

# Gambaran Klinik Penderita Malaria yang Dirawat di Bagian Anak RSUD Sumbawa, 1997

Lina Siswanto, Made Sidia

SMF Anak, Rumah Sakit Umum Sumbawa, Sumbawa Besar

## ABSTRAK

Penelitian ini retrospektif terhadap 106 penderita dengan hasil darah positif malaria, di bangsal Anak sejak Januari-Desember 1997. Dilaporkan terbanyak pada usia 6 bulan – 1 tahun, dengan 66% gizi baik.

Dari gejala klinis yang didapat, dikelompokkan malaria ringan 87,4% dan malaria berat 22,6%. Manifestasi klinis yang didapat amat bervariasi, dengan keluhan terbanyak yaitu demam (84%). Diikuti gejala gastrointestinal, berupa mual muntah (65%), dan diare (60%). Sesak yang didahului batuk-pilek juga sering dikeluhkan, sebanyak 15%. Perdarahan juga terjadi pada 7 kasus (6,6%), berupa epistaksis, hematemesis, dan melena.

Pemeriksaan Hb tidak rutin, dari 35 kasus yang diperiksa, 21 penderita mengalami anemia dengan 8 kasus termasuk anemia berat (Hb < 8 g%). Hasil pemeriksaan darah, 93,3% didapat *PL vivax* dan 6,65% sisanya *Pl. falciparum*.

## PENDAHULUAN

Malaria merupakan salah satu penyakit yang menarik untuk diamati, oleh karena sering kasus ini baru ditemui saat dokter yang baru lulus, ditempatkan di daerah luar Jawa, Madura, dan Bali. Saat ini, malaria merupakan penyakit yang angka kesakitannya masih cukup tinggi di Indonesia bagian timur. Bahkan di daerah transmigrasi, dengan campuran penduduk pendatang yang berasal dari daerah non endemis dan penduduk asli endemis malaria, masih sering terjadi letusan kasus yang kadang-kadang disertai kematian.

Upaya-upaya pencegahan, berupa pemberantasan vektor maupun upaya penanggulangan penderita masih perlu terus ditingkatkan untuk menurunkan angka kesakitan. Diagnosis dini yang akurat dan pengobatan yang tepat merupakan salah satu upaya yang amat membantu.

Dalam penegakan diagnosis secara tepat, diperlukan pengalaman ketrampilan klinis yang memadai, sehingga pengobatan

dapat secepatnya diberikan; menegakkan diagnosis malaria pada anak tidaklah mudah, karena gejala klinis berupa demam paroksismal seperti pada orang dewasa, tidak lazim dijumpai pada bayi dan anak.

Manifestasi klinis malaria bervariasi, dan sering ditemukan keadaan yang lebih berat di rumah sakit akibat timbulnya penyulit dan penyakit penyerta yang menyebabkan tingginya angka kematian.

Tujuan penelitian ini adalah mencari informasi yang berkaitan dengan aspek klinis malaria anak, sehingga penderita dengan gejala dan tanda-tanda tertentu, perlu diwaspadai dan dikelola secara optimal dengan harapan dapat menurunkan angka kematian.

## BAHAN DAN CARA

Penelitian dilakukan secara retrospektif pada penderita anak yang dirawat inap di bangsal anak RSUD Sumbawa, dalam

periode Januari – Desember 1997 (satu tahun).

Sampel yang dipakai adalah penderita < 14 tahun, dan pada pemeriksaan tetes tebal didapatkan malaria yang positif. Dari sampel tersebut, kemudian diambil data subyektif yang didapat dari orang tua/keluarga dekat. Sedang data obyektif didapat dari pemeriksaan fisik, mengukur berat badan, suhu tubuh dan darah lengkap sederhana.

Semua penderita yang rawat inap di bagian anak, rutin menjalani pemeriksaan tetes tebal malaria. Subyek penelitian dengan data yang tidak lengkap, tidak dimasukkan dalam penelitian.

