

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul yang merupakan institusi kesehatan terbesar di Kabupaten Bantul, lokasinya berada di Jl. Dr. Wahidin Sudiro Husodo No. 14, Desa Borongan, Trirenggo, Bantul, Yogyakarta (55714). Berdiri diatas lahan seluas 2,5 Ha, luas bangunan 8.350 m^2 , dengan usulan pengembangan perluasan sebesar 11.800 m^2 .

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Panembahan Senopati Bantul merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Bantul. Berdiri pada tahun 1953 yang telah mengalami perkembangan yang sangat pesat. Sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Jetis, sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Bambanglipuro, sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Pandak dan sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Sewon. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Panembahan Senopati Bantul memiliki 15 unit rawat jalan, 11 ruang rawat inap, 12 unit instalasi pendukung, serta Sumber Daya Manusia (SDM) yang cukup lengkap dalam memberikan pelayanan bermutu dan terjangkau.

Poliklinik anak adalah poliklinik spesialis anak yang memberikan pelayanan meliputi Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM), Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), konsultasi kesehatan anak, pemeriksaan tumbuh kembang anak dan imunisasi. Pasien yang datang ke poliklinik anak ini akan diperiksa oleh dokter spesialis anak, bila pasien mendapat rawat jalan maka dokter akan memberi resep obat saja. Pasien yang harus mendapat rawat jalan akan langsung mendapat resep obat dan bagi pasien yang rawat inap langsung diberikan perawatan lebih lanjut di ruang Anggrek. Tenaga kesehatan

yang bekerja di poliklinik anak berjumlah enam orang yaitu terdiri dari dua orang dokter Spesialis Anak (dr.SpA) dan 4 perawat.

2. Analisa Hasil Penelitian

Analisis univariabel merupakan analisis yang mendeskripsikan karakteristik responden berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, status gizi, status imunisasi, ASI eksklusif, BBL, tingkat ekonomi. Masing-masing karakteristik dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Distribusi Frekuensi Penyakit ISPA Berdasarkan Kelompok Umur

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Penyakit ISPA pada Balita Berdasarkan Kelompok Umur di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2014

No	Umur	Frekuensi	%
1.	13-24 bulan	16	29,6
2.	25-36 bulan	15	27,8
3.	37-48 bulan	13	24,1
4.	49-60 bulan	10	18,5
	Total	54	100,0

Sumber: data primer 2014

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa jumlah balita penderita ISPA paling banyak pada kelompok umur 13-24 bulan yaitu 16 balita (29,6%) dan yang paling sedikit pada kelompok umur 49-60 bulan yaitu sebanyak 10 balita (18,5%).

b. Distribusi Frekuensi Penyakit ISPA Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Penyakit ISPA pada Balita Berdasarkan Jenis Kelamin di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2014

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	%
1.	Laki-laki	34	63,0
2.	Perempuan	20	37,0
	Total	54	100,0

Sumber: data primer 2014

Dapat diketahui dari tabel di atas bahwa jumlah penderita ISPA berdasarkan jenis kelamin paling banyak adalah laki-laki yaitu 34 balita (63,0%) dan perempuan yaitu 20 balita (37,0%).

c. Distribusi Frekuensi Penyakit ISPA Berdasarkan Status Gizi

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Penyakit ISPA pada Balita Berdasarkan Status Gizi di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2014

No	Status Gizi	Frekuensi	%
1.	Sangat Kurus	2	3,7
2.	Kurus	6	11,1
3.	Normal	42	77,8
4.	Gemuk	4	7,4
Total		54	100,0

Sumber: data primer 2014

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa jumlah penderita ISPA berdasarkan status gizi yang paling banyak adalah normal yaitu 42 balita (77,8%) dan yang paling sedikit yaitu sangat kurus yaitu dua balita (3,7%).

d. Distribusi Frekuensi Penyakit ISPA Berdasarkan Status Imunisasi

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Penyakit ISPA pada Balita Berdasarkan Status Imunisasi di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2014

