab + revisi			
4.	21-2-2012	konsultasi bab IV.2.1			
5.	21-2-2012	konsultasi bab IV dan bab V	#		
6.	22-2-2012	konsultasi BAB IV.2.1 + ACC skripsi			
7.	23-2-2012	ACC	#		
8.	31-1-2012	konsultasi bab	#		
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang

Pada tanggal : / /

a.n. Dekan

Ketua UPK



dr. Nia Ayu Saraswati



<b>NO</b>	<b>Jenis kelamin</b>	<b>Umur</b>	<b>Pekerjaan</b>	<b>Diagnosis</b>
1	perempuan	23 tahun	Mahasiswa	Dispepsia Organik
2	perempuan	66 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
3	laki-laki	89 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
4	perempuan	60 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
5	laki-laki	77 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
6	laki-laki	55 tahun	PNS	Dispepsia Organik
7	perempuan	51 tahun	PNS	Dispepsia Organik
8	perempuan	60 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
9	perempuan	55 tahun	PNS	Dispepsia Organik
10	laki-laki	46 tahun	PNS	Dispepsia Organik
11	laki-laki	74 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
12	laki-laki	77 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
13	perempuan	70 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
14	perempuan	45 tahun	PNS	Dispepsia Organik
15	perempuan	83 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
16	perempuan	60 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
17	laki-laki	77 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
18	perempuan	62 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
19	laki-laki	29 tahun	PNS	Dispepsia Organik
20	laki-laki	63 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
21	laki-laki	61 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
22	perempuan	84 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
23	laki-laki	69 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
24	laki-laki	81 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
25	perempuan	22 tahun	Mahasiswa	Dispepsia Fungsional
26	perempuan	73 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
27	perempuan	73 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
28	laki-laki	70 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
29	perempuan	59 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
30	laki-laki	43 tahun	PNS	Dispepsia Organik
31	perempuan	65 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
32	perempuan	63 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
33	perempuan	20 tahun	Mahasiswa	Dispepsia Fungsional
34	perempuan	79 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
35	perempuan	44 tahun	PNS	Dispepsia Organik
36	perempuan	61 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
37	perempuan	19 tahun	Mahasiswa	Dispepsia Fungsional
38	perempuan	76 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
39	laki-laki	70 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
40	perempuan	68 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
41	perempuan	34 tahun	PNS	Dispepsia Organik
42	laki-laki	40 tahun	PNS	Dispepsia Organik
43	laki-laki	55 tahun	PNS	Dispepsia Organik



44	laki-laki	64 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
45	laki-laki	41 tahun	PNS	Dispepsia Organik
46	laki-laki	25 tahun	PNS	Dispepsia Organik
47	perempuan	57 tahun	Pensiunan	Dispepsia Organik
48	perempuan	48 tahun	PNS	Dispepsia Organik
49	perempuan	11 tahun	Pelajar	Dispepsia Organik
50	perempuan	30 tahun	IRT	Dispepsia Organik
51	laki-laki	75 tahun	Wiraswasta	Dispepsia Organik
52	perempuan	50 tahun	IRT	Dispepsia Organik
53	perempuan	24 tahun	Mahasiswa	Dispepsia Organik
54	perempuan	21 tahun	Mahasiswa	Dispepsia Organik
55	perempuan	39 tahun	IRT	Dispepsia Fungsional
56	laki-laki	38 tahun	Wiraswasta	Dispepsia Organik
57	perempuan	38 tahun	IRT	Dispepsia Organik
58	laki-laki	22 tahun	Mahasiswa	Dispepsia Organik
59	laki-laki	21 tahun	Mahasiswa	Dispepsia Organik
60	perempuan	23 tahun	Mahasiswa	Dispepsia Organik
61	perempuan	32 tahun	IRT	Dispepsia Organik
62	perempuan	18 tahun	Pelajar	Dispepsia Organik
63	perempuan	31 tahun	IRT	Dispepsia Organik
64	laki-laki	42 tahun	Wiraswasta	Dispepsia Organik
65	perempuan	65 tahun	IRT	Dispepsia Organik
66	perempuan	63 tahun	IRT	Dispepsia Organik
67	perempuan	18 tahun	Pelajar	Dispepsia Organik
68	laki-laki	83 tahun	Dan lain-lain	Dispepsia Organik
69	perempuan	38 tahun	IRT	Dispepsia Organik
70	perempuan	50 tahun	IRT	Dispepsia Organik
71	perempuan	25 tahun	Dan lain-lain	Dispepsia Organik
72	perempuan	43 tahun	PNS	Dispepsia Organik
73	laki-laki	67 tahun	Dan lain-lain	Dispepsia Organik
74	laki-laki	30 tahun	Wiraswasta	Dispepsia Organik
75	laki-laki	33 tahun	PN	Dispepsia Organik
76	perempuan	21 tahun	Mahasiswa	Dispepsia Organik
77	laki-laki	41 tahun	PN	Dispepsia Organik
78	laki-laki	40 tahun	PN	Dispepsia Organik
79	perempuan	21 tahun	PN	Dispepsia Fungsional
80	laki-laki	43 tahun	PNS	Dispepsia Organik
81	perempuan	46 tahun	IRT	Dispepsia Organik
82	laki-laki	46 tahun	PN	Dispepsia Organik
83	laki-laki	22 tahun	PN	Dispepsia Fungsional
84	perempuan	37 tahun	IRT	Dispepsia Organik
85	perempuan	20 tahun	Mahasiswa	Dispepsia Organik
86	perempuan	36 tahun	IRT	Dispepsia Fungsional
87	perempuan	39 tahun	IRT	Dispepsia Organik

88	laki-laki	51 tahun	PN	Dispepsia Organik
89	perempuan	22 tahun	PN	Dispepsia Organik
90	laki-laki	23 tahun	PN	Dispepsia Fungsional
91	laki-laki	50 tahun	PN	Dispepsia Organik
92	laki-laki	36 tahun	PN	Dispepsia Fungsional
93	laki-laki	48 tahun	PN	Dispepsia Organik
94	laki-laki	36 tahun	PN	Dispepsia Organik

Keterangan:

1. PN = Pegawai Negeri
2. PNS = Pegawai Negeri Sipil
3. IRT = Ibu Rumah Tangga

## RIWAYAT HIDUP

Nama : Rizki Amelia  
Tempat, Tanggal Lahir : Palembang, 26 Januari 1991  
Alamat : Jalan H. Sanusi no.3279 RT.38 RW.06 Lebong  
Siarang Palembang 30151  
Telp/HP : 085669297661  
Email : kie\_changcut@yahoo.com  
Agama : Islam

Nama Orang Tua  
Ayah : Kolonel CKM. dr. H. K.A.Rohim  
Ibu : Hj. Marsulin

Jumlah Saudara : 2 (dua) orang  
Anak ke : 1 (satu)  
Riwayat Pendidikan : 1. TK YP Indra II Palembang tahun 1994-1996  
2. SD Muhammadiyah 6 Palembang tahun 1996-2002  
3. SMP Negeri 9 Palembang tahun 2002-2005  
4. SMA Negeri 6 Palembang tahun 2005-2008



Palembang, 9 Maret 2012



Rizki Amelia