Penderita dibedakan atas malaria ringan (tanpa komplikasi) dan malaria berat (dengan komplikasi). Kriteria malaria dengan komplikasi menurut WHO 1990 dan Rampengan<sup>(1,2)</sup>:

- Malaria otak (gangguan kesadaran)
- Malaria dengan kejang berulang
- Malaria dengan hiperpireksia (t axiler > 40,5°C)
- Malaria dengan GE Dehidrasi
- Malaria dengan perdarahan/DIC
- Malaria dengan anemia berat (Hb < 8 g%)
- Malaria dengan ikterus
- Malaria dengan gagal ginjal
- *Black water fever*/hemoglobinuri

Untuk penentuan status gizi, dipakai pengukuran BB terhadap umur, dan dibandingkan terhadap standar<sup>(3)</sup>:

1. Gizi baik : 80% - 100%
2. Gizi kurang : 60% - 80%
3. Gizi buruk : < 60%

Standar yang dipakai masih menurut Lokakarya Antropometri (Standar Harvard).

Sedangkan untuk anemia, memakai angka sebagai berikut<sup>(4)</sup>:

- 6-23 bulan : Hb 10,3 g/dl
- 24-59 bulan : Hb 10,6 g/dl
- 60-83 bulan : Hb 11 g/dl

di bawah angka tersebut dinyatakan anemi.

Data yang diperoleh dari catatan medik dikumpulkan, diolah dan dianalisis secara deskriptif.

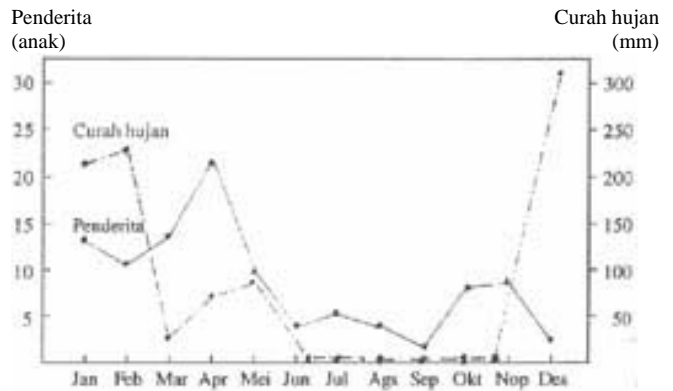
## HASIL DAN PEMBAHASAN

Di bagian Anak sejak Januari - Desember 1997 telah dirawat 605 penderita, 109 penderita (18%) pada preparat darahnya positif malaria. Yang diambil sebagai sampel sebanyak 106 penderita.

Penderita paling banyak didapatkan pada bulan April dan makin menurun ketika musim kemarau tiba, yaitu dari bulan Juni. Lingkungan fisik amat mempengaruhi perilaku nyamuk dan siklus seksual plasmodium yang berada dalam tubuh nyamuk. Lingkungan itu misalnya: suhu udara, curah hujan, kelembaban udara, arah angin dan lain-lain.

Tiap jenis spesies Anopheles memiliki sifat, perilaku dan tempat perindukan yang tidak sama. Sehingga vektor malaria pada tiap-tiap daerah berbeda-beda sesuai dengan lingkungan fisiknya. Misalnya pada musim kemarau populasi *An. aconitus* dan *An. maculatus* mencapai puncaknya, dan sebaliknya pada musim hujan untuk *An. sundaicus* dan *An. subpictus*. Tempat

**Grafik 1. Distribusi penderita Malaria di bagian anak bulan Januari – Desember 1997 dihubungkan dengan curah hujan 1997.**



97

97

perindukan masing-masing juga berbeda, ada yang di laguna (*An. sundaicus*, *An. subpictus*, *An. barbirostris*), di sawah (*An. aconitus*, *An. anularis*), dan ada yang di sungai (*An. maculatus*). Untuk daerah Sumbawa, penulis belum mendapatkan data tertulisnya.