No	Status Imunisasi	Frekuensi	%
1.	Tidak Lengkap	0	0,0
2.	Lengkap	54	100,0
Total		54	100,0

Sumber: data primer 2014

Hasil penelitian diketahui bahwa jumlah penderita ISPA berdasarkan status imunisasi semuanya lengkap yakni 54 balita (100,0%).

e. Distribusi Frekuensi Penyakit ISPA Berdasarkan ASI Eksklusif

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Penyakit ISPA pada Balita Berdasarkan ASI Eksklusif di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2014

No	ASI Eksklusif	Frekuensi	%
1.	Tidak Eksklusif	20	37,0
2.	Eksklusif	34	63,0
Total		54	100,0

Sumber: data primer 2014

Pada tabel di atas diketahui bahwa jumlah penderita ISPA berdasarkan ASI eksklusif yang paling banyak adalah eksklusif yaitu 34 balita (63,0%) dan tidak eksklusif yaitu 20 balita (37%).

f. Distribusi Frekuensi Penyakit ISPA Berdasarkan BBL

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Penyakit ISPA pada Balita Berdasarkan BBL di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2014

No	Berat Bayi Lahir (BBL)	Frekuensi	%
1.	BBL Normal	44	81,5
2.	BBL Rendah	10	18,5
3.	BBL Sangat Rendah	0	0,0
4.	BBL Ekstrim Rendah	0	0,0
Total		54	100,0

Sumber: data primer 2014

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa jumlah penderita ISPA berdasarkan BBL yang paling banyak adalah BBL normal yaitu 44 balita (81,5%) dan yang paling sedikit adalah BBL rendah yaitu 10 balita (18,5%).

g. Distribusi Frekuensi Penyakit ISPA Berdasarkan Tingkat Ekonomi Orang Tua

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Penyakit ISPA pada Balita Berdasarkan Tingkat Ekonomi Orang Tua di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2014

No	Tingkat Ekonomi	Frekuensi	%
1.	Rendah	43	79,6
2.	Tinggi	11	20,4
Total		54	100,0

Sumber: data primer 2014

Tabel di atas diketahui bahwa jumlah penderita ISPA berdasarkan tingkat ekonomi yang paling banyak adalah tingkat ekonomi rendah yaitu 43 balita (79,6%) dan tingkat ekonomi tinggi yaitu 11 balita (20,4%).

B. Pembahasan

Penelitian ini membahas hasil analisis variabel yang diteliti yakni umur, jenis kelamin, status gizi, status imunisasi, ASI eksklusif, BBL, dan tingkat ekonomi. Pembahasan dilakukan dengan menganalisa dan membandingkan hasil penelitian dengan tinjauan pustaka serta penelitian lain yang terkait. Hasil penelitian tentang faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian ISPA pada balita yang berobat di RSUD Panembahan Senopati Bantul dapat dilihat pada penjelasan berikut:

1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Balita

Hasil penelitian ini menunjukkan umur terbanyak pada kelompok umur 13-24 bulan yaitu sebanyak 16 balita (29,6%). Kenyataan ini menunjukkan bahwa terjadinya penyakit ISPA lebih tinggi pada golongan umur 13-24 bulan dibanding kelompok umur 25-36 bulan, 37-48 bulan, dan 49-60 bulan.

Menurut Hartono (2012), virus membuat sakit ringan pada anak yang lebih tua tetapi menyebabkan sakit yang hebat di sistem pernapasan bagian bawah atau batuk asma pada balita. Anak berusia di bawah 2 tahun mempunyai risiko mendapat ISPA lebih besar dari pada anak yang lebih tua, keadaan ini mungkin karena pada anak di bawah 2 tahun imunitasnya belum sempurna dan lumen saluran nafasnya relatif sempit. Meskipun infeksi ringan pada saluran pernapasan tidak atau jarang mendatangkan kematian, tetapi cukup penting apabila terjadi pada usia anak-anak, dimana pada masa-masa tersebut masing sangat rentan terhadap virus.

