

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Gambaran Lokasi Penelitian**

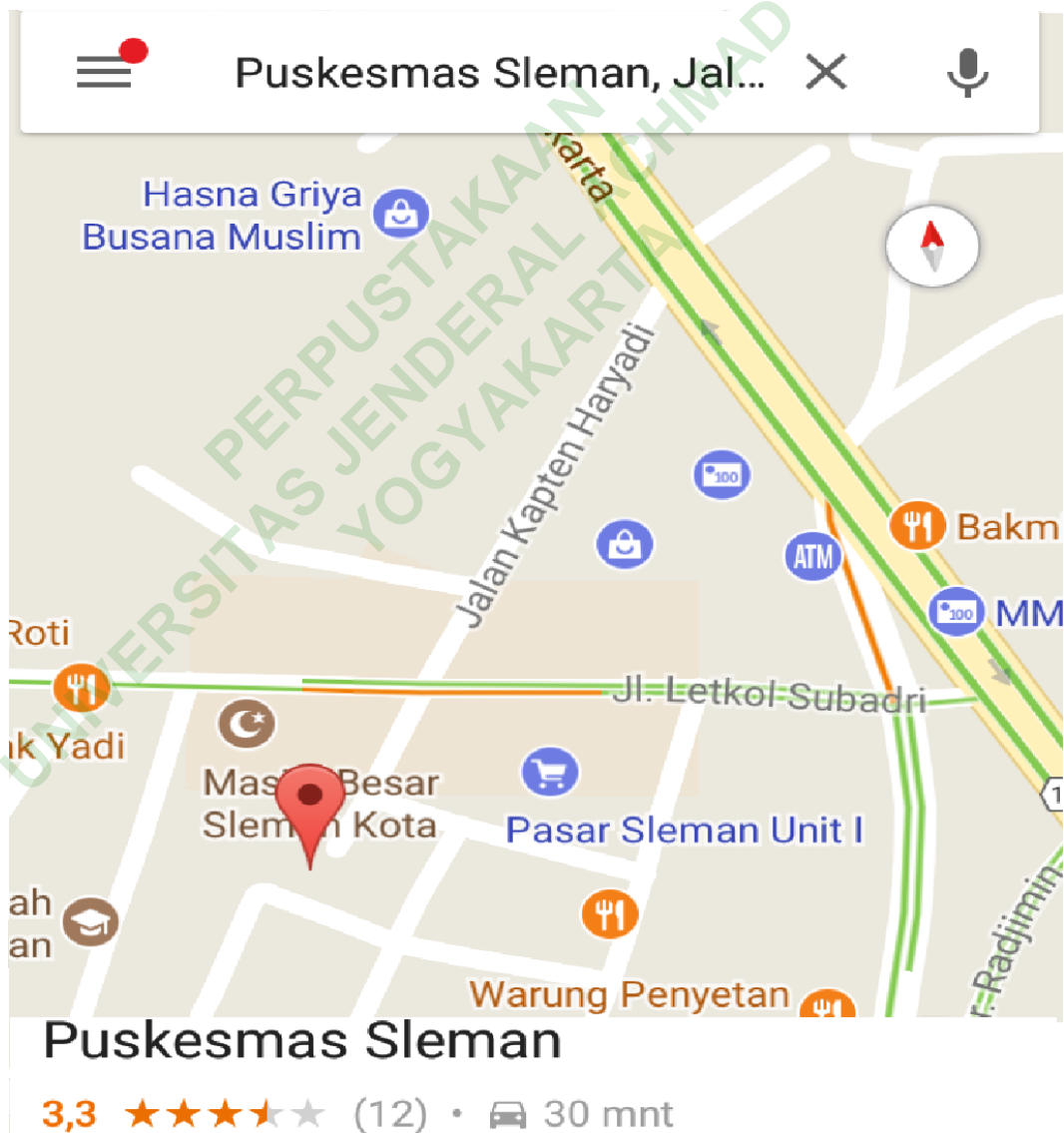
Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Sleman terletak di Pedukuhan Srimulyo Kelurahan Triharjo Kecamatan Sleman, Kabupaten Sleman bagian tengah atau di jalan Kapten Hariyadi no.06 Trimulyo Sleman arah jalan Magelang-Yogyakarta yang merupakan daerah perbatasan agraris dan perkotaan yang wilayahnya memanjang dengan bentang  $\pm 4$  km. Secara Administratif wilayah Puskesmas Sleman terdiri dari 5 desa dan 83 dusun, 477 RT, 203 RW dan terinci menjadi: desa Triharjo 12 dusun, desa Tridadi 15 dusun, desa Trimulyo 14 dusun, desa Caturharjo 20 dusun dan desa Pandowoharjo 22 dusun, dimana batas-batas wilayah Puskesmas Sleman meliputi sebelah utara Kecamatan Turi, sebelah timur Kecamatan Ngaglik, sebelah selatan Kecamatan Mlati, sebelah barat Kecamatan Tempel.