Menurut data dari Stasiun Meteorologi dan Geofisika Sumbawa Besar, pada bulan-bulan Juni sampai awal Nopember 1997 sama sekali tidak ada curah hujan. Secara umum hujan punya hubungan langsung dengan perkembangan larva nyamuk menjadi dewasa. Range suhu maksimum-minimum pada bulan-bulan itu menjadi semakin besar (rata-rata 33,5- 21,2°C). Hujan yang diselingi panas akan memperbesar kemungkinan berkembang biaknya Anopheles<sup>(6)</sup>. Makin tinggi suhu (maksimum 32°C) makin pendek siklus plasmodium di tubuh nyamuk. Dengan kata lain, makin cepat terjadinya bentuk infeksi parasit malaria yang siap ditularkan ke tubuh manusia lewat gigitan nyamuk. Pada suhu di atas 32°C, parasit dalam tubuh nyamuk akan mati, meskipun dalam tubuh manusia parasit akan tetap hidup pada suhu 40°C<sup>(6)</sup>.

**Tabel 1. Distribusi umur penderita Malaria**

Golongan umur	Jumlah	
	n	%
0 bulan – 6 bulan	22	21
> 6 bulan – 1 tahun	37	35
> 1 tahun – 2 tahun	17	16
> 2 tahun – 5 tahun	13	12
> 5 tahun	17	16
Total	106	100

Pada kelompok umur lebih dari 6 bulan sampai 1 tahun, paling besar jumlahnya, yaitu 37 orang (35%). Penderita yang paling muda tercatat pada usia 1,5 bulan. Hal ini berbeda dari hasil penelitian Nuchsan Umar Lubis di RSU Langsa Aceh Timur 1992, yang mendapatkan penderita terbanyak pada kelompok umur lebih dari 5 tahun (52,3%).

Kekebalan tubuh alami, terdapat pada bayi selama tahun pertama dari kehidupannya. Tiga faktor yang menyebabkan kekebalan itu adalah<sup>(10)</sup> :

- a. Tingginya prosentase HbF pada darah janin. Secara *in vitro* HbF menghambat pertumbuhan parasit dalam sel darah merah.
- b. Kekebalan pasif dari antibodi ibu.
- c. Defisiensi PABA (paraaminobenzoic-acid) pada diet bayi, yaitu ASI. Padahal PABA merupakan esensial nutrisi untuk pertumbuhan parasit.

Kemungkinan ditemukannya parasit dalam darah ternyata berbeda-beda, sesuai dengan umur, yang terbagi dalam 5 fase<sup>(11,12)</sup>: Fase I (0 - 2 bulan) : bayi terlindung dari malaria, dan parasit hanya ditemukan di darah tepi pada kira-kira 10% dari populasi anak.

Fase 2 (3 - 6 bulan) : parasit di darah tepi ditemukan lebih sering, serangan klinis malaria relatif ringan. Kekebalan yang berasal dari ibu pelan-pelan dikatabolisisasi dan habis saat bayi berumur sekitar 3 bulan.

Fase 3 (7 bulan - 2 tahun) : parasit hampir selalu ditemukan di darah tepi dan sering dengan kepadatan tinggi. Khas ditandai serangan malaria berulang dengan gejala klinis yang berat. Pada penelitian kami, tercatat 54,2% malaria berat didapatkan di golongan usia ini.

Fase 4 (3-4 tahun) : serupa dengan kekebalan fase satu, disebut kekebalan antitoksik, ditandai dengan ringannya gejala dan episode serangan, walaupun kepadatan parasit tetap.

Fase 5 atau fase akhir : serangan malaria secara klinis jarang dan bersifat ringan. Kapan kekebalan alami itu dimiliki tergantung endemisitas di daerah tersebut.