Umur merupakan salah satu faktor risiko utama pada beberapa penyakit, hal ini disebabkan karena umur dapat memperlihatkan kondisi kesehatan seseorang. Anak-anak yang berumur 0-24 bulan lebih rentan terhadap penyakit ISPA dibandingkan anak-anak yang berumur di atas 2 tahun. Hal ini disebabkan imunitas yang belum sempurna dan lubang pernapasan yang masih relatif sempit (DepKes RI, 2008a).

2. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin

Anak laki-laki lebih suka bermain di tempat yang kotor, berdebu, dan banyak bermain di luar rumah, sehingga kontak dengan penderita ISPA lain yang memudahkan penularan dan anak terkena ISPA (Hartono, 2012). Jenis kelamin adalah perbedaan fisik yang kelihatan mencolok dan membedakan antara laki-laki dan wanita. Hal ini menyatakan bahwa terjadinya penyakit disebabkan oleh faktor instrinsik yakni faktor keturunan dan perbedaan hormonal (Notoatmodjo, 2003).

Data yang dikumpulkan terdapat lebih tinggi jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 34 balita (63,0%), dan perempuan yaitu 20 balita (37,0%). Hasil penelitian ini didukung dengan data jumlah balita pada Kabupaten Bantul

tahun 2013 sebanyak 61.200 balita, yang terdiri dari 30.947 berjenis kelamin laki-laki sedangkan perempuan ada 30.253 balita. Jumlah penderita ISPA balita di Kabupaten Bantul tahun 2013, diperkirakan menurut jenis kelamin laki-laki sebanyak 104 dan perempuan ada 95 (Data imunisasi P2 dalam Profil Kesehatan Kab. Bantul, 2014). Oleh karena itu, tidak selamanya laki-laki berisiko terkena ISPA karena dilihat dari data jumlah balita dan jumlah perkiraan penderita pada tahun 2013, jumlah terbanyak pada jenis kelamin laki-laki dibanding perempuan. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan Suyami dan Sunyoto (2004) yang menunjukkan bahwa kejadian ISPA lebih tinggi pada laki-laki yaitu sebesar 70%, sedangkan perempuan sebanyak 30%.

3. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Status Gizi

Status gizi merupakan suatu kondisi keseimbangan gizi seseorang sebagai akibat konsumsi zat-zat makanan, yang dapat dinilai untuk mengetahui apakah seseorang itu normal atau bermasalah (Supariasa, 2010). Menurut Notoatmodjo (2003) mengatakan bahwa gizi yang baik pada umumnya akan meningkatkan resistensi tubuh terhadap penyakit-penyakit infeksi, sebaliknya kekurangan gizi berakibat kerentanan seseorang terhadap penyakit infeksi.

Hasil analisis penelitian mengenai status gizi, didapatkan status gizi sebagian besar status gizi balita yang baik/normal yaitu sejumlah 42 balita (77,8%), sedangkan yang jumlahnya sedikit adalah sangat kurus yaitu 2 balita (3,7%). Hal ini didukung dengan penurunan angka status gizi buruk pada balita dari 0,44% (2012) menjadi 0,42% pada tahun 2013, karena pelayanan diberikan bagi balita gizi buruk semuanya mendapat perawatan mencapai 100% (Laporan bulanan SIGIZI puskesmas dan RS dalam Profil Kesehatan Kab. Bantul, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian jumlah terbanyak pada status gizi normal, bukan berarti status gizi normal merupakan risiko kejadian ISPA, tetapi disebabkan dari faktor lain seperti Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS). Menurut Profil Kesehatan Kabupaten Bantul (2014), menjelaskan bahwa PHBS daerah Bantul masih sangat rendah, dilihat dari hasil pemantauan PHBS

pada 174.995 rumah tangga ternyata baru sebesar 41,7% yang telah melaksanakan PHBS.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Suyami dan Sunyoto (2004), prosentase terbanyak penderita ISPA adalah anak balita dengan status gizi buruk yaitu 42,5%, sedangkan prosentase paling sedikit pada anak balita dengan status gizi baik yaitu 12,5%.

4. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Status Imunisasi

Imunisasi adalah salah satu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit (Depkes RI, 2010). Menurut teori Kartasasmita (2010), imunisasi dapat menurunkan risiko untuk terkena ISPA/pneumonia, imunisasi yang berhubungan dengan kejadian ISPA/pneumonia adalah imunisasi DPT, campak, *Haemophilus influenza* dan pneumokokus.

Berdasarkan hasil penelitian terlihat bahwa mayoritas responden lengkap mendapatkan imunisasi, yaitu sebanyak 54 responden (100%). Menurut Profil Kesehatan Kabupaten Bantul (2014), cakupan imunisasi dasar lengkap mencapai 90,10% dilihat dari imunisasi BCG yaitu 89,27%, DPT₁+HB₁ yaitu 88,2%, DPT₃+HB₃ yaitu 89,5%, campak yaitu 89,9%. Berdasarkan hasil penelitian jumlah terbanyak pada status imunisasi lengkap, bukan berarti status imunisasi lengkap merupakan risiko kejadian ISPA, tetapi disebabkan dari faktor-faktor lain seperti bakteri atau kuman *streptococcus*, polusi asap rokok, polusi asap dapur, kepadatan tempat tinggal, perubahan iklim dan pencahayaan dalam rumah (DepKes RI, 2004).

Balita yang mempunyai status imunisasi lengkap bila menderita ISPA diharapkan perkembangan penyakitnya tidak akan menjadi lebih berat. Cara yang terbukti paling efektif saat ini adalah dengan pemberian imunisasi campak dan pertusis (DPT). Pemberian imunisasi campak sangat efektif sekitar 11% kematian pneumonia balita dapat dicegah dan dengan imunisasi pertusis (DPT) 6% kematian pneumonia dapat dicegah (Prabu, 2009).

Kasus ISPA kebanyakan terjadi dengan disertai komplikasi campak yang merupakan faktor risiko ISPA yang dapat dicegah dengan imunisasi. Jadi,

imunisasi campak, difteri dan Hib yang diberikan bukan untuk memberikan kekebalan tubuh terhadap ISPA secara langsung, melainkan hanya untuk mencegah faktor yang dapat memacu terjadinya ISPA. Masih tingginya ISPA pada balita, dikarenakan belum ada vaksin yang dapat mencegah ISPA secara langsung (DepKes RI, 2009).

5. Distribusi Frekuensi Berdasarkan ASI eksklusif

Air Susu Ibu (ASI) mengandung zat kekebalan yang berguna bagi bayi. Air Susu Ibu yang pertama kali keluar banyak mengandung kolostrum, yang merupakan makanan paling baik untuk bayi. Air Susu Ibu mengandung macam-macam substansi anti infeksi yang melindungi bayi terhadap infeksi, terutama bilamana kebersihan lingkungannya tidak lengkap (Purwanti, 2004).

Hasil analisis mengenai pemberian ASI, yang mendapat ASI Eksklusif sejumlah 34 balita (63,0%), yang tidak mendapat ASI Eksklusif sejumlah 20 balita (37,0%). Menurut data cakupan ASI eksklusif jumlah bayi yang diberi ASI eksklusif yaitu 2.457 bayi (62,05%) dari 3.959 balita (Laporan F6 SIGIZI puskesmas survey ASI dalam Profil Kesehatan Kab. Bantul, 2014). Berdasarkan hasil penelitian jumlah terbanyak pada riwayat ASI eksklusif, bukan berarti riwayat ASI eksklusif merupakan faktor risiko kejadian ISPA, tetapi disebabkan karena balita usia diatas 1 tahun frekuensi menyusui sudah berkurang maksimal sebanyak 2 kali perhari. Keuntungan dari menyusui tidak dibatasi oleh waktu, jika ingin melanjutkan pemberian ASI. Hal ini dapat dilakukan, hanya biasanya produksi ASI ibu di usia satu tahun ini sudah menurun, sehingga untuk mencukupi kebutuhan tumbuh kembang bayi diperlukan makanan yang lebih bervariasi seperti Makanan Pendamping ASI (MPASI). Makanan tambahan belum tentu kualitas gizinya sama seperti ASI, maka diusia 1 tahun keatas sistem imun yang didapatkan dari ASI sudah berkurang dan didukung dengan makanan yang kualitas gizi masih di ragukan sehingga balita sangat muda terkena infeksi (DepKes RI, 2008b).

6. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Berat Bayi Lahir

Berat badan lahir menentukan pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental pada masa balita. Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) mempunyai risiko kematian yang lebih besar dibandingkan dengan berat badan lahir normal, terutama pada bulan-bulan pertama kelahiran karena pembentukan zat anti kekebalan kurang sempurna sehingga lebih mudah terkena penyakit infeksi seperti ISPA (DepKes RI, 2004).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan jumlah terbanyak pada kriteria BBL normal yaitu 44 balita (81,5%) sedangkan yang paling sedikit adalah BBLR yaitu 10 balita (18,5%). Menurut data Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Kabupaten Bantul tahun 2013, bayi baru lahir yang ditimbang berjumlah 13.425 bayi dan yang Berat Badan Lahir Rendah berjumlah 34,9% (Laporan seksi KIA dalam Profil Kesehatan Kabupaten Bantul, 2014). Hasil penelitian ini jumlah terbanyak pada BBL normal, bukan berarti BBL normal merupakan faktor risiko kejadian ISPA tetapi disebabkan faktor lain seperti bakteri *streptococcus*, polusi udara, kepadatan tempat tinggal.

7. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Ekonomi

Penghasilan keluarga yang rendah menyebabkan pemenuhan akan kebutuhan gizi anak dan perumahan yang memenuhi syarat bagi kesehatan belum dapat terpenuhi, dimana gizi sangat dibutuhkan tubuh untuk membentuk kekebalan tubuh disamping untuk pertumbuhan, sehingga daya tubuh anak rentan dan mudah untuk terkena infeksi. Sesuai dengan penelitian Kartasmita (2009) yang mendapatkan hasil bahwa kejadian ISPA lebih banyak ditemukan pada keluarga dengan keadaan ekonomi rendah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah penderita ISPA berdasarkan tingkat ekonomi yang paling banyak adalah tingkat ekonomi rendah yaitu 43 balita (79,6%) dan tingkat ekonomi tinggi yaitu 11 balita (20,4%). Berdasarkan hasil penelitian ini didukung dengan data tingkat ekonomi di Kabupaten Bantul yang dilihat dari potret kemiskinan di Kabupaten Bantul tahun 2013, yang masih tinggi yaitu sebanyak 39.424 KK atau 14,2% dengan total jiwa sebanyak 122.021 jiwa (13,5%). Hal ini menunjukkan bahwa tingkat ekonomi yang

rendah dapat berpengaruh pada masalah kesehatan balita. Tingkat ekonomi dapat dilihat dengan gaya hidup seseorang, tingkat ekonomi lebih tinggi lebih memperhatikan hal-hal yang bersangkutan dengan gaya hidup sehat, sedangkan tingkat ekonomi yang rendah lebih ke pemenuhan kebutuhan hidup tanpa melihat gaya hidup yang sehat (Said, 2010).

C. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini meliputi:

1. Penelitian ini menggali faktor risiko ISPA pada balita di RSUD Panembahan Senopati Bantul tetapi tidak semua faktor risiko ISPA seperti tekanan polusi udara, perubahan iklim, kepadatan tempat tinggal, dan ventilasi, karena waktu penelitian yang singkat.
2. Responden dalam penelitian ini, melakukan pengisian ada beberapa yang mengalami hambatan karena anaknya rewel sehingga menunggu ibu menenangkan anaknya terlebih dahulu, setelah itu dilanjutkan dalam pengisian *checklist*.
3. Penelitian tidak melihat hubungan antar variabel.