Puskesmas Sleman merupakan pusat kesehatan masyarakat Rawat jalan dan Rawat inap di Kecamatan Sleman. Berdiri tahun 1984, menempati tanah seluas 900 m<sup>2</sup> dengan jumlah penduduk tahun 2015 sebanyak 64.428 jiwa dimana jumlah kepala keluarga (KK) sebanyak 20.041 dengan tingkat kepadatan penduduk 2.117 jiwa/Km<sup>2</sup> dan pada tahun 2006 Puskesmas Sleman sudah bersertifikat ISO 9001-2008.

Program-program pokok layanan kesehatan di Puskesmas Sleman meliputi: Pengobatan, KIA, KB, Kesehatan reproduksi, promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, gizi, P2M termasuk imunisasi. Ruang lingkup pelayanan kesehatan Puskesmas Sleman meliputi: pengobatan umum (pengobatan, KIR dokter, kesehatan cacat, kesehatan haji, tindakan kasus P3K dan GADAR terbatas), pengobatan gigi (pembersihan karang gigi, penambalan, pencabutan gigi anak dan dewasa, perawatan syaraf, konsultasi gigi dll), pelayanan KIA (pemeriksaan ibu hamil, ibu nifas, imunisasi calon pengantin, imunisasi), Kesehatan reproduksi dan KB, pelayanan laboratorium (pemeriksaan darah,

feses, urin rutin, kimia darah(gula darah, kolesterol, trigliserid, asam urat), pelayanan konsultasi (gizi, sanitasi, kesehatan reproduksi, psikologi), pelayanan obat, pelayanan penunjang fisioterapi, pelayanan kesehatan masyarakat (kegiatan Posyandu balita dan lansia, UKS sekolah, promosi kesehatan di masyarakat, penanggulangan penyakit menular, pembinaan UKBM, *home visit* (penyakit menular, penyakit tidak menular, jiwa, gizi buruk), penanggulangan kerjasama Lintas Sektor (LINSIK), dan pelayanan UPM (Unit Pengaduan Masyarakat).

**Gambar 4.1 Lokasi Penelitian**



## 2. Karakteristik Responden

Hasil penelitian terhadap karakteristik responden ibu-ibu yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Sleman diuraikan pada Tabel 4.1

**Table 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia, Pendidikan, Pekerjaan dan Jumlah Anak di Puskesmas Sleman tahun 2017**

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
<b>Umur</b>		
<20 tahun	2	4,3
21-40 tahun	41	87,2
>40 tahun	4	8,5
<b>Jumlah</b>	<b>47</b>	<b>100</b>
<b>Pendidikan</b>		
SD	3	6,4
SMP	17	36,2
SMA	25	53,2
D3/S1	2	4,3
<b>Jumlah</b>	<b>47</b>	<b>100</b>
<b>Pekerjaan</b>		
Ibu rumah tangga	24	51,1
Buruh/Pembantu	5	10,6
Pedagang	15	31,9
PNS	3	6,4
<b>Jumlah</b>	<b>47</b>	<b>100</b>
<b>Jumlah Anak</b>		
1 anak	11	23,4
2 anak	24	51,1
3 anak	10	21,3
4 anak	2	4,3
<b>Jumlah</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Sumber: data primer, 2017

Table 4.1 menunjukkan bahwa dari 47 responden sebagian besar responden berumur 21-40 tahun sebanyak 41 ibu (87,2%). Dari 47 responden sebagian besar responden berpendidikan SMA sebanyak 25 ibu (53,2%). Dari 47 responden sebagian besar responden memiliki pekerjaan sebagai ibu rumah tangga sebanyak 24 ibu (51,1%). Dari 47 responden sebagian besar responden memiliki dua anak sebanyak 24 ibu (51,1%).