**Tabel 2. Distribusi status gizi penderita malaria.**

Status gizi	n	%
Gizi baik	70	66
Gizi kurang	27	25
Gizi buruk	9	9

Dari 106 penderita, 66% termasuk kategori gizi baik. Dari 24 penderita malaria berat, ternyata 70,8% termasuk gizi baik, 25,0% gizi kurang dan 4,2% termasuk gizi buruk. Dengan hasil seperti ini, perlu dipelajari lagi faktor-faktor selain gizi yang mempengaruhi, seperti faktor lingkungan (endemisitas suatu daerah, vektor), agent (jenis plasmodiumnya, kepadatan parasit), maupun host (umur, jenis kelamin, penyakit penyerta dan lain-lain).

Secara klinis gejala malaria pada anak, berbeda dari gambaran klasik penyakit malaria yang terlihat pada orang dewasa. Manifestasi klinisnya amat bervariasi dari yang asimtomatis ringan sampai berat. Oleh karena itu dalam mendiagnosis malaria pada bayi dan anak tidaklah mudah.

Keluhan demam periodik yang khas, tidak lazim terjadi pada bayi/anak. Dari hasil pengamatan ini 17 penderita (16%) di antaranya justru tidak mengeluhkan demam. Mereka datang ke RS dengan keluhan lain seperti, mencret, muntah dan sesak. Sedangkan 84% (89 anak) mengeluhkan demam dengan rata-rata  $t = 37,8^{\circ}\text{C}$ . Seorang anak tercatat mencapai suhu  $43^{\circ}\text{C}$ . Penyakit malaria dengan infeksi tunggal, serangan demamnya dengan intereval tertentu, yang diselingi periode bebas demam. Sedangkan penderita dengan infeksi campuran (lebih dari satu jenis plasmodium), serangan panasnya bisa terus-menerus tanpa

**Tabel 3. Klasifikasi malaria**

Kategori	n	%	Meninggal	
			n	%
Ringan	82	77,4	0	0
Berat	24	22,6	2	1,88
Total	106	100	2	1,88

**Tabel 4. Keluhan klinik penderita malaria**

Keluhan	n	%
Panas badan	89	84,0
Mual/muntah	69	65,0
Mencret	64	60,0
Sesak	16	15,0
Kejang	11	10,0
Menggigil	10	9,4
Perdarahan	7	6,6
Penurunan kesadaran	3	2,8
Total	106	100

**Tabel 5. Pemeriksaan fisis penderita malaria**

Pemeriksaan fisis	n	%
Febris	89	83,9
Anemi (Hb < 10)	21	19,8
Ikterus	1	0,94
Hepatomegali	2	1,88
Splenomegali	-	100
Total	113	100

interval<sup>(1)</sup>. Menurut hasil penelitian yang dilakukan Gautama dkk, ditemukan bahwa pola panas pada malaria anak adalah sebagai berikut, berurutan dari yang paling sering, intermiten, kontinyu, dan tertian.

Dari 11 penderita yang mengalami kejang, rata-rata suhu tubuhnya  $39,15^{\circ}\text{C}$ , dan didapatkan pada anak-anak yang lebih dari 6 bulan. Dalam hal ini, sangat sukar dibedakan dengan konvulsi febril akibat panas tinggi oleh penyakit lain. Kejang-kejang pada malaria, disebabkan oleh karena adanya kecenderungan parasit (bentuk trofozoit dan skizon) untuk berkumpul di otak, sehingga menyebabkan tersumbatnya pembuluh darah otak, diperberat lagi oleh tingginya suhu tubuh penderita<sup>(1)</sup>.

Gejala gastrointestinal ternyata menempati urutan ke-dua (setelah febris, **Tabel 4**), yaitu berupa mual-muntah : 69 penderita (65%), diikuti diare : 64 penderita (60%). Hasil ini berbeda dengan pengamatan yang dilakukan oleh Nuchsan Umar Lubis, dimana mual-muntah dikeluhkan pada 36% penderita (urutan ke-6) dari gejala lainnya. Dan pada pengamatan tersebut tidak dilaporkan adanya diare<sup>(5)</sup>. Tidak mengherankan bila penderita malaria pada saat awal masuk, 53% di antaranya didiagnosis sebagai GEA (**Tabel 8**). Pada saat tercatat di rekammedik pun banyak yang tidak terhitung sebagai malaria. Sehingga sepanjang tahun 1997, malaria terhitung "hanya" menempati urutan ke-4 dengan jumlah 32 penderita. Dengan kata lain, banyak malaria yang "tersembunyi" sebagai GEA.

Adanya keluhan gastrointestinal ini mungkin disebabkan adanya iskemia organ, sehingga mukosa lambung dan usus timbul proses radang dan mengalami edema, sehingga timbul keluhan-keluhan di atas. Iskemia ini, karena eritrosit yang

terinfeksi plasmodium paling mudah melekat pada endotel kapiler, membentuk trombus-trombus, yang menghambat sirkulasi pada organ<sup>(9)</sup>.

Dari 64 penderita yang mengalami diare, dijumpai 1 kasus dengan dehidrasi berat yang berakhir dengan kematian. Yang patut dicatat adalah 82% (46 penderita) dari 64 anak tadi, gejala diare disertai dengan febris.

Sesak juga merupakan gejala yang sering ditemui, didapatkan 15% dari penderita. Biasanya batuk-batuk merupakan gejala yang mendahului. Sesak ditandai adanya napas cuping hidung, respirasi meningkat, retraksi, dan didapatkan ronki. Hal ini sering sulit dibedakan, apakah sesaknya memang karena komplikasi malarianya atau sebagai penyakit yang berdiri sendiri, karena infeksi. Masih perlu dipastikan lagi dengan bantuan foto thorax.

Sesak yang terjadi pada malaria adalah karena permeabilitas pembuluh kapiler paru yang meningkat, sehingga menyebabkan edema paru<sup>(9)</sup>. Sering terjadi karena komplikasi malaria cerebral, asidosis, hiperparasitemia dan uremi.

Perdarahan dilaporkan sebanyak 7 kasus (6,6%) yaitu berupa epistaxis, hematemesis, melena, hematemesis-melena. Perdarahan ini disebabkan oleh karena trombositopeni, atau gangguan koagulasi intravaskuler<sup>(9)</sup>. Pada 7 kasus yang ada, 5 penderita diperiksa jumlah trombositnya, tetapi semuanya > 100.000.

Pemeriksaan Hb tidak rutin dilakukan. Dari 35 kasus yang diperiksa ternyata 21 penderita (60%) mengalami anemia dengan 8 penderita termasuk dalam kategori anemia berat (Hb < 8 g%). Ikterus didapatkan pada 1 orang anak yang disertai hepatomegali dengan bilirubin urine positif 3. Hepatomegali juga menyertai anemia (Hb 5 g%), sehingga memerlukan transfusi darah, pada satu kasus.

Anemia yang terjadi pada malaria, antara lain disebabkan oleh karena<sup>(10)</sup>.

- 1) Pecahnya eritrosit oleh karena infeksi parasit.
- 2) Pemusnahan oleh lien pada eritrosit yang terinfeksi maupun yang tak terinfeksi, yang berikatan dengan imun kompleks.
- 3) Penurunan ikatan Fe pada heme.
- 4) Eritrosit menjadi fragil oleh karena disfungsi Na-K pump.
- 5) Gangguan eritropoiesis karena penekanan sumsum tulang oleh toksin malaria.

Dari 8 kasus dengan anemia berat 4 kasus di antaranya oleh karena infeksi *Pl. falciparum*, dengan rata-rata Hb 6,0 g% (dengan satu kasus Hb 5 g%). Anemia yang disebabkan oleh *Pl. falciparum* adalah lebih berat oleh karena menyerang semua umur eritrosit, berbeda dari *P. vivax* dan *Pl. ovale* yang hanya menyerang eritrosit tua.