## 3. Analisis Univariat

### a. Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Diare

Hasil penelitian terhadap tingkat pengetahuan ibu tentang diare yang tinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Sleman disajikan pada Tabel 4.2

**Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Diare di Wilayah Kerja Puskesmas Sleman Tahun 2017**

Tingkat pengetahuan ibu tentang diare	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tinggi	16	34
Sedang	25	53,2
Rendah	6	12,8
Jumlah	47	100

Sumber: data primer, 2017

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 47 responden sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang sedang tentang diare sebanyak 25 ibu (53,2%).

b. Pengelolaan Diare pada Anak Usia 6-12 Tahun

Hasil penelitian terhadap pengelolaan diare pada anak usia 6-12 tahun yang tinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Sleman disajikan pada Tabel 4.3

**Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pengelolaan Diare pada Anak Usia 6-12 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Sleman Tahun 2017**

Pengelolaan diare pada anak usia 6-12 tahun	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	18	38,3
Buruk	29	61,7
Jumlah	47	100

Sumber: data primer, 2017

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 47 responden sebagian besar responden tidak mengetahui secara baik pengelolaan diare pada anak usia 6-12 tahun sebanyak 29 ibu (61,7%).

#### 4. Analisis Bivariat

a. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Diare dengan Pengelolaan Diare pada Anak Usia 6-12 Tahun

Tabulasi silang dan hasil uji statistik hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang diare dengan pengelolaan diare pada anak usia 6-12 tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Sleman disajikan pada Tabel 4.4

**Tabel 4.4 Tabulasi Silang dan Hasil Statistik Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Diare dengan Pengelolaan Diare pada Anak Usia 6-12 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Sleman Tahun 2017**

Tingkat pengetahuan ibu tentang diare	Pengelolaan diare pada anak usia 6-12 tahun				Total		r	p-value
	Baik		Buruk		n	%		
	n	%	n	%				
Tinggi	13	81,3	3	18,8	16	100	0,555	0,001
Sedang	4	16	21	84	25	100		
Rendah	1	16,7	5	83,3	6	100		
Total	18	38,3	29	61,7	47	100		

Sumber: data primer, 2017

Tabel 4.4 menunjukkan dari 16 responden dengan tingkat pengetahuan tentang diare tinggi sebagian besar memiliki pengelolaan diare pada anak usia umur 6-12 tahun secara baik sebanyak 13 ibu (81,3%), Sedangkan 25 responden dengan tingkat pengetahuan tentang diare sedang sebagian besar memiliki pengelolaan diare pada anak secara buruk sebanyak 21 ibu (84%), dan enam responden dengan tingkat pengetahuan tentang diare rendah sebagian besar memiliki pengelolaan diare pada anak secara buruk sebanyak lima ibu (83,8%).

Hasil perhitungan statistik menggunakan uji statistik *Kendall tau* seperti disajikan pada Tabel 4.4, diperoleh *p-value* sebesar  $0,001 < \alpha$  (0,05) sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan ibu tentang diare dengan pengelolaan diare pada anak usia 6-12 tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Sleman. Didapatkan nilai koefisien korelasi sebesar 0,555 yang menunjukkan cukup tingginya keeratan antara tingkat pengetahuan ibu tentang diare dengan pengelolaan diare pada anak usia 6-12 tahun, dimana tingkat nilai interpretasi sedang sehingga bisa dikatakan semakin tinggi tingkat pengetahuan ibu tentang diare maka semakin baik pula pengelolaan diare pada anak usia 6-12 tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Sleman.

## B. Pembahasan

### 1. Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Diare

Pengetahuan adalah hasil tahu dan didapatkan setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Hal ini sangat berpengaruh terhadap tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2010). Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat (Notoatmodjo, 2010).

Suliha (2010) mengemukakan bahwa sesuatu yang dialami seseorang tentang masalah kesehatan yang dihadapi akan menambah pengetahuan seputar kesehatannya. Pandangan lain dikemukakan oleh Herliansyah (2007) yang menyatakan bahwa pengetahuan dapat juga didapatkan melalui pengalaman pribadi manusia yang terjadi berulang kali, jika seseorang memiliki pengalaman yang lebih maka menghasilkan pengetahuan yang lebih.

Pengetahuan yang baik dilakukan ibu dalam mengasuh anaknya dengan berperilaku tepat yaitu mengajarkan anaknya mencuci tangan sebelum makan, sebelum maupun sesudah dari kamar mandi, mencuci sayuran sebelum dimasak, menggunakan air yang matang, hal ini sesuai dengan penelitian Dwi (2012) menyebutkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan praktik ibu dalam penatalaksanaan diare dengan  $p$ -value sebesar  $0,003 < \alpha$  (0,05) dengan Nilai koefisien korelasi sebesar 0,433. Dari beberapa pernyataan di kuesioner didapatkan bahwa pernyataan pengetahuan ibu tentang diare pada nomor pernyataan 4,7, dan 12 memiliki nilai skor yang rendah. Pada pernyataan kuesioner pengetahuan nomor 4: "diare tidak dapat mengancam pertumbuhan dan perkembangan gizi anak". Menurut WHO (2013) diare didefinisikan sebagai keadaan dimana seseorang mengalami BAB cair sebanyak tiga kali sehari atau lebih, atau mengalami frekwensi BAB yang lebih dari biasanya. Faktor risiko diare dibagi tiga besar yaitu faktor karakteristik individu, perilaku pencegahan dan lingkungan. Faktor karakteristik individu meliputi umur, status gizi, dan tingkat pendidikan. Faktor perilaku pencegahan meliputi perilaku

mencuci tangan sebelum makan, mencuci peralatan makan sebelum digunakan, pola makan yang baik mengandung makanan sumber energi, sumber zat pembangun dan sumber zat pengatur. Semua zat gizi diperlukan untuk pertumbuhan dan pemeliharaan tubuh serta perkembangan otak dan produktifitas kerja. Makanan dikonsumsi dalam jumlah cukup sesuai dengan kebutuhan. Dengan pola makan sehari-hari yang seimbang dan aman, berguna untuk mencapai dan mempertahankan status gizi dan kesehatan yang optimal (Almatsier *et al.*, 2011).

Pernyataan kuesioner pengetahuan nomor 7: “diare dapat menyerang anak karena penggunaan air minum yang sehat”. Menurut Suharyono (2008) angka kejadian diare tinggi di negara yang sedang berkembang karena belum baiknya *higiene*, sanitasi serta penyediaan air minum. Faktor perilaku pencegahan meliputi perilaku mencuci tangan sebelum makan, mencuci peralatan makan sebelum digunakan, mencuci bahan makanan, mencuci tangan dengan sabun setelah BAB, merebus air minum, dan kebiasaan memberi makan anak diluar rumah. Faktor lingkungan meliputi kepadatan perumahan, ketersediaan Sarana Air Bersih (SAB), pemanfaatan SAB, kualitas air bersih (Suradi, 2012).

Pernyataan kuesioner pengetahuan nomor 12: “diare dapat menyerang anak di rumah karena kondisi lingkungan di sekitar rumah yang tidak sehat”. Menurut Chandra (2007) sanitasi adalah usaha kesehatan masyarakat yang menitikberatkan pada pengawasan terhadap berbagai faktor lingkungan yang memengaruhi derajat kesehatan manusia. Menurut WHO (2012) sanitasi adalah suatu usaha untuk mengawasi beberapa faktor lingkungan fisik yang berpengaruh kepada manusia terutama terhadap hal-hal yang memengaruhi kesehatan, dan kelangsungan hidup. Dari pengertian di atas bisa kita simpulkan bahwasanitasi adalah suatu usaha pencegahan penyakit yang menitikberatkan kegiatannya kepada usaha-usaha kesehatan lingkungan hidup manusia. Sanitasi lingkungan pada dasarnya adalah kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap status kesehatan yang optimum pula (Chandra, 2007).