Pada hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan 93,3% *Plasmodium vivax* dan 6,6% *Plasmodium falciparum*. Tidak dilaporkan adanya infeksi campuran. Setelah diteliti, dari 7 kasus dengan malaria falciparum, 4 penderita termasuk malaria berat (malaria dengan anemia berat), dan sisanya hanya mengeluhkan gejala yang ringan.

Menurut WHO, definisi malaria berat adalah disebabkan karena infeksi *Plasmodium falciparum*. Tapi dari catatan kami, 89% dari penderita malaria berat, disebabkan karena infeksi *Plasmodium vivax*. Hal ini perlu kiranya ditindak lanjuti ter-

hadap pemeriksaan sediaan preparat darah, oleh karena tidak menutup kemungkinan adanya infeksi campuran dengan *Pl. falciparum*.

Malaria berat yang kami dapatkan sebanyak 22,6% dengan angka kematian 1,88% dari seluruh kasus malaria dan 8,33% dari seluruh kasus malaria berat. Kematian yang tercatat adalah malaria dengan GED berat dan satu kasus lagi adalah malaria cerebral yang disertai sesak. Sesak ini tidak diketahui disebabkan oleh karena edema paru atautkah penyakit penyerta (mis. pneumonia) oleh karena tidak disertai foto thorax. Satu kasus malaria cerebral, tidak dapat diketahui oleh karena penderita pulang paksa.

**Tabel 6. Distribusi penderita Malaria berat dengan komplikasi**

Diagnosa	n	%
Malaria cerebral	4	3,78
Malaria + kejang berulang	2	1,88
Malaria + hyperpireksia (>40°C)	1	0,94
Malaria + GED berat	1	0,94
Malaria + perdarahan	7	6,60
Malaria + anemia berat (Hb < 8)	8	7,55
Malaria + ikterus	1	0,94
Total	33	22,6

**Table17. Hasil pemeriksaan darah menurut jenis plasmodium**

Jenis plasmodium	n	%
<i>Plasmodium vivax</i>	99	93,3
<i>Plasmodium falciparum</i>	7	6,6
<i>Plasmodium vivax-falciparum</i>	-	-
Total	106	100

**Tabel 8. Diagnosis awal saat masuk rumah sakit**

Diagnosa awal	n	%
Malaria	12	11,3
GE	56	53,0
Observasi febris	7	6,6
Observasi vomiting	3	3,0
Febril konvulsi	5	4,7
Pneumonia	12	11,3
Lain-lain	11	10,0
Total	106	100,0

Dari diagnosis yang dibuat di UGD ataupun di poli, saat awal masuk rumah sakit, sebanyak 11,3% saja yang mendiagnosis/mendiagnosis banding sebagai malaria. Artinya hanya 1 kasus yang benar didiagnosis sebagai malaria, dari 10 kasus malaria yang sebenarnya. Sebagian besar (56%) mendiagnosisnya sebagai GE.

Menurut penelitian terhadap 127 kasus malaria anak di Mandang, Papua New Guinea, batuk dan demam merupakan gejala yang paling sering ditemui. Keluhan demam sebanyak 90,6%, sedangkan demam tanpa keluhan yang lain sebanyak 41,7%, batuk sebanyak 37,8%, gejala gastrointestinal sebanyak 25,4% dan sisanya nyeri kepala, dan lemas. Malaria disebutkan sering mempunyai manifestasi klinis yang menyerupai penyakit lain, seperti : GE, pneumonia, meningitis, encephalitis atau hepatitis<sup>(10)</sup>.