Sanitasi lingkungan yang buruk merupakan faktor yang penting terhadap terjadinya diare dimana interaksi antara penyakit, manusia, dan faktor-faktor lingkungan yang mengakibatkan penyakit perlu diperhatikan dalam penanggulangan diare. Peranan faktor lingkungan, enterobakteri, parasit usus, virus, jamur dan beberapa zat kimia telah secara klasik dibuktikan pada berbagai penyelidikan epidemiologis sebagai penyebab penyakit diare (Suharyono, 2008).

Menurut Anne (2008) lingkungan yang tidak bersih bisa menjadi pemicu munculnya bakteri-bakteri penyebab diare dalam tubuh manusia. Sistem penyebaran diare pada manusia diantaranya melalui air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari bila memiliki kebersihan yang minim, bisa membawa bakteri masuk dan menginfeksi dalam perut selanjutnya tanah yang kotor dapat menghantarkan bakteri *E.Coli* menuju perut, sehingga selalu membiasakan mencuci tangan maupun bahan makanan yang akan dimasak dengan bersih sebelum dikonsumsi. Berikut yang bisa ikut membantu penyebaran diare pada manusia adalah tangan manusia itu sendiri, tangan yang kotor bisa mengandung banyak kuman dan bakteri. Kebiasaan mencuci tangan dengan sabun setelah buang air besar dan melakukan beragam aktivitas dapat memutus penyebaran diare pada manusia.

Pengaruh buruk dari lingkungan sebenarnya dapat dicegah dengan mengembangkan kebiasaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta menciptakan sanitasi lingkungan yang baik berupa: ketersediaan air bersih, pembuangan tinja, pembuangan sampah, dan pembuangan air limbah. Kebiasaan hidup sehat dilakukan dalam berbagai cara seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, membuang sampah pada tempatnya, membersihkan rumah dan halaman secara rutin, dan membersihkan kamar mandi dan bak mandi secara rutin. (Dinkes Kab. Tangerang, 2008)

Menurut Arifin (2009) untuk menciptakan sanitasi lingkungan yang baik perlu ditumbuhkan kebiasaan atau perilaku hidup sehat, membersihkan ruangan dan halaman rumah secara rutin, membersihkan kamar mandi dan toilet, menguras, menutup dan menimbun, tidak membiarkan adanya air yang



tergenang, membersihkan saluran pembuangan air, dan menggunakan air yang bersih.

## **2. Pengelolaan Diare pada Anak Usia 6-12 Tahun**

Dari beberapa pernyataan di kuesioner didapatkan bahwa pernyataan pengelolaan diare pada anak umur 6-12 tahun pada nomor pernyataan 4,11, dan 12 memiliki tingkat kesalahan jawaban yang tinggi pada kuesioner pengelolaan diare pada anak umur 6-12 tahun memiliki 3 pernyataan yang memiliki nilai terendah. Ketiga pernyataan tersebut memiliki karakteristik yang hampir sama yaitu menggacu pada pemberian cairan pada anak yang terkena diare dimana pada kuesioner pengelolaan nomor 4: “ketika anak diare apakah ibu segera memberikan oralit atau larutan gula garam”, pada kuesioner pengelolaan nomor 11: “apakah ketika anak muntah ibu menghentikan pemberian oralit selama 10 menit”, dan pada kuesioner pengelolaan nomor 12: “apakah ibu memberikan cairan oralit secara terus menerus sampai diare yang diderita anak sembuh”.

Pengelolaan diare menurut Kemenkes (Kementerian Kesehatan, 2015) adalah penggantian cairan dan elektrolit tanpa melihat etiologi, tetap memberikan makanan untuk menghindari efek buruk terhadap gizi serta pemberian antibiotik dan antiparasit secara tidak rutin untuk kasus-kasus tertentu. Hal ini sesuai rekomendasi WHO dan jika dalam tatalaksana perawatan dan penanganan diare yang tidak tepat maka akan berdampak pada munculnya komplikasi serius yaitu asidosis metabolik dan gangguan elektrolit yang dapat mengakibatkan perdarahan di dalam otak, kesadaran menurun dan bila anak tidak segera ditolong maka akan berakibat fatal pada anak yaitu kematian (Erich, 2007).