## KESIMPULAN DAN SARAN

1. Malaria pada bayi dan anak mempunyai gejala yang tidak khas, perlu diwaspadai bila terdapat gejala febris yang disertai keluhan gastrointestinal maupun batuk-pilek yang disertai sesak.
2. Masih perlu kiranya dilakukan penelitian yang prospektif sehingga data-data yang diperoleh lebih lengkap dan akurat.
3. Perlunya dilakukan penelitian lanjutan untuk mengetahui apakah sesak dan diare pada malaria merupakan komplikasi ataupun sebagai penyakit penyerta.
4. Perlunya membenahan dan perbaikan dalam pengisian rekam medik bagi perawat dan dokter, sehingga catatan medik penderita lebih dapat memberikan informasi data yang lengkap bila diperlukan.

## KEPUSTAKAAN

1. Rampengan TH, Laurentz IR. Malaria. Dalam: Penyakit infeksi tropik pada anak. EGC, Jakarta: 1990; 201.
2. Tjitra E. Manifestasi klinis dan pengobatan malaria. *Cermin Dunia Kedokt* 1994; 94 :7-8.
3. Boerhan Hidayat. Gizi dengan beberapa masalah : Beberapa aspek malnutrisi pada anak. *Continuing Education* 1981; 3: 42.
4. Bambang Poernomo. Anemia dan obesitas pada anak: Anemia pendekatan diagnosa. *Continuing Education* 1990; 12.
5. Nuchsan Umar Lubis. Gambaran penyakit malaria di bagian anak RSU Langsa Aceh Timur. *Cermin Dunia kedokt* 1994; 94 : 14-5.
6. Departemen Kesehatan RI. Dirjen P3M dan PLP. *Epidendologi*. Seri malaria 1995; 17-9.
7. Departemen Kesehatan RI. Dirjen P3M dan PLP *Penatalaksanaan malaria berat di RS dan Puskesmas*. Seri malaria 1995; 7-8.
8. Sjarif Djajadireja. Manifestasi klinik malaria. *Simposium Malaria Update di Bandung* 1990; 2-5.
9. Harianto PN. Malaria berat manifestasi klinis dan penatalaksanaannya. *Simposium Malaria Update di Bandung* 1990; 2-5.
10. Randall G, Saidel J. Malaria. *Pediatric Clinics of North America* 1985; 32(4), 900-9.
11. Sardjito Djojohadipringgo. Pemahaman reaksi imunologik pada imunisasi. *Simposium imunisasi di Surabaya Juni* 1987; 20-3.
12. Susanto P. Mekanisme kekebalan terhadap infeksi *Pl. falciparum*. *Lab/SMF Penyakit Dalam FK UGM/RSUP dr. Sardjito* 1985; 2-3.

## RALAT

1. Karena terdapat kekeliruan pemuatan **Tabel 2**, pada **Perilaku Merokok di Indonesia dst -Suhardi**, *Cermin Dunia Kedokteran* Nomor 125/1999, halaman 25, bersama ini kami muat kembali sebagai koreksi:

**Tabel 2. Prevalensi perokok perempuan menurut umur di Indonesia Susenas-SKRT 1995**

Umur	Perokok			Total	
	Tiap hari	Kadang-kadang	Mantan		
10-14	.1%	.0%	.0%	99.9%	100.0%
15-19	.4%	.2%		99.4%	100.0%
20-24	1.0%	.3%	.1%	98.6%	100.0%
25-29	1.1%	.3%	.1%	98.5%	100.0%
30-34	1.2%	.5%	.1%	98.2%	100.0%
35-39	1.7% <sup>a</sup>	.7%	.2%	97.4%	100.0%
40-44	2.3%	.7%	.2%	96.8%	100.0%
45-49	3.2%	1.0%	1%	95.7%	100.0%
50-54	3.4%	1.1 %	.4%	95.1 %	100.0%
55-59	3.3%	1.0%	5%	95.2%	100.0%
60-64	2.9%	7%	.8%	95.6%	100.0%
65+	3.0%	.7%	.6%	95.7%	100.0%

Redaksi