Menurut Kementerian Kesehatan (2015) dehidrasi ringan apabila terjadi penurunan berat badan 2,5-5%, sedang apabila terjadi penurunan berat badan 5-10% tidak diperlukan cairan intravena dan apabila terjadi penurunan berat badan di atas 10%. Dehidrasi ringan dan sedang cukup dengan pemberian cairan oralit dimana pemberiannya untuk umur <1 tahun tiga jam pertama

diberi 1½ gelas selanjutnya setiap kali mencret ½ gelas, umur 1-<5 tahun untuk tiga jam pertama tiga gelas selanjutnya tiap kali mencret satu gelas, umur 5-12 tahun tiga jam pertama enam gelas selanjutnya setiap kali mencret 1½ gelas, dan umur >12 tahun tiga jam pertama 12 gelas selanjutnya setiap kali mencret dua gelas atau sebanyak penderita mau minum dan apabila anak muntah hentikan pemberian oralit selama tiga-lima menit setelah itu lanjutkan pemberian oralit.

Larutan rehidrasi oral dari WHO merekomendasikan ORS (*Oral Rehydration Solution/oralit*) yang mengandung 3,5 gram/l NaCl, 2,5 gram/l Na bikarbonat, 1,5 gram KCL dan 20 gram glukosa. Keuntungan dari rehidrasi oral pada diare akut dapat menghemat cairan intravena. Penggunaan cairan oral (oralit) yang diberikan mulai di rumah mempunyai keuntungan, diantaranya diare dapat dicegah secara dini dan kunjungan ke pelayanan kesehatan akan berkurang. Keuntungan ditemukannya cairan *Oral Rehydration Solution (ORS)* yang sederhana, efektif dan murah. Cairan ORS dapat diberikan secara menyeluruh terhadap penyakit diare (Kemenkes Kesehatan RI, 2011).

### **3. Hubungan tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Diare dengan Pengelolaan Diare pada Anak Usia 6-12 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Sleman**

Dari hasil penelitian didapatkan hasil perhitungan statistik menggunakan uji statistik *Kendall tau* diperoleh *p-value* sebesar  $0,001 < \alpha (0,05)$  sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan ibu tentang diare dengan pengelolaan diare pada anak usia 6-12 tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Sleman. Didapatkan nilai koefisien korelasi sebesar 0,555 yang menunjukkan cukup tingginya keeratan antara tingkat pengetahuan ibu tentang diare dengan pengelolaan diare pada anak usia 6-12 tahun, dimana tingkat nilai interpretasi sedangsehingga bisa dikatakan semakin tinggi tingkat pengetahuan ibu tentang diare maka semakin baik pula pengelolaan diare pada anak usia 6-12 tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Sleman.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang diare dengan pengelolaan diare pada anak usia 6-12

tahun. Hasil penelitian ini sesuai dengan Ali (2007), Dwi (2012), dan Mariastuti (2012), yang menyimpulkan adanya hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang diare dengan pengelolaan diare pada anak, tetapi untuk pengelolaan diare pada anak usia 6-12 tahun sepanjang pengetahuan peneliti belum pernah diteliti.

### **C. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini memiliki berbagai keterbatasan dalam pengambilan data. Keterbatasan tersebut yaitu:

#### **1. Kesulitan**

- a. Ada kemungkinan responden menjawab tidak jujur sehingga hasil penelitian bisa menjadi rancu.
- b. Sebagian lingkungan responden dekat dengan pasar sehingga menimbulkan suara berisik ketika mengisi kuesioner sehingga tidak mendukung konsentrasi responden dalam mengisi kuesioner.
- c. Sebagian responden berbahasa Jawa sehingga menyulitkan peneliti dalam berkomunikasi.

#### **2. Kelemahan**

- a. Kelemahan penelitian ini hanya melihat dari sudut pandang ibu tentang pengetahuan dan pengelolaan diare. Jika sudut pandang diperlebar maka akan mempengaruhi hasil yang didapat, dimana peneliti selanjutnya dapat melihat dari sudut pandang keluarga tentang pengetahuan dan pengelolaan diare.